

Soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être

*Évaluation d'implantation d'une stratégie transversale
du Plan d'action régional (PAR) 2009-2012
de santé publique de Lanaudière*

Rapport détaillé



Céline Poissant
Service de surveillance, recherche et évaluation
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Octobre 2014

Coordination :
Élizabeth Cadieux

Conception de l'étude, analyse et rédaction :
Céline Poissant

Traitement des données :
Geneviève Marquis, Christine Garand et Josée Payette

Transcription des entrevues :
Michèle Dubé, Catherine Hébert, Maryse Richard et Nancy Smith

Comité d'évaluation ESSAI :
**Claude Bégin, Élizabeth Cadieux, Muriel Lafarge,
Lise Ouellet (jusqu'en juillet 2013) et Jean-Pierre Trépanier**

Conception graphique et mise en page :
Michèle Dubé

Toute information extraite de ce document devra mentionner la source suivante :

POISSANT, Céline. *Soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être. Évaluation d'implantation d'une stratégie transversale du Plan d'action régional (PAR) 2009-2012 de santé publique de Lanaudière. Rapport détaillé*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2014, 352 p.

Pour toute information supplémentaire relative à ce document, veuillez contacter l'auteure, Céline Poissant, agente de planification, de programmation et de recherche, au numéro de téléphone 450 759-1157 ou, sans frais, 1 800 668-9229, poste 4269 ou, par courriel : celine.poissant@ssss.gouv.qc.ca.

On peut se procurer une copie de ce document sur le site Internet de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, au : www.agencelanaudiere.qc.ca

Cette étude a pu bénéficier d'une subvention conjointe du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière dans le cadre du Programme de subventions en santé publique pour les années 2011-2012, 2012-2013 et 2013-2014.

Crédits photos page couverture :

Chrystian Dupuis, iStockphoto, Plastiques GPR, Société de développement du Centre-Ville de Joliette.

© Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 2014

Dépôt légal : Quatrième trimestre 2014

ISBN : 978-2-89669-238-5 (imprimée)

978-2-89669-239-2 (en ligne)

Bibliothèque et Archives nationale du Québec

AVANT-PROPOS

Plusieurs documents ont été produits dans le cadre de l'évaluation d'implantation de la stratégie de soutien à l'action intersectorielle du *Plan d'action régional (PAR) 2009-2012 de santé publique de Lanaudière*.

En ce qui concerne la démarche d'évaluation et ses résultats, le présent **rapport détaillé** en expose l'ensemble de façon élaborée. On y retrouve : une mise en contexte et le cadre général de l'étude (type d'étude, population à l'étude, stratégie), les résultats détaillés aux différentes étapes de la collecte des données, une synthèse et discussion, puis la conclusion contenant des orientations proposées au Directeur de santé publique et à son comité de gestion. En outre, ce document intègre en annexe les différents outils de collecte des données, ainsi que des tableaux présentant tous les résultats d'un questionnaire adressé aux partenaires de la DSP.

Un **rapport d'évaluation** (Poissant, 2014b) fait état des principaux éléments de l'étude présentés dans le rapport détaillé, soit une mise en contexte de sa réalisation, les choix méthodologiques retenus, ainsi que les principaux résultats obtenus, suivis par la synthèse et discussion, et enfin par la conclusion et les orientations proposées.

Également, une **synthèse** (Poissant, 2014c) résume en quelques pages le contexte et la méthodologie de l'étude, ainsi que les résultats obtenus et les orientations proposées.

Par ailleurs, deux fascicules¹ ont été produits dans le cadre d'un exercice de revue de littérature et recherche documentaire réalisé en marge de l'étude. Ces deux outils de réflexion ont été conçus de façon à refléter le caractère dynamique du processus de l'étude qu'ils ont accompagné.

Le **fascicule 1** prend la forme d'une recension des écrits produite lors de la première phase de la collecte des données (Poissant, 2013). En fait, celle-ci a été amorcée avant même le début officiel de l'étude, soit au printemps 2010. Les premières informations obtenues par cette méthode ont notamment servi à élaborer une première ébauche de la *Proposition d'évaluation* (Poissant, 2011) ainsi que les outils de collecte. Toutefois, la suite de la démarche a mis en évidence que le caractère non exhaustif de ce document ne permettait pas de prendre en compte certaines facettes pertinentes de cet objet d'évaluation complexe.

¹ À l'origine, la publication de trois fascicules avait été envisagée. Toutefois, compte tenu de délais encourus dans la réalisation de l'étude, il s'est avéré moins pertinent de produire le troisième fascicule, qui devait constituer un complément à la recension des écrits initiale.

Le **fascicule 2** est consacré à l'évolution des démarches d'action intersectorielle auxquelles contribuent les acteurs de la DSP (Poissant, 2014a). La recherche documentaire ayant conduit à la rédaction de ce deuxième outil de réflexion a été amorcée lors de la deuxième phase de la collecte des données de l'évaluation. Ce deuxième fascicule s'appuie sur des documents plus directement en lien avec les objectifs de l'étude. Il s'agit, par exemple, de textes d'orientation, bilans et rapports (mais peu de documents de nature administrative tels des compte rendus de rencontres, plans d'action, etc.) produits exclusivement dans Lanaudière, dans le cadre de démarches concrètes d'action intersectorielle et de concertation. L'analyse de ces documents constitue une source complémentaire d'éclairage, afin de mieux comprendre comment l'AIFSBE et les concepts apparentés ont pu prendre forme dans les pratiques des acteurs lanauchois de la santé publique.

On peut consulter ces différentes publications ou s'en procurer des copies sur le site Internet de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, au : www.agencelanaudiere.qc.ca

REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes et organisations ont contribué à la réalisation de cette évaluation, et leur apport mérite d'être souligné.

L'ensemble du personnel et des cadres de la DSP de Lanaudière ont, d'une façon ou d'une autre, pris part à l'étude. Plus spécifiquement, les membres du comité sur le Développement des communautés et l'action intersectorielle (DCAI) ont d'abord convenu de sa réalisation. Ensuite, les membres du comité d'Évaluation de la stratégie de soutien à l'action intersectorielle (ESSAI) ont assuré un suivi de la démarche, de l'élaboration de la proposition d'évaluation initiale à la diffusion des résultats. Ce sont : Claude Bégin, Élisabeth Cadieux, Muriel Lafarge, Lise Ouellet et Jean-Pierre Trépanier.

Puis, dans le cadre de la collecte des données, les professionnels et les gestionnaires des différents services de la DSP ont participé, en tant qu'informateurs, à des groupes de discussion. Enfin, des collègues du Service de surveillance, recherche et évaluation ont apporté chacun un soutien spécifique. Notamment, Geneviève Marquis, Christine Garand et Josée Payette ont fourni une aide technique indispensable, lors de la collecte des données (groupes de discussion et questionnaire) et de leur traitement. Mario Paquette et Caroline Richard ont révisé le document et émis des avis professionnels sur divers aspects de son contenu. Michèle Dubé a réalisé une mise en page soignée.

Par ailleurs, des personnes extérieures à la DSP ont aussi joué un rôle essentiel dans la réalisation de l'étude. Elles étaient déléguées par leur organisation partenaire de la DSP afin de participer à un ou des groupe(s) de discussion ou de répondre à un questionnaire en ligne. Certains de ces partenaires étaient intrasectoriels (les CSSS) et d'autres étaient intersectoriels.

A toutes ces personnes et organisations, des remerciements sincères sont adressés.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	3
1. CADRE GÉNÉRAL	13
1.1 CONTEXTE DE L'ÉTUDE	13
1.2 LES OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION.....	16
1.3 LE TYPE D'ÉVALUATION	17
1.3.1 Une évaluation d'implantation	17
1.3.2 Une évaluation en fonction des objectifs.....	18
1.3.3 Une évaluation participative	18
1.3.4 Une évaluation formative	19
1.4 LA STRATÉGIE D'ÉVALUATION	19
1.4.1 Population à l'étude.....	20
1.4.2 Méthodologie	20
1.4.2.1 La recherche documentaire	22
1.4.2.2 Le groupe de discussion	23
1.4.2.3 Le questionnaire.....	26
1.4.2.4 Traitement et analyse des données.....	28
1.4.2.5 Limites de l'étude.....	29
2. RÉSULTATS DÉTAILLÉS	31
2.1 RÉSULTATS DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....	31
2.1.1 La revue de littérature	31
2.1.2 Le modèle logique initial de la stratégie	31
2.1.2.1 Les facteurs d'influence antérieurs au PAR 2009-2012.....	32
2.1.2.2 Les facteurs d'influence concomitants au PAR 2009-2012.....	33
2.1.2.3 Les activités réalisées	35
2.1.2.4 Les résultats de production	35
2.1.2.5 Les effets attendus.....	36
2.1.2.6 Les impacts souhaités	36
2.2 RÉSULTATS DES GROUPES DE DISCUSSION.....	37
2.2.1 Les ancrages de la stratégie	37
2.2.1.1 Connaissances et représentations générales	38
2.2.1.2 Éléments de définition.....	43
2.2.1.3 Reconnaissance de la pertinence.....	47
2.2.1.4 Appropriation	51
2.2.2 La mise en œuvre de la stratégie	56
2.2.2.1 État de situation	57
2.2.2.1.1 Observations générales	58

2.2.2.1.2 En fonction des différents domaines d'intervention du PAR	61
2.2.2.1.3 En fonction des différents niveaux d'intervention.....	62
2.2.2.1.4 En fonction des objectifs des différents partenaires	64
2.2.2.2 Facteurs facilitants et limitants.....	93
2.2.3 <i>Les retombées de la stratégie</i>	109
2.2.3.1 Objectifs de résultats ou effets attendus.....	109
2.2.3.2 Résultats ou effets obtenus	117
2.3 RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE.....	129
2.3.1 <i>Les ancrages de la stratégie</i>	129
2.3.1.1 Connaissance générale	130
2.3.1.2 Éléments conceptuels.....	131
2.3.2 <i>La mise en œuvre de la stratégie</i>	134
2.3.2.1 État de situation	135
2.3.2.2 Facteurs facilitants et limitants.....	139
2.3.3 <i>Les retombées de la stratégie</i>	151
2.4 LES MODÈLES LOGIQUES DES TROIS GROUPES D'ACTEURS	153
2.4.1 <i>Le modèle logique des acteurs de la DSP</i>	153
2.4.2 <i>Le modèle logique des acteurs des CSSS</i>	156
2.4.3 <i>Le modèle logique des partenaires intersectoriels</i>	160
2.5 ÉLÉMENTS DE RÉTROACTION	163
2.5.1 <i>Sur les ancrages de la stratégie</i>	163
2.5.2 <i>Sur la mise en œuvre de la stratégie</i>	166
2.5.3 <i>Sur les retombées de la stratégie</i>	173
3. SYNTHÈSE ET DISCUSSION.....	179
3.1 RETOUR SUR LES MODÈLES LOGIQUES	179
3.2 À PROPOS DES ANCRAGES DE LA STRATÉGIE.....	182
3.3 À PROPOS DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE	184
3.4 À PROPOS DES RETOMBÉES DE LA STRATÉGIE.....	187
CONCLUSION ET ORIENTATIONS.....	191

LISTE DES TABLEAUX ET DES ANNEXES

Tableau 1	Les sources d'information utilisées pour documenter chacun des objets d'évaluation	27
Tableau 2	Le déroulement chronologique de la collecte des données	28
Tableau 3	Le nombre de participants aux groupes de discussion	32
Tableau 4	Types d'organismes auxquels sont rattachés les répondants selon l'ensemble des répondants (q1)	34
Tableau 5	Titres d'emplois occupés par les répondants selon l'ensemble des répondants, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel (q2)	34
Tableau 6	Types de territoires desservis par les organismes des répondants selon l'ensemble des répondants, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel (q3)	35
Tableau 7	Ancienneté du partenariat entre l'organisation du répondant et la DSP de Lanaudière dans les processus d'AI selon l'ensemble des répondants, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel (q20)	35
Annexe 1	Modèle logique initial, basé sur la revue de littérature, de la stratégie de soutien à l'AIFSBE du PAR 2009-2012 de santé publique de Lanaudière	219
Annexe 2	Formulaire de consentement à l'intention des cadres de la DSP	221
Annexe 3	Formulaire de consentement à l'intention des professionnels de la DSP	225
Annexe 4	Guide de discussion auprès des cadres et des professionnels de la DSP	229
Annexe 5	Grille d'observation des groupes de discussion avec les acteurs de la DSP	235
Annexe 6	Formulaire de consentement à l'intention des partenaires intersectoriels de la DSP	245
Annexe 7	Guide de discussion auprès des partenaires intersectoriels de la DSP	249
Annexe 8	Grille d'observation du groupe de discussion avec les partenaires intersectoriels de la DSP	255
Annexe 9	Formulaire de consentement à l'intention des cadres et professionnels du CSSS du sud de Lanaudière	263
Annexe 10	Formulaire de consentement à l'intention des cadres et professionnels du CSSS du nord de Lanaudière	267
Annexe 11	Guide de discussion auprès des cadres et professionnels des CSSS	271
Annexe 12	Grille d'observation des groupes de discussion avec les acteurs des CSSS	277
Annexe 13	Questionnaire adressé aux partenaires de la DSP	287
Annexe 14	Tableaux de résultats du questionnaire	293
Annexe 15	Formulaire de consentement à l'intention des participants au groupe de discussion de rétroaction	309
Annexe 16	Texte d'information sur la démarche d'évaluation à l'intention des participants au groupe de discussion de rétroaction	313
Annexe 17	Outil de transmission de résultats partiels à l'intention des participants au groupe de discussion de rétroaction	317
Annexe 18	Guide de discussion auprès des participants au groupe de discussion de Rétroaction	327
Annexe 19	Grille d'observation du groupe de discussion de rétroaction	338
Annexe 20	Modèle logique de la stratégie de soutien à l'AIFSBE du PAR 2009-2012 de santé publique de Lanaudière des acteurs de la DSP	347
Annexe 21	Modèle logique de la stratégie de soutien à l'AIFSBE du PAR 2009-2012 de santé publique de Lanaudière des acteurs des CSSS	355
Annexe 22	Modèle logique de la stratégie de soutien à l'AIFSBE du PAR 2009-2012 de santé publique de Lanaudière des partenaires intersectoriels de la DSP	362

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AI*	Action intersectorielle
AIFSBE*	Action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CRÉVALE	Comité régional pour la valorisation de l'éducation
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DC*	Développement des communautés
DSP	Direction de santé publique
EIS	Évaluation d'impact sur la santé
ESSAI	Évaluation de la stratégie de soutien à l'action intersectorielle
IDP	Intervention différentielle en partenariat
MAMOT	Ministère des Affaires municipales et de l'Occupation du territoire
MAMROT	Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
MDDELCC	Ministère du Développement durable, de l'Environnement et de la Lutte contre les Changements climatiques
MDDEP	Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MESS	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale
MRC	Municipalité régionale de comté
MTQ	Ministère des Transports du Québec
OLO	Œufs, lait, jus d'orange (Programme d'aide alimentaire aux femmes enceintes)
PAG	Plan d'action gouvernemental
PAL	Plan d'action local (de santé publique)
PAR	Plan d'action régional (de santé publique de Lanaudière)
PLI	Plateau lanauois intersectoriel (sur les saines habitudes de vie)
PSII	Plan de services individualisé et intersectoriel
RLS	Réseau local de services
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité)
SSS	Santé et Services Sociaux
TPDSL	Table des partenaires du développement social de Lanaudière

* Ces acronymes spécifiques n'ont pas d'existence formelle. Ils ont été forgés pour les seuls besoins de l'étude, dans le seul but d'alléger le texte.

INTRODUCTION

L'évaluation d'implantation de la stratégie de soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être² du *Plan d'action régional (PAR) de santé publique de Lanaudière 2009-2012* a été réalisée entre le printemps 2011 et l'été 2014. Elle profitait à l'origine d'un contexte où des acteurs de santé publique et certains de leurs principaux partenaires exprimaient des préoccupations et une sensibilité particulières à l'égard d'un pareil objet d'évaluation.

Le présent rapport rend compte de la démarche réalisée et des résultats obtenus. Il comporte trois principales parties. La première expose le cadre général de l'étude : contexte de sa réalisation, objectifs, type d'évaluation, ainsi que stratégie d'évaluation.

La deuxième et principale partie du document est consacrée à l'analyse détaillée des résultats obtenus. En premier lieu, sont présentés ceux de la recherche documentaire, comportant notamment le modèle logique initial de la stratégie. Ensuite, viennent ceux des groupes de discussion, puis ceux du questionnaire. Ces deux derniers ensembles de résultats sont présentés en fonction des trois grands thèmes ou objets d'analyse que sont : les ancrages de la stratégie, sa mise en œuvre et ses retombées. Sont distingués également, pour chacun de ces objets d'analyse, les points de vue des trois groupes d'acteurs, soit : ceux de la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Lanaudière, ceux des deux centres de santé et de services sociaux (CSSS) de Lanaudière, et ceux des partenaires intersectoriels de la DSP.

D'autres types de résultats complémentaires se retrouvent également à la fin de la deuxième partie du rapport. D'abord, ce sont les modèles logiques de la stratégie propres à chacun des trois groupes d'acteurs. Dans tous les cas, il s'agit d'une version modifiée et distincte du modèle logique initial de la stratégie. Chacune illustre le positionnement particulier du groupe en cause par rapport à cette stratégie. Ensuite, une dernière section rend compte des réactions aux principaux résultats de l'étude recueillies auprès d'acteurs des trois groupes, par le moyen d'un dernier groupe de discussion, dit « de rétroaction ».

En troisième et dernière partie, une synthèse de l'étude est jumelée à une discussion développée à partir des principaux constats relevés. Les réflexions poursuivies visent à approfondir la compréhension globale de l'implantation de la stratégie en tenant compte des différentes déclinaisons du modèle logique propres aux groupes d'acteurs et de certains éléments mentionnés dans le cadre de la revue de littérature.

² Afin d'alléger le texte, l'expression « action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être » sera remplacée par l'acronyme informel « AIFSBE », sauf dans les citations.

Enfin, en conclusion, des orientations sont proposées au Directeur de santé publique de Lanaudière ainsi qu'à son comité de gestion, en vue de poursuivre la mise en œuvre de la stratégie à l'étude.

1. CADRE GÉNÉRAL

1.1 CONTEXTE DE L'ÉTUDE

L'évaluation d'implantation de la stratégie de soutien à l'AIFSBE du *Plan d'action régional (PAR) de santé publique de Lanaudière 2009-2012* s'inscrit dans les orientations en évaluation réactualisées du Service de surveillance, recherche et évaluation de la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Lanaudière (Service de surveillance, recherche et évaluation, 2011).

En effet, cette étude porte d'abord sur un objet d'évaluation – la stratégie de soutien à l'AIFSBE – se situant parmi ceux qui sont privilégiés par l'organisation. Il relève du domaine de la santé publique et, plus encore, du PAR lanauchois. En second lieu, le type de démarche entreprise est conforme à celui que priorise le service. Il s'agit d'une étude évaluative. Ce type d'évaluation, d'ailleurs, est un de ceux qui sont prescrits dans le cadre du PAR lui-même. On peut ajouter que les orientations du PAR en matière d'évaluation étaient conçues afin de pouvoir s'articuler avec celles du Programme national de santé publique (PNSP).

L'idée originale de cette étude est issue du Service de surveillance, recherche et évaluation de la DSP de Lanaudière. En 2011, l'équipe d'évaluation du service avait adopté une approche proactive dans l'identification d'une cible d'évaluation susceptible d'intéresser les gestionnaires et les professionnels de l'organisation. La stratégie transversale de soutien à l'AIFSBE avait alors été retenue. Des acteurs-clés de l'organisation avaient, par la suite, confirmé leur intérêt pour l'évaluation de cette stratégie. Il s'agissait des membres d'un comité interne de la DSP ayant déjà amorcé une réflexion en vue d'optimiser la stratégie de soutien à l'action intersectorielle (AI) du PAR, en lien avec le développement durable des communautés³.

Par ailleurs, au moment de la formulation du projet d'évaluation, d'autres acteurs régionaux s'intéressaient également à des thématiques apparentées. Par exemple, plusieurs partenaires de la DSP avaient exprimé maintes fois des questionnements à propos de leur propre engagement dans différentes démarches et instances de concertation. Pour certaines de ces organisations, ces questionnements devaient être intégrés à des démarches formelles d'évaluation comportant aussi d'autres objets d'évaluation. C'était le cas notamment pour le Comité régional pour la valorisation de l'éducation (CRÉVALE), pour lequel le Service de surveillance, recherche et évaluation avait élaboré une proposition d'évaluation (Poissant, 2010). Celle-ci

³ On peut noter que ce comité avait tenu sa première rencontre au printemps 2010, puis avait suspendu ses activités à l'amorce de l'étude, au printemps 2011. Il était appelé familièrement comité « DCAI », pour développement des communautés et action intersectorielle. Il s'agit d'un comité élargi issu du comité interne de la DSP sur le développement des communautés.

n'avait cependant pas été acceptée par l'organisme. Des études évaluatives abordant ces préoccupations avaient également été envisagées pour le compte de la Table des partenaires du développement social de Lanaudière (TPDSL) et du Plateau lanaudois intersectoriel (PLI) de Québec en forme.

En même temps, à cette époque, des démarches évaluatives portant spécifiquement sur la concertation venaient d'être réalisées dans deux MRC lanaudoises (Côté, Saint-Louis et Bourque, 2010, dans la MRC des Moulins; Guernon, Guédon et Malboeuf, 2009, dans la MCR de L'Assomption). De même, au cours des quelques mois précédents, la concertation avait été au centre d'autres études et essais publiés au Québec. Parmi ceux-ci, on peut mentionner les travaux de Sénécal et collaborateurs (2010), ainsi que ceux de Bourque (2008).

Ce foisonnement d'études et de réflexions, et surtout cette convergence d'intérêts régionaux pour les thématiques gravitant autour de la concertation, du partenariat et de l'action intersectorielle (AI⁴), avaient amené le Service de surveillance, recherche et évaluation à envisager une démarche susceptible d'arrimer son projet d'évaluation à ceux de ses principaux partenaires concernés, notamment le CRÉVALE, la TPDSL, le PLI et le comité régional d'École en santé. Il était ainsi question de relier logistiquement et méthodologiquement ces différentes évaluations, par une partie « tronc commun » portant sur la concertation, le partenariat et l'AI. En outre, cette façon de procéder aurait eu l'avantage de s'inscrire elle-même dans une approche concertée et de constituer en soi une AI. Pour différentes raisons et circonstances, cet arrimage n'a pas été réalisé et cette dimension novatrice de la proposition d'évaluation initiale a dû être abandonnée. L'étude évaluative réalisée s'est donc concentrée sur la perspective intéressant la santé publique.

De ce point de vue, la stratégie à l'étude a été considérée comme une façon de travailler ou un moyen recommandé à l'ensemble des gestionnaires et professionnels de la DSP de Lanaudière et, par extension, à leurs collègues des deux CSSS ayant également des mandats de santé publique. Il s'agit d'une stratégie dite « transversale », en ce sens qu'elle est conçue pour être utilisée en lien avec chacun des six domaines d'intervention ciblés, dans le PAR 2009-2012 de santé publique de Lanaudière comme dans le PNSP.

Dans la réalité, il n'était pas évident que tous les acteurs concernés connaissaient bien cette stratégie, que tous y avaient recours, ni qu'ils étaient au courant de la façon dont elle était mise en œuvre par leurs collègues au sein des différents services des trois organisations (DSP et CSSS).

⁴ Afin d'alléger le texte, l'expression « action intersectorielle » sera remplacée par l'acronyme informel « AI », sauf dans les citations.

L'étude finalement proposée aux gestionnaires et professionnels de la DSP de Lanaudière (Poissant, 2011) devait avoir pour résultat concret d'améliorer leur connaissance de la stratégie de soutien à l'AIFSBE de leur PAR 2009-2012. Elle devait également favoriser leur appropriation accrue de cette stratégie. Cela impliquait notamment une certaine reconnaissance de la façon dont les acteurs de l'organisation lanaudoise comprenaient et actualisaient, en fonction des particularités des milieux régionaux et locaux, cette approche largement promue par les instances nationales et internationales de santé publique, et ce, depuis de nombreuses années.

L'évaluation devait apporter également un éclairage sur les forces et les faiblesses des pratiques d'AI mises en œuvre par les acteurs lanaudois de la santé publique. Elle devait contribuer à mieux comprendre les raisons de leur emploi inégal en fonction des différents domaines d'intervention. En outre, elle devait apporter des informations-clés sur le point de vue des différents partenaires appelés à participer aux mêmes AI que les acteurs de santé publique.

L'évaluation devait initialement prendre fin, en ce qui concerne la collecte des données, avant la fin de la troisième année de la mise en œuvre du PAR 2009-2012, soit au milieu de l'année 2011-2012. Les informations collectées devaient cependant tenir compte aussi de la situation prévalant avant la mise en œuvre du PAR, en matière de soutien à l'AIFSBE. Par ailleurs, il était prévu que les résultats de l'évaluation puissent être mis à profit en vue d'ajuster éventuellement, au moment opportun, la planification de la poursuite du PAR, dont la reconduction a été annoncée jusqu'en 2015. Bien que l'échéancier de l'étude ait dû être modifié en cours de route afin de s'adapter à des circonstances échappant au contrôle de la responsable de l'évaluation et du comité de suivi (par exemple, l'arrimage de la collecte des données avec les disponibilités d'organisations externes), il paraît légitime de penser que ses résultats demeureront pertinents et utiles pour les acteurs de la santé publique lanaudoise. Et ce, d'autant plus que la stratégie en cause demeure un outil privilégié de façon générale dans le domaine de la santé publique.

Il faut noter, toutefois, que certains éléments de contexte, qui se sont ajoutés pendant qu'était réalisée l'étude, n'ont pas pu être considérés dans le cadre de celle-ci, même s'ils étaient susceptibles d'influencer l'appropriation et la mise en œuvre de la stratégie par les acteurs lanaudois de la santé publique. Il s'agit, par exemple, des travaux initiés par le ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS), parallèlement à la démarche lanaudoise, au regard de la même stratégie et à propos du soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle. L'ensemble de ces travaux, d'ailleurs, pourrait contribuer aux réflexions en cours afin d'élaborer les nouvelles moutures du PNSP, ainsi que du PAR et des PAL⁵ de santé publique de Lanaudière.

⁵ Notons qu'au moment de publier ce document, le *Projet de loi n° 10*, intitulé *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, a été déposé mais n'est pas encore adopté, ni même discuté.

1.2 LES OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

Au-delà de la cible d'évaluation qu'était la stratégie du PAR consistant à soutenir l'AIFSBE, il était nécessaire de mieux circonscrire ce qui intéressait plus particulièrement les acteurs de la DSP à ce sujet. Les premières discussions du comité d'évaluation, baptisé comité ESSAI (pour Évaluation de la Stratégie de Soutien à l'Action Intersectorielle) ont conduit à formuler quatre objectifs généraux, ainsi que quelques objectifs spécifiques. Ces objectifs généraux et spécifiques sont les suivants :

1. Ébaucher un modèle logique reposant sur la théorie sous-tendue par la stratégie du PAR consistant à soutenir l'AIFSBE.
 - 1.1. Comparer les domaines d'intervention du PAR à partir de ce modèle théorique, afin d'identifier les éléments d'articulation logique entre la stratégie de soutien à l'AI et les objectifs visés pour chacun de ces domaines.
2. Documenter le processus d'appropriation et de mise en œuvre par les acteurs de la DSP (gestionnaires et professionnels) de la stratégie.
 - 2.1. Apprécier le niveau d'appropriation et de mise en œuvre de la stratégie.
 - 2.2. Mettre en évidence les facteurs (liés aux individus, aux organisations et au contexte) ayant pu favoriser ce processus ou y faire obstacle.
3. Évaluer les retombées de la mise en œuvre de la stratégie en lien avec les actions prévues et les objectifs visés dans le PAR.
 - 3.1. Au-delà des résultats de production, identifier les principaux effets attendus de la mise en œuvre de la stratégie sur les actions prévues et les objectifs visés dans le PAR, pour chacun des domaines d'intervention.
 - 3.2. Mettre en évidence les principaux effets obtenus, prévus et imprévus, attribuables à la mise en œuvre de la stratégie.
4. Documenter l'articulation entre la stratégie du PAR consistant à soutenir l'AI et les objectifs propres visés par les partenaires de la DSP par les moyens de la concertation, du partenariat et de l'AI.
 - 4.1. Mettre en évidence les points de convergence et de divergence entre les objectifs propres aux différents partenaires.
 - 4.2. Distinguer, à ce sujet, les points de vue respectifs des acteurs de la DSP et des principaux partenaires de l'organisation.

1.3 LE TYPE D'ÉVALUATION

L'étude réalisée présente quatre caractéristiques principales. D'abord, il s'agit d'une évaluation d'implantation. Ensuite, les objectifs visés ont conduit à s'inspirer aussi d'autres formes particulières d'évaluation qui ont été combinées à celle de l'évaluation d'implantation. Enfin, l'étude a été réalisée en fonction d'une approche à la fois participative et formative.

1.3.1 Une évaluation d'implantation

Une évaluation d'implantation se concentre sur le processus qui conduit (ou non) aux résultats attendus. Cela ne signifie pas qu'une telle démarche ne porte aucune attention aux résultats obtenus. Il faut comprendre plutôt qu'elle vise d'abord à mettre en évidence les conditions qui facilitent la mise en œuvre d'un projet ou y font obstacle, donc qui concourent ou non à l'atteinte des résultats visés.

Selon Champagne, Brousselle, Hartz, Contandriopoulos et Denis (2010, p. 225), l'analyse de l'implantation consiste à « *étudier les relations entre une intervention et son contexte durant sa mise en œuvre* », de manière à « *apprécier comment, dans un contexte particulier, une intervention provoque des changements* ». Ces auteurs précisent également que cette forme d'évaluation se distingue par un « *volet explicatif important* », lequel est associé à un objectif de « *comprendre le déroulement d'une intervention* » (*ibid.*, p. 230). En outre, ils mentionnent qu'une telle explication peut être « *synchronique* », si elle porte sur « *l'intervention à un moment donné (ou plusieurs)* ». Ou encore, elle peut être « *dynamique* », si elle s'intéresse davantage à l'évolution de l'intervention.

Dans le cas présent, l'évaluation ne porte pas à proprement parler sur un projet, un programme ou une « intervention ». Elle porte sur la mise en œuvre, par les acteurs de la santé publique lanauoise, d'une stratégie dont l'application leur est prescrite de façon continue, dans le cadre d'un document d'orientation balisant leur pratique pour la période de 2009 à 2012, et jusqu'en 2015. Elle est considérée ici comme une évaluation d'implantation à explication à la fois synchronique et dynamique, puisque l'attention s'est fixée autant sur l'historique de la mise en œuvre de la stratégie que sur la façon dont elle était mise en œuvre au moment de la collecte des données.

Par ailleurs, il faut souligner que la façon d'aborder cet historique de la mise en œuvre de la stratégie a reposé en grande partie sur des dimensions subjectives, bien qu'il s'agisse d'une pratique moins courante dans le domaine de l'évaluation. En effet, d'après Alain (2010, p. 10), les dimensions subjectives sont toujours présentes dans la mise en œuvre des programmes, mais elles sont trop souvent escamotées lors de leur évaluation. À son avis, cela tient à la prépondérance d'un paradigme particulier faisant en sorte que « *les économies*

contemporaines placent l'objectivité et la rentabilité aux premiers rangs des qualités recherchées ». Au contraire, la position adoptée dans cette évaluation d'implantation rejoint celle préconisée par Werner (2004, p. 81), selon qui la collecte des données vise à raconter « l'histoire du programme », en vue de répondre à la grande question « Que se passe-t-il dans ce programme? ». Dans le cas présent, les efforts ont été déployés afin de mieux comprendre ce qui se passait autour de la stratégie supposée être en cours d'implantation.

1.3.2 Une évaluation en fonction des objectifs

L'étude évaluative réalisée, au-delà de sa trame principale liée à l'implantation générale de la stratégie, a aussi intégré différentes autres formes d'évaluation. De façon plus précise, l'évaluation du processus d'implantation de la stratégie a été associée plus étroitement aux objectifs 1 et 4. Par ailleurs, l'objectif 2 s'est inspiré aussi de l'évaluation de la pertinence, et l'objectif 3 a été abordé dans une optique d'évaluation des effets. Bien que chacune de ces trois formes d'évaluation comporte sa propre logique, il a été possible de les juxtaposer dans une seule étude. Il a même été possible de recourir à des méthodes de collecte permettant d'obtenir en une même occasion des informations concernant ces différents angles d'évaluation.

1.3.3 Une évaluation participative

Dans la plupart des projets d'évaluation confiés au Service de surveillance, recherche et évaluation de la DSP, l'approche participative est privilégiée, en vertu d'un cadre de référence mis à jour au début de la présente étude (Service de surveillance, recherche et évaluation, 2011). Selon les façons de faire habituelles du service, cette approche consiste principalement à mettre sur pied un comité de suivi composé de personnes représentant les principaux groupes d'acteurs concernés par les objets d'évaluation.

Dans le cas présent, le comité ESSAI avait pour mandat de préciser, de valider et de bonifier les objectifs d'évaluation, ainsi que des éléments de la méthodologie (construction des outils et organisation de la collecte des données). De même, il a eu pour tâche de suivre chacune des étapes de la démarche d'évaluation (les différentes phases de la collecte, du traitement et de l'analyse des données) et de formuler des avis sur des aspects particuliers le cas échéant. Son rôle a consisté également à valider les rapports et autres documents produits et à déterminer les modalités de la diffusion des résultats.

La dimension participative de l'évaluation s'est concrétisée notamment par l'adoption d'une vision évolutive partagée de la démarche. Ainsi, dès ses débuts, les membres du comité ESSAI ont été invités à commenter la proposition d'évaluation initiale et à suggérer des ajustements visant à en accroître la pertinence en fonction des besoins des différents groupes d'acteurs concernés. Leur avis et leurs suggestions ont également été sollicités dans les moments où il s'est

avéré nécessaire de modifier certains aspects de l'étude. À titre d'exemple, mentionnons d'abord la décision de retrancher de la démarche la section « tronc commun » avec les principaux partenaires de la DSP (voir la section 1.1 présentant le contexte de l'étude), pour s'en tenir à une étude centrée sur la perspective interne de la DSP. Citons aussi la nécessité d'ajuster la planification prévue et l'échéancier aux disponibilités de certains groupes de partenaires externes; ainsi que celle d'intervertir l'ordre des phases de la collecte de données.

1.3.4 Une évaluation formative

La dimension formative de l'évaluation était étroitement liée à l'approche participative adoptée. En effet, celle-ci suppose une rétroaction continue avec les acteurs concernés, au fur et à mesure de la progression de l'étude. Ainsi, il peut être possible pour ces derniers d'ajuster leurs pratiques à l'égard de certains des aspects abordés dans le cadre de l'évaluation, sans devoir attendre nécessairement le dépôt du rapport final.

Dans la présente étude, cette dimension formative s'est concrétisée notamment dans le cadre de la collecte des données. Les groupes de discussion ont ainsi constitué, pour les gestionnaires et les professionnels de la DSP, des occasions inédites d'exprimer des points de vue, d'entendre ceux de leurs collègues et de réfléchir ensemble à des éléments théoriques et pratiques de certains aspects de leur travail. L'application concrète de la dimension formative de l'étude s'est traduite aussi par la présentation occasionnelle, à l'ensemble du personnel de l'organisation, de son état d'avancement. En dernier lieu, la tenue d'un groupe de discussion de rétroaction, auquel ont participé des acteurs de la santé publique (gestionnaires et intervenants de la DSP et des CSSS) aussi bien que des représentants d'organisations partenaires intersectorielles, a permis à la fois de transmettre les principaux résultats de l'étude et de les valider auprès d'acteurs concernés, au-delà du comité ESSAI.

1.4 LA STRATÉGIE D'ÉVALUATION

De façon générale, la stratégie d'évaluation décrit les aspects opérationnels de la réalisation d'une étude évaluative. Elle comporte la définition de la population à l'étude, ainsi que l'exposé de la méthodologie employée et des modalités de l'analyse des données collectées. Les limites de la démarche réalisée y sont également précisées.

Malgré l'ampleur et la complexité apparente de la présente étude, visant quatre objectifs assortis de sous-objectifs et associés à des formes d'évaluation particulières, la stratégie d'évaluation a été élaborée avec une préoccupation d'efficacité. Celle-ci s'est traduite notamment par le recours à des moyens de collecte de données conçus en vue de permettre d'obtenir simultanément des informations se rapportant à plus d'un objectif.

1.4.1 Population à l'étude

L'étude réalisée a consisté à obtenir des informations en vue de documenter les quatre objets d'évaluation (ciblés chacun par un objectif distinct) auprès des principaux groupes d'acteurs concernés. Plus précisément, trois groupes d'informateurs étaient visés. Le principal groupe était celui des gestionnaires et professionnels de la DSP, tous étant mandatés pour recourir à la stratégie de soutien à l'AI dans le cadre de leurs interventions de santé publique. Le second groupe était celui des gestionnaires et professionnels devant assumer un mandat similaire au sein des deux CSSS Lanaudois. Enfin, le troisième groupe était constitué des représentants d'organisations partenaires intersectorielles prenant part aux AI dans lesquelles est engagée la DSP.

1.4.2 Méthodologie

Trois méthodes principales de collecte de données ont été employées et elles ont été intégrées à quatre étapes successives de l'étude. Il s'agit de la recherche documentaire, du groupe de discussion et du questionnaire. Le tableau 1 présente une vue d'ensemble des sources d'information auxquelles l'équipe d'évaluation a eu recours, afin de documenter chacun des quatre objets d'évaluation.

Au fil des prochaines pages, le mode de recours à chacune des trois méthodes de collecte des données retenues sera présenté en détail. Auparavant, on trouvera au tableau 2 une présentation globale du déroulement de la collecte des données, selon l'ordre chronologique du recours à ces trois méthodes. Ce déroulement s'échelonne sur six phases réparties en deux grands blocs (le Bloc 1, à l'interne de la DSP, et le Bloc 2, à l'externe de la DSP), auxquels s'ajoutent un bloc préliminaire (recherche documentaire) et un bloc complémentaire (rétroaction avec les acteurs).

Tableau 1

Les sources d'information utilisées pour documenter chacun des objets d'évaluation

Objet d'évaluation	Sources d'information					
	Sources documentaires	Groupes de discussion avec professionnels et gestionnaires de la DSP	Groupes de discussion avec professionnels et gestionnaires des 2 CSSS	Groupe de discussion avec partenaires intersectoriels	Questionnaire visant les partenaires intrasectoriels et intersectoriels	Groupe de discussion de rétroaction avec les 3 groupes d'acteurs
1. La pertinence de la stratégie en fonction des actions prévues au PAR pour les différents domaines d'intervention	√	√	√	√	√	√
2. Le processus d'appropriation et de mise en œuvre de la stratégie	√	√	√		√	√
3. Les retombées de la stratégie		√	√	√	√	√
4. L'articulation de la stratégie avec les objectifs visés par les partenaires au moyen de la concertation, du partenariat et de l'AI		√	√	√	√	√

Tableau 2

Le déroulement chronologique de la collecte des données

Bloc	Phase	Méthode	Source de données	Moment
Préliminaire	1	Recherche documentaire	Sources documentaires scientifiques et publications organisationnelles	Principalement du printemps 2010 au printemps 2011
1 : Interne de la DSP	2	Groupes de discussion (4)	Gestionnaires et professionnels de la DSP	Du printemps 2011 à l'automne 2011
	3	Groupe de discussion (1)	Représentants de partenaires de la DSP	Printemps 2012
	4	Groupes de discussion (2)	Gestionnaires et intervenants des deux CSSS	Hiver 2013
2 : Externe de la DSP	5	Questionnaire (1)	Partenaires (intrasectoriels et intersectoriels) de la DSP	Printemps 2013
	6	Groupe de discussion de rétroaction (1)	Gestionnaires et professionnels de la santé publique (DSP et CSSS) et représentants de partenaires (intrasectoriels et intersectoriels)	Printemps 2014

1.4.2.1 La recherche documentaire

La recherche documentaire (phase 1 de l'évaluation) a été réalisée à partir de deux types de documents. D'une part, un ensemble d'écrits de type scientifique ont été recensés afin de bien situer les concepts au cœur de l'étude. D'autre part, des documents plus directement en lien avec les objectifs de l'évaluation ont été obtenus auprès des gestionnaires et professionnels de la DSP. Il s'agit principalement de diverses publications (bilans, rapports, etc.) produits dans le cadre de démarches de concertation en lien avec des partenaires de l'organisation.

La recherche documentaire a été amorcée avant même le début officiel de l'étude, soit au printemps 2010. Les premières informations obtenues par cette méthode avaient notamment servi à élaborer la proposition d'évaluation (Poissant, 2011a).

Par la suite, cette méthode a servi à trois choses. En premier lieu, elle a permis de dresser et de réunir dans un premier fascicule les « balises conceptuelles et contextuelles » de l'étude (Poissant, 2013a). Pour ce faire, le concept d'« AIFSBE » a été documenté et distingué par rapport à d'autres notions apparentées, en tenant compte de différents éléments de contexte et d'enjeux. En second lieu, un deuxième fascicule (Poissant, 2013b) a été produit afin de faire état de l'évolution des démarches d'AI auxquelles ont contribué les acteurs de la DSP au cours des années. Enfin, les différentes informations documentaires collectées ont servi à élaborer un modèle logique initial, surtout théorique, de la stratégie à l'étude (Poissant, 2011b)

1.4.2.2 Le groupe de discussion

La méthode du groupe de discussion est la principale méthode de collecte de données qui a été employée. Elle a servi à obtenir des informations auprès de trois types d'informateurs, soit les gestionnaires et les professionnels de la DSP, ceux des deux CSSS responsables notamment des programmes locaux de santé publique, ainsi que des personnes rattachées à des organisations partenaires de la DSP.

Dans le cadre du Bloc 1 visant les acteurs à l'interne de la DSP (phase 2 de l'évaluation), un premier groupe de discussion a d'abord été réalisé au printemps 2011 avec les gestionnaires de la direction, soit le directeur ainsi que les coordonnateurs respectifs des quatre services (prévention et promotion; prévention et contrôle des risques d'origine biologique et environnementale; santé au travail; ainsi que surveillance, recherche et évaluation). Cette rencontre a permis d'obtenir de premières informations de nature qualitative en vue de documenter le point de vue de ce groupe particulier d'acteurs sur l'ensemble des quatre objets d'évaluation. De par leur position hiérarchique, ces gestionnaires étaient en mesure d'exposer une perspective d'ensemble sur les différents thèmes abordés.

Pour les fins de ce premier groupe de discussion, un outil de collecte (guide de discussion; annexe 4, p. 213) a été construit par la professionnelle responsable de l'étude. Il a, par la suite, été validé et bonifié avec le comité d'évaluation ESSAI. Sans qu'il s'agisse formellement d'un pré-test, les informations obtenues par le moyen de ce premier groupe de discussion, tenu au printemps 2011, devaient permettre d'ajuster l'outil en vue des trois groupes de discussion suivants. Toutefois, après un retour sur le déroulement de la rencontre, les membres du comité ESSAI ont convenu de ne pas le modifier. Par contre, ils ont jugé pertinent qu'une technicienne en recherche accompagne la responsable de l'étude à l'occasion des groupes de discussion subséquents (rôles de soutien technique et d'observation participante). Une grille d'observation a alors été construite pour faciliter sa collaboration (annexe 5, p. 219).

Les trois groupes de discussion suivants ont été réalisés, au printemps et à l'automne 2011, auprès des professionnels et des gestionnaires de la DSP réunis au sein de leurs services respectifs. Plus précisément, l'un d'eux a rassemblé les membres du service de prévention et contrôle des risques d'origine biologique et environnementale et du service de santé au travail. Les deux autres groupes de discussion se sont tenus respectivement avec les membres du service de surveillance, recherche et évaluation, puis celui de prévention-promotion.

Par la suite, dans le cadre du Bloc 2 visant les acteurs à l'externe de la DSP, un premier groupe de discussion a été tenu au printemps 2012 (phase 3). Il réunissait des personnes déléguées par une dizaine d'organisations partenaires intersectorielles de la DSP⁶. Cette représentation organisationnelle, ainsi que le nombre de groupes de discussion tenus à cette phase, diffèrent de ce qui avait été initialement prévu dans la *Proposition d'évaluation* (ibid.), en raison de l'escamotage de la dimension « tronc commun » avec les principales organisations partenaires de la DSP.

Il faut noter, par ailleurs, que la logistique initiale prévoyait aussi de réaliser la collecte des données auprès des partenaires intrasectoriels de la DSP après celle auprès de ses partenaires intersectoriels. L'inversion des phases a été rendue nécessaire en raison de circonstances indépendantes de l'équipe d'évaluation, soit une réorganisation dans les structures du réseau local de la santé et des services sociaux. Ces changements affectaient notamment les modalités de la concertation régionale entre directions liées à la santé publique.

Mentionnons, enfin, que les informations obtenues à l'occasion de ce cinquième groupe de discussion portaient seulement sur trois des quatre objets d'évaluation. En effet, auprès de ce groupe d'acteurs, il n'était pas indiqué d'aborder le niveau d'appropriation et de mise en œuvre de la stratégie du PAR. De nouveaux outils de collecte ont donc été conçus (annexes 7 et 8, p. 233 et 239). Il s'agit d'une adaptation du guide de discussion et de la grille d'observation utilisés lors de la phase précédente auprès des acteurs à l'interne de la DSP.

Quant aux groupes de discussion finalement tenus auprès des gestionnaires et des intervenants des deux CSSS, dans le cadre de la phase 4 de la collecte des données, ils ont eu lieu à l'hiver 2013. Dans chacune des deux organisations, une seule rencontre a été tenue. Chacune réunissait à la fois des gestionnaires et intervenants prenant part, d'une façon ou d'une autre, à des processus d'AI et de concertation visant l'amélioration de la santé et du bien-être de la

⁶ Les organisations partenaires ayant délégué des personnes pour prendre part à ce groupe de discussion étaient : le Comité régional pour la valorisation de l'éducation (CRÉVALE), la Commission scolaire des Affluents, la Commission scolaire des Samares, la Conférence régionale des élus (CRÉ), le ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Organisation du territoire (MAMROT), le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ), le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP), le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), le ministère des Transports du Québec (MTQ), la Table des partenaires du développement social de Lanaudière (TPDSL), et la Table régionale des organismes communautaires de Lanaudière (TROCL).

population. Dans ce cas, les quatre objets d'évaluation ont été abordés. Le guide de discussion et la grille d'observation développés à cette occasion (annexes 11 et 12, p 255 et 261) constituaient de nouvelles adaptations des outils initiaux utilisés à la phase 2 auprès des gestionnaires de la DSP.

Dans une perspective complémentaire, une sixième et dernière phase de collecte a été réalisée au printemps 2014. Elle a pris la forme d'un huitième groupe de discussion, dit « de rétroaction » et réunissant des acteurs internes et externes (intrasectoriels et intersectoriels) à la DSP. Il s'agissait de leur permettre de réagir à une présentation de résultats partiels de l'étude et, dans une certaine mesure, de valider ces résultats. De nouveaux outils de collecte ont alors été conçus par la responsable de l'étude, puis validés et bonifiés avec l'aide du comité ESSAI (annexes 16, 17, 18 et 19, p. 305, 309, 319 et 325).

Dans tous les cas, les groupes de discussion ont duré une demi-journée. Ils ont réuni respectivement entre 6 et 16 participants (voir tableau 3). Le contenu de toutes les rencontres a été enregistré sur support audio, sous réserve de l'autorisation obtenue auprès des participants, par le moyen d'un formulaire de consentement éclairé (annexes 2, 3, 6, 9, 10 et 15, p. 205, 209, 229, 247, 251 et 301).

Tableau 3
Le nombre de participants aux groupes de discussion

Bloc	Phase	Groupe d'informateurs	Nombre de participants
1 : Interne de la DSP	2	Gestionnaires et professionnels de la DSP	6
			8
			9
			10
2 : Externe de la DSP	3	Représentants de partenaires intersectoriels de la DSP	11
	4	Gestionnaires et intervenants des deux CSSS	8
Complémentaire	6	Gestionnaires et professionnels de la santé publique (DSP et CSSS) et représentants de partenaires (intrasectoriels et intersectoriels)	8
			16

1.4.2.3 Le questionnaire

Le questionnaire a constitué la troisième et dernière méthode de collecte de données employée dans le cadre de cette étude. À l'origine, il avait été inclus dans la *Proposition d'évaluation* en tant qu'outil privilégié pour les fins du « tronc commun » avec les principales organisations partenaires de la DSP. Il s'agissait de faire converger en un même outil l'ensemble des questions portant sur l'AI, la concertation et le partenariat auxquelles les quatre principales organisations partenaires de la DSP souhaitaient trouver réponse. L'outil devait être conçu avec l'aide de personnes déléguées par ces organisations, et il devait être administré au plus grand nombre possible de leurs partenaires.

Malgré le retrait de l'étude de la dimension « tronc commun », le comité ESSAI a convenu de conserver le recours au questionnaire pour élargir ses propres réflexions sur l'AI, la concertation et le partenariat au plus grand nombre possible de ses propres partenaires. On peut considérer que cette dernière étape de la collecte des données (phase 5), avant le groupe de discussion de rétroaction (phase 6), a servi notamment à vérifier et préciser auprès d'acteurs non encore sollicités des informations obtenues aux étapes précédentes de l'étude⁷.

La taille de l'échantillon et la procédure d'échantillonnage ont été déterminées avec l'aide du comité ESSAI. En fait, il a été convenu de conserver à cet égard une approche qualitative, bien que plus globale. Autrement dit, il ne s'agissait pas de rechercher la représentativité des répondants, des secteurs d'activité ou des types d'emploi. Les principales listes de contacts existantes de la DSP ont été rassemblées et passées en revue par les membres du comité. Les personnes retenues comme répondants potentiels ont été identifiées en fonction de liens connus développés dans des AI avec la DSP, ou encore en raison de l'aspect clé du poste qu'elles occupent à cet égard. Dans certaines organisations de grande taille, plusieurs personnes ont été ciblées.

Au total, 506 personnes spécifiques (directeurs/trices, coordonnateurs/trices, employé/es salarié/es ou bénévoles, maires/mairesse, etc.) dans neuf catégories d'organisations partenaires (intrasectorielles et intersectorielles) couvrant quatre niveaux de territoire ont été visées. Elles ont reçu, par voie électronique, une lettre d'invitation intégrant le lien vers le questionnaire, en vue d'une auto-administration. Parmi elles, 240 personnes ont retransmis à la DSP le questionnaire dûment rempli dans le délai prescrit. Après nettoyage de la banque⁸, 232 questionnaires ont été

⁷ Parmi les organisations ayant répondu au questionnaire sans avoir pris part aux groupes de discussion, on compte : des acteurs du milieu municipal (municipalités), du secteur communautaire, du secteur scolaire et académique (écoles, cégep), du secteur du développement (CLD, SADC), du secteur de l'environnement, etc.

⁸ Ont été retirés de la banque les huit répondants qui avaient répondu seulement aux questions d'identification, et à aucune des questions de contenu.

retenus et compilés, soit un taux de réponse de 46 % (voir tableaux 4, 5 et 6, plus bas, pour les caractéristiques des participants).

L'outil lui-même a été élaboré par la professionnelle responsable de l'étude avec la collaboration d'une technicienne en recherche. Puis, il a été validé et bonifié avec l'aide du comité ESSAI (annexe 13, p. 271) et soumis à un pré-test auprès de quelques professionnels de la DSP. Sa version finale a été proposée en ligne aux 506 personnes retenues au printemps 2013, avec le support du logiciel Survey Monkey

Tableau 4

Types d'organismes auxquels sont rattachés les répondants selon l'ensemble des répondants (q1)*

Type d'organisme	Nombre de répondants	Pourcentage
Organisme public du réseau de la santé et des services sociaux	41	18
Organisme ou établissement du milieu scolaire	40	17
Municipalité ou MRC	39	17
Organisme à but non lucratif	35	15
Ministère ou organisme public d'un réseau autre que celui de la santé et des services sociaux	25	11
Organisme communautaire	21	9
Entreprise privée (dont 2 garderies rapatriées de « autre »)	20	9
Organisme parapublic	4	2
Organisme bénévole	1	0
Dans « autre »		
Regroupement local de partenaires (Québec en forme)	4	2
CHSLD privé conventionné	1	0
Conseil Atikamekw de Manawan	1	0
Total	232	100

*Réfère au questionnaire adressé aux partenaires de la DSP. Voir annexe 13, p. 271.

Tableau 5

Titres d'emplois occupés par les répondants selon l'ensemble des répondants, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel (q2)*

Titre d'emploi	Total des répondants		Répondants de l'intrasectoriel		Répondants de l'intersectoriel	
	n	%	n	%	n	%
Directeur/trice ou coordonnateur/trice bénévole	4	12	0	0	4	2
Directeur/trice ou coordonnateur/trice salarié/e + propriétaires	162	70	16	39	146	76
Employé/e bénévole	2	1	0	0	2	1
Employé/e salarié/e	57	25	25	61	32	17
Marie, mairesse, élu/e	7	3	0	0	7	4
Total	232	100	41	100	191	100

*Réfère au questionnaire adressé aux partenaires de la DSP. Voir annexe 13, p. 271.

Tableau 6

Types de territoires desservis par les organismes des répondants selon l'ensemble des répondants, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel (q3)*

Type de territoire	Total des répondants		Répondants de l'intrasectoriel		Répondants de l'intersectoriel	
	n	%	n	%	n	%
Local (une ou plusieurs municipalités ou une MRC)	112	48	4	10	108	57
Régional	46	20	8	10	38	20
Sous-régional (plus d'une MRC)	52	22	27	66	25	13
Supra-régional (plus d'une région)	22	10	2	5	20	11
Total	232	100	41	100	191	100

*Réfère au questionnaire adressé aux partenaires de la DSP. Voir annexe 13, p. 271.

Tableau 7

Ancienneté du partenariat entre l'organisation du répondant et la DSP de Lanaudière dans des processus d'AI selon l'ensemble des répondants, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel (q20)*

Ancienneté du partenariat entre l'organisation du répondant et la DSP de Lanaudière dans des processus d'AI	Total des répondants		Répondants de l'intrasectoriel		Répondants de l'intersectoriel	
	n	%	n	%	n	%
0 à 2 ans	8	3	0	0	8	4
3 à 5 ans	49	21	0	0	49	26
6 à 10 ans	25	11	12	29	13	7
11 ans et plus	32	14	21	51	11	6
Je ne considère pas mon organisation comme étant un partenaire de la DSP	38	16	1	2	37	19
Ne répond pas						
Total	232	100	41	100	191	100

*Réfère au questionnaire adressé aux partenaires de la DSP. Voir annexe 13, p. 271.

1.4.2.4 Traitement et analyse des données

L'agente de recherche mandatée pour réaliser l'évaluation avait la responsabilité du traitement et de l'analyse des données recueillies. Pour ce faire, elle a pu compter sur le soutien de ressources techniques à l'emploi de la DSP. Ainsi, le contenu des groupes de discussion a été intégralement transcrit par une agente administrative. Quant aux données issues du questionnaire, elles ont été gérées en ligne (logiciel Survey Monkey), puis traitées (logiciel SPSS) par une technicienne en recherche.

Une fois transcrits, les comptes rendus intégraux des groupes de discussion ont donné lieu à des analyses de contenu thématiques. Celles-ci ont été réalisées par l'agente de recherche responsable de l'étude. De même, les données traitées issues du questionnaire ont été analysées et interprétées par la même professionnelle.

Une analyse partielle des informations collectées à chacune des étapes a servi de base à l'élaboration des outils de collecte de la phase suivante. Puis, à la fin de l'étude, une analyse globale de l'ensemble des données a été réalisée.

Il est intéressant de souligner, en outre, que le modèle logique a été utilisé dans cette étude comme une méthode d'analyse particulière. Ainsi, un modèle logique initial (théorique) de la stratégie à l'étude a été constitué à partir des informations puisées à l'étape préliminaire de la recherche documentaire. Puis, une première version de ce modèle a été soumise aux membres du comité ESSAI qui l'ont commentée, validée et bonifiée, notamment en ajoutant des éléments aux facteurs d'influence antérieurs au PAR 2009-2012 (soit à une liste de documents d'orientation et d'études, ainsi que des pratiques antérieures au PAR 2009-2012).

Le modèle logique initial représente un premier niveau d'analyse ayant permis d'identifier des types d'éléments dont il faudrait tenir compte dans les phases ultérieures de collecte de données. Il a servi notamment à la construction des guides de discussion et à l'analyse thématique des contenus des groupes de discussion. Par la suite, trois modèles logiques distincts ont été élaborés à la suite d'une actualisation du modèle initial en fonction des points de vue et de l'expérience propres à chacun des trois groupes d'acteurs. Notons que le contenu du modèle logique initial (annexe 1, p. 199) et des modèles logiques spécifiques (annexes 20, 21 et 22, p. 335, 341 et 347) est présenté et discuté à la partie du rapport consacrée aux résultats de l'étude (sections 2.1.4, 2.4.1, 2.4.2, 2.4.3 et 3.1).

1.4.2.5 Limites de l'étude

L'étude comporte quelques limites liées principalement à des contraintes ou contretemps survenus en cours de démarche, et ayant nécessité des ajustements.

En premier lieu, le retrait de la partie tronc commun avec les principaux partenaires de la DSP a enlevé une dimension novatrice et stimulante à l'étude. Notamment, le questionnaire a dû être élaboré afin de répondre exclusivement aux besoins d'information des acteurs de la DSP. Ceux-ci concernaient principalement les convergences et divergences de l'organisation avec ses partenaires dans les AI. Cet outil n'a pas pu tenir compte aussi, comme prévu initialement, des besoins d'information particuliers des principaux partenaires de la DSP. On peut espérer, tout de même, que ces derniers pourront puiser dans les résultats de l'étude des éléments qui leur seront utiles.

Le temps écoulé, pour différentes raisons, entre le début de l'évaluation et le dépôt des résultats, ainsi qu'entre les différentes phases, pourrait constituer une autre limite. On pourrait penser, en effet, que l'état d'implantation de la stratégie décrit sur la base des données collectées ne correspond plus tout à fait à celui qui a cours au moment de la publication des résultats. Par

exemple, différents changements peuvent être survenus dans la structure et le fonctionnement des organisations (dans les CSSS notamment), ou quant aux ressources humaines en place. Les changements de gouvernements pourraient aussi avoir eu une influence sur les orientations ministérielles, affectant peut-être, par ricochet, les pratiques d'AI. Quoi qu'il en soit, la stratégie soumise à l'évaluation demeure associée aux fondements de la santé publique, au même titre que les déterminants de la santé. De ce point de vue, on pourrait convenir de la pertinence de l'étude, ne serait-ce que pour le travail de documentation qu'elle a permis à propos de l'actualisation régionale et évolutive d'une stratégie qui a été largement promue. De plus, étant donné l'approche formative adoptée, la démarche a aussi fourni aux trois groupes d'acteurs mis à contribution l'occasion de nourrir leurs propres réflexions sur l'AI et l'importance de cette stratégie pour la santé publique et ses différents partenaires.

Enfin, d'un point de vue plus méthodologique, on pourrait s'interroger sur la comparabilité du contenu tiré des groupes de discussion auprès des trois groupes d'acteurs. Évidemment, chacun des trois groupes occupe une place spécifique par rapport à la stratégie à l'étude. Pour cette raison, il faut considérer leurs points de vue respectifs comme étant davantage complémentaires que comparables. De toute façon, il ne s'agissait pas de les confronter ou de les mettre en opposition. La place des acteurs de la DSP est nécessairement privilégiée et centrale dans cette évaluation qui les concerne au premier chef. Dans ce sens, le point de vue des deux autres groupes ajoute un complément d'information qui peut être utile au premier groupe, dans la mise en œuvre de sa mission organisationnelle. Un bémol pourrait toutefois être émis quant au seul groupe de discussion ayant réuni des partenaires intersectoriels de la DSP. Compte tenu de l'échantillon de partenaires présents (n = 11) issus de secteurs d'activités différents, il a été difficile d'approfondir à cette unique occasion, dans le temps dévolu à la rencontre, leurs expériences respectives de démarches d'AI partagées avec la DSP. C'est pourquoi le questionnaire a constitué une source d'information complémentaire particulièrement pertinente afin de documenter davantage ces expériences distinctes effleurées en groupe de discussion.

Dans l'ensemble, malgré ces quelques limites, on peut considérer que l'étude réalisée fournit un éclairage unique et pertinent sur la mise en œuvre régionale d'une stratégie qui a été et qui demeurera probablement fondamentale pour l'action en santé publique.

2. RÉSULTATS DÉTAILLÉS

2.1 RÉSULTATS DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

La recherche documentaire, première technique de collecte de données employée au début de la démarche d'évaluation, a conduit à trois productions distinctes. D'abord, une revue de littérature en deux fascicules a été publiée. Puis, le modèle logique initial de la stratégie à l'étude a été élaboré, sur la base des données théoriques tirées de la revue de littérature.

2.1.1 La revue de littérature

Le **fascicule 1** de la revue de littérature/recherche documentaire comporte deux parties. La première retrace la définition et l'origine des concepts, principalement ceux d'AIFSBE, d'AI, de concertation et de partenariat. Y sont distingués les perspectives du milieu de la santé (échelles régionale, nationale et internationale) et celles d'autres milieux (notamment ceux qui sont centrés sur le développement, qu'il soit économique ou social). Les liens entre le développement des communautés (DC), la participation citoyenne et l'AI y sont aussi explorés. La seconde partie se penche sur les liens entre les concepts, les enjeux que soulève leur mise en application et le contexte dans lequel ils sont appliqués. Il y est question notamment de la convergence et de la compatibilité des buts poursuivis par les partenaires et des façons de faire, ainsi que du rôle spécifique dévolu à la santé publique dans les démarches d'AI et de concertation, puis des liens entre l'AIFSBE et l'évaluation d'impact sur la santé (EIS).

Le **fascicule 2** porte sur l'évolution des démarches d'AI auxquelles contribuent les acteurs de la DSP de Lanaudière. L'analyse de divers documents d'orientation, bilans et rapports produits dans la région a permis de comprendre comment l'AIFSBE et les concepts apparentés ont pu prendre forme, au fil des ans, dans les pratiques de ces acteurs.

2.1.2 Le modèle logique initial de la stratégie

Le modèle logique initial de la stratégie de soutien à l'AIFSBE (annexe1, p. 199) a aussi été élaboré à partir des informations mises en lumière par la revue de littérature. Il permet de présenter schématiquement les différents éléments constitutifs de cette stratégie : ressources nécessaires, activités réalisées, effets attendus et obtenus, impacts souhaités. Il met également en évidence des facteurs (historiques et concomitants) susceptibles d'avoir eu ou d'avoir encore une influence sur sa mise en œuvre. Ce modèle a comme caractéristique d'être surtout théorique, dans le sens qu'il a été construit à partir de sources documentaires plutôt qu'à partir de données collectées sur le terrain. Il pourrait également avoir pour défaut d'être trop linéaire. On peut noter que ce modèle théorique a servi de fondement à la construction des outils de

collecte des données puis, avec l'analyse des données recueillies, à l'élaboration des modèles logiques propres à chacun des trois groupes d'acteurs.

2.1.2.1 Les facteurs d'influence antérieurs au PAR 2009-2012

Les éléments inventoriés en tant que facteurs d'influence antérieurs au PAR 2009-2012 sont de deux types : des documents d'orientation et des études, ainsi que les pratiques antérieures de la DSP de Lanaudière.

Dans la première catégorie, ce sont principalement des **documents d'orientation** qui ont été identifiés, et on peut les distinguer selon le niveau territorial qu'ils visent.

- Les plus anciens remontent aux années 1970 et sont associés au *niveau international*. À cette échelle, d'autres documents d'orientation ont été publiés à chacune des décennies subséquentes.
- La majorité d'entre eux ont été produits par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et ils sont des jalons importants de l'évolution du domaine de la santé publique à partir du Rapport Lalonde (1975).

Au **niveau national** (le Québec) :

- Les publications identifiées ont été produites entre 1995 et 2008. Ce sont surtout des politiques et des lois s'appliquant au domaine de la santé et des services sociaux.
- Il s'agit donc de documents prescriptifs, qui obligent les acteurs concernés et leurs institutions, notamment ceux de la santé publique, à adopter des façons de faire.
- Dans le cadre du *Programme national de santé publique (PNSP) 2003-2012*, les acteurs de santé publique étaient invités à « *participer aux actions intersectorielles favorables à la santé et au bien-être* ». Par contre, dans la mise à jour de ce document en 2008, on les conviait plutôt à « *soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être* ».

Au **niveau régional** :

- Les publications retracées sont, pour la plupart, des documents visant à préciser comment les prescriptions provenant de l'échelle nationale seraient mises en application dans Lanaudière.

- D'ailleurs, ces publications ont été produites entre 1995 et 2007, et elles sont conçues pour s'articuler avec les documents du niveau national (par exemple, le PAR de Lanaudière découle du PNSP).

En ce qui concerne les **pratiques antérieures au PAR 2009-2012**, la recherche documentaire a permis de retracer :

- Surtout quelques organisations ou regroupements avec lesquels les acteurs de la DSP ont **participé** à des AIFSBE (TPDSL, CRÉVALE, PLI, Herbe à poux, Groupe de travail en sécurité routière de Lanaudière);
- Un seul regroupement auprès duquel ils auraient exercé plutôt un **soutien** à ce type d'action, soit le Réseau d'animation en développement durable de Lanaudière (RADDL).

Quant aux **pratiques apparentées** à l'AIFSBE (AI, concertation, partenariat, collaboration) auxquelles les acteurs de la DSP auraient participé ou qu'ils auraient soutenu avant le PAR 2009-2012, cette phase préliminaire de la collecte de données n'a pas conduit à l'identification d'actions ou de partenaires précis.

L'hypothèse ou le postulat lié au PAR 2009-2012

Dans le texte du PAR 2009-2012, le recours prescrit à la stratégie de soutien à l'AIFSBE est appuyé sur une explication qui se présente comme un postulat, mais qui pourrait être considérée comme une hypothèse. En effet, les lacunes mentionnées par des informateurs de l'étude, au regard de la démonstration préalable de résultats, leur suggèrent de poursuivre la mise à l'épreuve de la stratégie plutôt que de la tenir pour acquise. Quoi qu'il en soit, selon cette explication, l'approche intersectorielle serait nécessaire en promotion et en prévention des nombreux problèmes de santé, considérant l'influence sur la santé des autres secteurs d'activité (PAR, 2009, p. 183).

2.1.2.2 Les facteurs d'influence concomitants au PAR 2009-2012

Le modèle logique initial intégrait également quelques facteurs susceptibles d'influencer l'implantation de la stratégie à l'étude, de façon concomitante ou simultanée à la mise en œuvre du PAR lui-même. Ces éléments revêtaient un potentiel d'influence, selon certaines sources documentaires consultées.

Cinq catégories de facteurs de ce type avaient été identifiées :

- les attentes propres aux partenaires à l'égard de l'action et des activités de concertation (respect des priorités, des façons de voir et des façons de faire);
- les ressources (humaines et financières) dont disposent les différents partenaires;
- les pratiques apparentées à l'AIFSBE (AI, concertation, partenariat et collaboration);
- le contexte (sociopolitique, organisationnel dans le réseau SSS et celui des relations entre les partenaires potentiels) ;
- le pouvoir dont disposent les différents partenaires.

Les ressources nécessaires à la mise en œuvre

Les ressources nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie constituent la charnière, dans le modèle logique, entre les facteurs exerçant une influence sur cette mise en œuvre et les éléments faisant foi de la concrétisation de cette mise en œuvre (activités réalisées, résultats de production, effets attendus, impacts souhaités). Les ressources identifiées le sont à titre d'éléments « potentiellement » nécessaires, relevés dans la revue de littérature.

Sous la catégorie des **ressources humaines**, différents types d'acteurs ont été identifiés.

- Ils correspondent, pour la plupart, aux catégories de la population à l'étude. Ce sont : les gestionnaires et professionnels des différents services de la DSP, les gestionnaires et intervenants des deux CSSS ayant des liens avec des interventions de santé publique, ainsi que les principaux partenaires de la DSP.
- La catégorie des « citoyens » a été ajoutée, dans une optique de vérification à faire dans le cadre de la collecte de données. Il s'agissait de vérifier la place que ce type d'acteur, plus ou moins officiellement reconnu ou mentionné dans le PAR 2009-2012, trouvait ou devrait trouver dans les diverses AI et pratiques apparentées intéressant la DSP.

Par ailleurs, les **ressources financières** n'ont pas été davantage catégorisées ni caractérisées.

Quant aux **ressources d'autres types** relevées grâce à la recherche documentaire, ce sont essentiellement des « conditions de succès » des AI et pratiques apparentées. Selon la littérature consultée, on pouvait distinguer notamment des conditions contextuelles, structurelles, fonctionnelles et relationnelles.

2.1.2.3 Les activités réalisées

Les activités réalisées dans le cadre de l'implantation de la stratégie à l'étude représentent sa cristallisation. Il s'agit de ce qui est fait concrètement par les acteurs de la DSP pour soutenir l'AIFSBE, à partir : des orientations qui leur ont été prescrites, des fondements théoriques qui les justifient, de l'expérience de leurs pratiques antérieures, du contexte, des attentes des différents partenaires, ainsi que des ressources dont chacun dispose.

Deux types complémentaires ont été inscrits :

- D'une part, il est question des activités de soutien à l'AIFSBE réalisées par les gestionnaires et les professionnels de chacun des services de la DSP. Une grille produite par le comité DCAI devait constituer la source des informations recherchées.
- D'autre part, le PAR lui-même identifiait des activités prévues pour chacun des domaines d'intervention. Certaines de ces activités pouvaient impliquer le recours à la stratégie transversale à l'étude.

2.1.1.4 Les résultats de production

La notion de « résultats de production » réfère à des données de base ou indicateurs, généralement chiffrés, visant à documenter ce que produit minimalement un programme ou une intervention : nombre d'activités réalisées, nombre d'organisations partenaires et de personnes y ayant participé, etc. Les résultats de ce type sont ceux qui sont habituellement compilés dans le cadre du suivi de gestion ou d'un processus de reddition de comptes associé au programme ou à l'intervention en cause.

Pour ce qui est de la stratégie transversale à l'étude, aucun objectif tablant sur l'atteinte de « résultats de production » n'a été identifié dans le PAR, ni d'ailleurs aucun objectif d'aucune sorte. À la page consacrée à cette stratégie (*ibid.*, p. 183), il est mentionné que « cette section ne comporte pas de tableau spécifique sur les actions régionales de soutien à l'action intersectorielle ». On l'explique par le fait que « les actions régionales de nature intersectorielle se retrouvent dans chacun des domaines d'intervention, des stratégies d'action et des fonctions de surveillance, recherche et évaluation » du PAR. Par contre, les sections consacrées aux autres stratégies d'action, dont celle visant à soutenir le développement des communautés, comportent de tels tableaux assortis d'au moins un objectif chiffré.

Bref, la place accordée aux résultats de production dans la présente étude est demeurée limitée. Son inclusion dans le cadre logique initial s'explique par une volonté de bien marquer la distinction entre ce type de résultats et ceux qui ont été recherchés et obtenus au terme de l'évaluation.

2.1.2.5 Les effets attendus

Trois types d'effets attendus de l'implantation de la stratégie de soutien à l'AIFSBE ont été identifiés, dans le PAR, à la page consacrée à cette stratégie (*ibid.*, p. 183). Il s'agit de :

- la contribution des démarches de soutien à l'AIFSBE à l'atteinte des objectifs du PAR identifiés pour les différents domaines d'intervention;
- la sensibilisation des partenaires intersectoriels de la DSP aux effets de leurs propres activités sur la santé de la population;
- la mobilisation des secteurs d'activité et des communautés.

Contrairement aux résultats de production, la « mesure » de l'atteinte de tels effets pouvait difficilement prendre la forme d'un quelconque monitoring de données ou d'indicateurs chiffrés. Il a semblé plus pertinent, à propos de tels effets plus « diffus », d'appréhender l'écart entre ce qui est attendu et ce qui est obtenu à partir de l'expérience vécue par les acteurs concernés.

2.1.2.6 Les impacts souhaités

Les impacts souhaités à la suite de la mise en œuvre de la stratégie à l'étude constituaient un autre type d'effets attendus, que l'on peut qualifier d'ultimes et à long terme. Ces impacts, au nombre de deux, sont d'ordre global.

- D'une part, il s'agit d'avoir une influence sur les déterminants de la santé et sur les inégalités sociales.
- D'autre part, on souhaite améliorer l'état de santé et de bien-être de la population lanauoise.

Les objectifs de l'évaluation d'implantation de la stratégie ne portaient pas sur ces impacts globaux qu'elle pouvait entraîner, et que les acteurs qui l'emploient pourraient souhaiter atteindre, dans un avenir relativement lointain. Toutefois, les mentionner dans le modèle logique initial permettait de mieux situer les effets attendus, auxquels s'intéresse davantage l'étude, entre les résultats de production et les impacts souhaités.

2.2 RÉSULTATS DES GROUPES DE DISCUSSION

Les résultats détaillés des sept groupes de discussion réalisés dans le cadre de l'étude sont présentés dans cette partie de manière à distinguer les points de vue des acteurs de l'interne et de l'externe (intrasectoriel et intersectoriel) de la DSP, à l'égard des principaux thèmes et sous-thèmes abordés. Ces derniers ont été regroupés en fonction d'une logique d'organisation un peu différente de celle utilisée au moment de la collecte des données. Trois grandes dimensions ont été retenues : celles des ancrages, de la mise en œuvre et des retombées de la stratégie.

Il faut noter qu'en dépit de ce travail minutieux de réorganisation des multiples informations collectées, les résultats d'analyse livrés dans cette partie du rapport demeurent de nature descriptive. De même, on peut encore y percevoir des traces de la tendance au chevauchement des thématiques ou à la redondance des contenus omniprésente dans les propos des informateurs.

On remarquera aussi qu'à cette étape de l'analyse, les informations collectées auprès des informateurs des CSSS (désignés comme les partenaires de l'intrasectoriel) n'ont pas été considérées comme relevant spécifiquement d'une autre instance de santé publique. Cette perspective a été adoptée plutôt par la suite, dans le cadre de l'analyse globale dont les résultats sont présentés à la partie 2 du rapport.

2.2.1 Les ancrages de la stratégie

Cette première dimension appréhendée concerne les aspects fondamentaux de la stratégie, ou ses bases, et elle correspond d'abord au premier objectif visé par l'évaluation. Celui-ci a été abordé en deux volets dans les divers groupes de discussion. D'une part, les informateurs ont été invités à exprimer ce qu'était ou pouvait être cette stratégie, à leur avis, et ce qui pouvait la constituer et la caractériser (définition); de même que ce qu'ils savaient de ses origines et de ses fondements théoriques. D'autre part, on leur a demandé à quoi cette stratégie devait ou pouvait servir en fonction du PAR de santé publique de Lanaudière et de ses six domaines d'intervention.

L'analyse de ce premier ensemble d'informations avait pour but d'éclairer d'abord, sous différents angles, l'ancrage de la stratégie chez les différents groupes d'acteurs. Il était donc question de leurs connaissances et de leurs représentations à ce sujet, mais aussi de la pertinence qu'ils reconnaissaient à la stratégie. Leur niveau d'appropriation de celle-ci constituait en quelque sorte le prolongement logique de l'analyse, bien qu'il s'agissait d'un premier élément du deuxième objectif de l'évaluation. Les propos des informateurs permettaient aussi d'explorer l'ancrage de la stratégie dans les milieux où elle devait être mise en œuvre : l'interne de la DSP, l'intrasectoriel (surtout les CSSS) et l'intersectoriel (les principaux partenaires de la DSP).

De façon assez générale, cette première partie de la discussion a permis de mettre en évidence les limites et une certaine confusion dans la connaissance de cette stratégie et de son existence dans le PAR. En fait, la connaissance du PAR lui-même est apparue limitée. Ainsi, les propos tendaient à glisser de la stratégie du PAR à l'AI ou à l'intersectorialité « tout court ». Autrement dit, les informateurs étaient portés à discuter d'AI ou d'intersectorialité en omettant de tenir compte des liens importants, pour l'évaluation, avec le document d'orientation de la DSP, avec la dimension « favorable à la santé et au bien-être » propre à la stratégie, et avec sa dimension de « soutien ». Quant aux fondements théoriques de la stratégie, indépendamment de leur appartenance organisationnelle, la plupart des participants aux sept groupes de discussion se sont montrés peu informés à ce sujet, ou peu intéressés par cet aspect très spécifique.

Cela dit, il se dégagait malgré tout, des propos des différents groupes de participants, l'esprit d'une adhésion générale au travail en AI ou en intersectorialité. En fait, cette façon de faire semblait être devenue une évidence pour la plupart d'entre eux, qu'ils soient rattachés à la DSP elle-même ou à une de ses organisations partenaires intrasectorielles ou intersectorielles.

2.2.1.1 Connaissances et représentations générales

En premier lieu, différents angles d'approche ont été employés afin de mieux comprendre le niveau de connaissance que les acteurs concernés avaient de la stratégie à l'étude et les représentations qu'ils pouvaient s'en faire. Ainsi, au-delà des questions directes portant sur leur connaissance de la stratégie et du PAR, les informateurs ont été invités à exprimer ce qu'ils savaient sur : l'évolution historique de la stratégie, les distinctions qu'ils faisaient entre la participation à l'AI et le soutien à la stratégie, ainsi que l'articulation des rôles des trois niveaux d'intervention à l'égard de la stratégie.

De façon générale, la connaissance de la stratégie et celle du PAR auquel elle est liée est apparue variable selon les groupes d'informateurs, et même entre les différents services de la DSP et entre les deux CSSS. Ces différences ont été expliquées par des raisons associées aux mandats et aux conditions de pratique des acteurs (les services de la DSP), ou encore à des raisons contextuelles (les CSSS). Dans l'ensemble, les propos des informateurs montraient que leur connaissance de la stratégie, ou moins spécifiquement de l'AI, s'appuyait davantage sur leur expérience personnelle et organisationnelle que sur une référence spécifique aux orientations du PAR. Il en était de même pour leur connaissance et leur compréhension concernant : l'évolution historique de la façon de faire de l'AI; la nuance apparue, dans le second PAR (2009-2012) par rapport au premier (2004-2007), entre participer à l'AI et la soutenir; ainsi que l'articulation des rôles des trois niveaux d'intervention à l'égard de la stratégie.

Il faut noter que les éléments de connaissance extraits des discours des informateurs apparaissaient indissociables de leurs points de vue, c'est-à-dire de leurs situations organisationnelles et personnelles particulières par rapport à la stratégie et à l'AI. Et ces

perspectives distinctes ont pu conduire à certaines opinions différentes, ou du moins à des nuances, qui ont été exprimées dans cette partie des discussions. Par exemple, l'évolution historique de la façon dont les acteurs de la santé publique faisaient de l'AI apparaissait positive du point de vue des informateurs de la DSP, mais semblait l'être moins, ou moins systématiquement, du point de vue de ceux des CSSS. Par contre, en ce qui concerne la différence entre participer à l'AI et la soutenir, des explications similaires ont été formulées parmi les deux groupes d'acteurs. Il en était de même à propos de l'articulation des trois niveaux d'intervention.

Points de vue de l'interne de la DSP

- La **connaissance** de la stratégie et de sa présence dans le PAR variait selon les services et les équipes de la DSP. Le PAR lui-même semblait connu et utilisé en quelque sorte « à la carte », c'est-à-dire surtout en fonction des objectifs de résultats associés aux dossiers spécifiques sur lesquels travaillent chacun des informateurs.
- Les informateurs de l'organisation ont aussi laissé entendre qu'une certaine **évolution historique** avait été observée, avec les années, dans leur façon de faire de l'AI. Ainsi, ils joueraient moins, maintenant, le rôle d'experts dans le cadre d'« interventions très pointues », et ce, notamment, en raison de la place accordée de plus en plus dans la région au développement des communautés.
- La nuance, apparue dans le second PAR (2009-2012) par rapport au premier (2004-2007), **entre participer à l'AI et la soutenir**, a donné lieu à différentes interprétations par les informateurs de l'organisation. La plupart n'ont pas tenté de fournir des explications à ce changement de formulation ou d'orientation, ils ont plutôt décrit comment il pouvait se manifester concrètement d'après leur expérience. Ainsi, « participer » a été associé au fait de « construire ensemble ». D'autre part, « soutenir » a été décrit comme pouvant s'appliquer à l'accompagnement de processus (plutôt qu'au montage direct de projets concrets comme par le passé), à la mise en place de conditions permettant l'AI, au fait d'amener les autres secteurs à se servir de leurs propres leviers par rapport à la santé ou à ses déterminants, ou encore au fait de « guider », de rendre disponibles des données, de contribuer à alimenter des réflexions ou de mettre en évidence les liens entre des phénomènes ne relevant pas de la santé (ex. scolarité, revenu) et l'état de santé. Un informateur a établi un lien contextuel entre cette nouvelle façon de formuler la stratégie et le « changement de gouverne publique » découlant de la transformation du système sociosanitaire de 2001, de la réforme de 2002-2003 et de la mise en place des CSSS.
- **L'articulation des rôles des trois niveaux d'intervention** du réseau sociosanitaire (national, régional, local) à l'égard de la stratégie a été abordée d'un point de vue critique. Par exemple, il a été reconnu que l'AI pouvait être activée aux niveaux régional et local par

des politiques ou directives nationales, toutefois on a déploré que le niveau national puisse tendre à considérer le régional comme l'exécutant de ces politiques ou directives. Dans le même sens, il a été mentionné que cette articulation devait être bidirectionnelle et non unidirectionnelle (« *top down* »), compte tenu que le national était « *loin de l'application sur le terrain* » et qu'il fallait prendre garde qu'il ne limite pas cette action en voulant la centraliser. Un informateur a exprimé l'impression que la DSP travaillait plus en participation qu'en soutien avec les CSSS, car un véritable soutien nécessiterait une implication « *avant-pendant-après* ». Un informateur a aussi souligné que le MSSS devait assumer des rôles précis bien définis par la loi sur la santé publique et les politiques publiques, notamment un rôle conseil par rapport aux autres ministères (ex concernant l'évaluation d'impact sur la santé ou ÉIS).

Points de vue de l'externe de la DSP

- Comme on aurait pu s'y attendre, la connaissance de la stratégie, de même que celle du PAR, est apparue encore plus limitée chez les informateurs de l'externe de la DSP (intrasectoriel et intersectoriel) que parmi ceux de l'organisation elle-même. Certains n'avaient jamais entendu parler ni de l'une ni de l'autre.
 - ✓ Parmi les informateurs **de l'intrasectoriel**, également, un certain écart dans la connaissance de la stratégie et du PAR a été observé entre ceux du CSSS-SL (plus étendue) et ceux du CSSS-NL, et entre les organisateurs communautaires et les informateurs occupant d'autres fonctions. Cet écart pouvait s'expliquer notamment par l'existence d'une démarche de réflexion, recherche et formation sur la concertation en cours au sein du CSSS-SL depuis plusieurs mois. Par ailleurs, des participants ont aussi affirmé n'avoir jamais entendu parler non plus du PAL les concernant plus directement. De façon générale, le PAR et le PAL ne semblaient pas constituer des documents sur lesquels les acteurs de l'intrasectoriel, du moins les informateurs, s'appuyaient régulièrement. L'un d'eux a mentionné qu'il y manquait de moyens concrets susceptibles d'aider à mettre en pratique la stratégie.
 - ✓ Des informateurs **de l'intersectoriel** ont laissé entendre que la stratégie pouvait être parfois « *prise pour acquis* » ou « *plus vécue que connue* », dans le cadre du travail qu'ils pouvaient accomplir avec la DSP. Il s'agissait donc d'une forme de connaissance peu formelle.

- En ce qui concerne l'évolution historique de la stratégie du PAR, les informateurs de l'externe de la DSP ont attiré l'attention sur des épisodes aussi bien antérieurs que postérieurs à son inscription dans le document d'orientation de la DSP.
 - ✓ Parmi les informateurs **de l'intrasectoriel**, il a été mentionné que l'AI n'était pas née avec les plans d'action que constituaient le PAR et le PAL, mais qu'il s'agissait d'une réalité déjà présente dans les PROS, il y a 15 ans. Ainsi, ces documents d'orientation seraient plutôt venus confirmer ou renforcer les choses et insister pour leur poursuite. D'autre part, un informateur a aussi mentionné que, depuis 10-15 ans, le CSSS serait passé de niveaux d'intervention axés sur la promotion de la santé et la prévention à d'autres davantage curatifs. Dans un des CSSS, les informateurs ont surtout fait état de l'influence, sur le déroulement ultérieur d'une démarche d'AI, des circonstances de son démarrage (organisme initiateur, financement associé, etc.). Une expérience de concertation mise en place selon les directives d'Avenir d'enfant et comportant le financement de projets a été mentionnée à titre d'exemple difficile. À l'opposé, une démarche de prévention des ITSS initiée par un organisme communautaire a été considérée comme un exemple plus positif.
 - ✓ Un seul informateur **de l'intersectoriel** a discuté de ce sous-thème. Il a affirmé qu'on serait maintenant rendus à « essayer d'agir de plus en plus sur les causes » et que, pour ainsi « aller plus loin », les partenaires intersectoriels devraient s'appuyer sur la DSP.
- Seuls des informateurs **de l'intrasectoriel** ont discuté de la distinction entre *participer à l'AI* ou *soutenir* ce type d'action. Dans l'ensemble, leurs propos sur cet aspect, comme ceux des informateurs de la DSP, se présentaient surtout selon deux angles.
 - ✓ Certains ont décrit, indépendamment du contexte historique ou organisationnel, comment ils se représentaient les mandats spécifiques relatifs à la participation à l'AI ou à son soutien. La participation a été associée au fait de jouer un rôle actif dans la mise en œuvre d'un projet. Le soutien a été décrit comme le fait de demeurer « autour de la table » ou « dans le processus » mais « à côté de l'action », de « créer des opportunités », de « caller la shot », de « brainstormer sur ce qui peut être fait », de « donner les outils nécessaires » mais sans « faire l'action à la place », ainsi que de « garder la mission » ou « l'esprit de la chose ». Il a été mentionné que le recours à la participation ou au soutien pouvait dépendre du projet, de l'état d'avancement du processus ou de la thématique.

- ✓ D'autres informateurs ont plutôt émis une opinion sur les raisons ou le contexte ayant conduit à inscrire, dans le deuxième PAR, ce passage de la participation au soutien. Il a été question d'une nouvelle vision ministérielle s'étant traduite par « *une révision du rôle de l'agence et de la DSP* », et d'un « *changement organisationnel* » ayant amené la création des CSSS auxquels « *la responsabilité des services a été renvoyée* ». Dans cette foulée, quelques-uns ont associé davantage la participation au niveau et au rôle des CSSS (« *plus terrain* »), et le soutien au niveau et au rôle de la DSP (« *accompagnateur* »).
- **L'articulation des rôles des trois niveaux d'intervention** est un autre sous-thème ayant été abordé seulement par des informateurs **de l'intrasectoriel**. Leurs propos à ce sujet font état d'éléments simplement descriptifs, et d'autres présentés comme étant positifs ou négatifs, en fonction de la perspective locale de leur organisation.
 - ✓ Il a été mentionné que l'AI partait d'orientations ministérielles des différents ministères, que des cibles étaient définies au niveau de la DSP, et que les CSSS devaient traduire en actions concrètes les efforts en vue d'atteindre ces cibles. Également, on a souligné que la DSP et les CSSS ne travaillaient plus ensemble de la même façon qu'il y a cinq ou six ans. En outre, dans la nouvelle approche, l'inscription éventuelle de la stratégie dans le PAL pourrait associer la participation à l'AI au niveau du CSSS et le soutien à l'AI à celui de la DSP. Par ailleurs, il y aurait parfois nécessité de « *remonter* » à un palier supérieur (régional ou national) dans certaines situations où les avancées de l'AI au local seraient « *freinées* » sans que ce niveau d'intervention dispose du pouvoir nécessaire pour résoudre les difficultés.
 - ✓ Les éléments plus positifs mentionnés concernaient : l'avantage de la vision régionale pour éviter les doublons, la possibilité pour les CSSS de demeurer critiques par rapport aux cibles à atteindre définies par la DSP, de même que la possibilité que les organisateurs communautaires transforment les commandes en opportunités par le biais d'arrimages et dans le respect d'une appropriation sur le terrain des programmes et de la théorie intersectorielle.
 - ✓ Parmi les éléments plutôt négatifs, on retrouve : le fait que les leviers pour avancer dans l'AI ne se situent pas au niveau local, la confrontation à des « *choses qui descendent* » et à d'autres « *pas harmonisées entre elles* », ainsi que l'inadéquation des mesures ministérielles appliquées à tout le Québec alors que les réalités sont différentes d'une région à l'autre et même entre le nord et le sud de la région.

2.2.1.2 Éléments de définition

Les échanges ont permis d'approfondir également comment les différents groupes d'acteurs pouvaient définir la stratégie et à quels éléments ils accordaient le plus d'importance dans leurs définitions. De plus, dans l'optique de mettre en évidence des distinctions ou des liens, ils se sont efforcés aussi d'attribuer des définitions à quelques concepts apparentés.

Dans l'ensemble, les définitions formulées s'appuyaient sur l'expérience et le cadre de travail propres aux informateurs. Ceux qui étaient le plus susceptibles d'appliquer la stratégie quotidiennement (par exemple, les gestionnaires de la DSP et les professionnels du service de prévention-promotion) ont semblé avoir plus de facilité à la définir. Malgré tout, des informateurs de la plupart des groupes ont fait référence à des termes propres au domaine de la santé publique, tels les « *déterminants de la santé* », les « *environnements favorables* », les « *facteurs de risque* », les « *facteurs de protection* », ainsi que les « *meilleures pratiques* ». De même, des informateurs de la plupart des groupes ont considéré qu'il y avait des liens entre la stratégie et le concept de développement des communautés (DC), mais aucun n'a véritablement identifié de tels liens avec celui d'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS).

En ce qui concerne les fondements théoriques de la stratégie, cet aspect n'a pas donné lieu à des discussions très élaborées. Les informateurs des différents groupes ne semblaient pas se considérer directement concernés par cet aspect. Dans l'ensemble, ils semblaient s'en remettre en amont à des autorités scientifiques plus compétentes en la matière, lesquelles s'appuyaient sur des études auxquelles ils faisaient confiance.

Points de vue de l'interne de la DSP

- La **notion d'AIFSBE** semblait moins évidente à définir et à expliquer pour les acteurs de l'organisation qui n'avaient pas à l'appliquer quotidiennement dans le cadre de leur travail, en raison notamment de mandats très spécifiques découlant de lois (équipes de santé au travail, environnement et maladies infectieuses). Les informateurs des autres services (Prévention-promotion et Surveillance-recherche-évaluation) et les gestionnaires ont fait des liens avec des concepts propres à la santé publique, tels l'action sur les *déterminants* de la santé obligeant à travailler en collaboration, ainsi que les *leviers* et le *pouvoir d'agir* sur la santé que possèderaient les autres secteurs d'intervention. Les mêmes informateurs ont laissé entendre que, pour les acteurs de la DSP, le recours à l'AI se ferait assez spontanément ou naturellement, voire inconsciemment. Il s'agirait de pratiques particulièrement proches de la culture de partenariat développée par l'organisation lanauoise depuis de nombreuses années.

- Quant à la **dimension « favorable à la santé et au bien-être »** (FSBE) de la stratégie, elle a été associée à l'action sur les déterminants de la santé qui nécessitait, pour être efficace, un travail de concertation et de partenariat avec des acteurs de différents milieux. Il a été mentionné aussi que l'évaluation pouvait contribuer à la réflexion des partenaires intersectoriels au sujet de leur propre rôle pour favoriser la santé, par exemple dans le développement d'environnements favorables. En outre, un informateur a affirmé que toute AI pouvait avoir un effet sur la santé, mais que celui-ci pouvait être favorable ou nuisible, selon les cas.
- Quelques **liens ou distinctions** ont été relevés **entre l'AI et des concepts apparentés**, surtout celui de développement des communautés (DC).
- Il a été mentionné que le **DC** nécessitait le travail en intersectoriel, mais également que l'AI constituait un outil ou moyen pour parvenir au DC et réduire les inégalités de santé. Toutefois, un bémol a été exprimé selon lequel il n'était pas évident pour les professionnels de santé publique se consacrant à des dossiers spécifiques que leur AI pouvait être utile à la communauté au sens large et qu'elle pouvait contribuer à son développement durable.
- La **concertation** a été décrite comme se déroulant entre les acteurs concernés et prenant la forme d'« échanges et de partage d'informations de façon régulière pour régler de petites choses » ou dans le but de « partager une vision commune ».
- Les propos des informateurs de la DSP, quel que soit leur service d'appartenance, n'ont pas permis de mettre en évidence de connaissances approfondies ou même d'intérêt particulier pour les **fondements théoriques** de la stratégie (référence à des publications ou auteurs précis). Tout au plus, il a été mentionné qu'avec les années, « des études » avaient démontré le caractère essentiel de l'AI pour que la santé publique puisse aboutir à des résultats.

Points de vue de l'externe de la DSP

- Au sujet de la **notion d'AIFSBE**, les informateurs de l'externe de la DSP ont formulé des définitions variées axées sur des éléments particuliers, en s'inspirant généralement de leur propre pratique quotidienne.
 - ✓ Parmi ceux **de l'intrasectoriel**, certains ont proposé des définitions se rapprochant de celles émises par les acteurs de la DSP, en établissant aussi des liens avec des concepts du domaine de la santé publique (ex. les déterminants de la santé). Il a été question, notamment, du fait reconnu que la responsabilité de la santé ne relèverait pas exclusivement des intervenants du secteur de la santé. D'autres informateurs ont fait état d'une présence accrue de l'AI,

comme du partenariat, dans les discours, indépendamment de l'existence de la stratégie du PAR. Une distinction a aussi été mentionnée entre l'AI et la concertation. Ainsi, la première viserait un résultat concret par le moyen d'un mouvement et d'actions posées concrètement. Par contre, la concertation serait « *seulement du blabla* ». Des informateurs ont, pour leur part, tenté d'échafauder des définitions basées sur une expérience plutôt clinique, en référant, par exemple, à un travail multidisciplinaire accompli autour de cas individuels de jeunes en difficulté.

- ✓ Ceux **de l'intersectoriel** ont parlé davantage d'AI que de la stratégie du PAR comme telle. Selon les cas, ils ont considéré surtout que l'élément le plus important de cette notion était le caractère intersectoriel de l'action (le travail en réseau de différents types d'acteurs) ou les finalités poursuivies (arrimer les actions, améliorer le bien-être et les saines habitudes de vie; ou se centrer sur l'action plutôt que le blabla). Certains ont insisté sur le rôle de la santé publique dans ce type d'action. Enfin, un seul informateur a formulé une définition de l'AI témoignant d'une vision administrative quelque peu étonnante. Il s'agissait, pour lui, d'un « *modèle de gestion des actions permettant à la fois de faire de la reddition de comptes au gouvernement et de justifier les sommes qui sont investies* ».
- De façon plus spécifique, la **dimension « favorable à la santé et au bien-être »**, quand elle était abordée, l'était le plus souvent en lien avec des termes ou concepts-clés propres au domaine de la santé publique.
 - ✓ Les informateurs **de l'intrasectoriel** ont associé cette dimension de la stratégie aux *environnements favorables* ainsi qu'aux *facteurs de risque* et *facteurs de protection* qui seraient communs à plusieurs problématiques. De façon plus générale, il a été mentionné que l'AIFSBE ajoutait un objectif commun à tous les partenaires de l'AI.
 - ✓ Parmi les informateurs **de l'intersectoriel**, un lien a été établi avec les *déterminants de la santé* qui seraient présents de façon implicite dans les objectifs propres aux partenaires. Dans ce sens, un informateur a affirmé que « *derrière tout ça règne une volonté d'un mieux-être de notre population* ».

- La discussion sur les **liens entre l'AI et d'autres concepts** apparentés a été davantage approfondie avec les informateurs de l'intrasectoriel qu'avec ceux de l'intersectoriel. Le principal autre concept abordé a été celui de développement des communautés (DC).
 - ✓ Des informateurs de l'intrasectoriel ont exprimé une difficulté à déterminer les distinctions entre l'AI et le DC. D'autres ont considéré, selon les cas : que les deux concepts étaient indissociables même si l'un permettait de travailler sur des objectifs plus pointus; que les acteurs de santé publique sont « là pour les communautés, pour les supporter, pour les développer »; que l'action se fait dans ce sens (du DC) et que c'est son mandat premier; et que « veut veut pas, l'intersectoriel va faire en sorte qu'une communauté va se développer ». Selon un informateur, l'approche de DC nécessitait l'intersectorialité, mais en lien avec un territoire. C'est le territoire qui serait au centre, avec les réalités de différents types qui l'habitent (santé, travail, social, etc.) et non seulement les problèmes de santé. Le DC serait même « une traduction terrain de l'intersectorialité ». La DSP a aussi été identifiée, plus précisément, comme étant une ressource importante susceptible de travailler avec les CSSS ou les citoyens sur le DC, notamment en les alimentant en contenu ou sur les « meilleures connaissances » ou les « meilleures pratiques ».
 - ✓ En ce qui concerne le concept d'**ÉIS**, les informateurs qui en ont parlé l'ont généralement confondu avec une évaluation des interventions de santé publique s'appuyant sur les « meilleures pratiques », en fonction des impacts, résultats ou retombées obtenus.
 - ✓ Des informateurs se sont aussi efforcés de décortiquer la triade **concertation-AI-partenariat**. Ils y ont vu, par exemple, un continuum de relations entre les organisations se distinguant par le niveau d'intensité et de « formalité » de leur engagement. Les nuances entre ces concepts, toutefois, ne seraient pas toujours faites dans la pratique. La concertation a été considérée comme un prérequis à l'AI permettant de « se donner des objectifs communs pour mobiliser les gens, aller vers l'action, être complémentaires et travailler ensemble ». Selon un informateur, « on va avoir réfléchi à la concertation (clarification d'action) et à l'intersectoriel, on agit et on actualise ». Quant au partenariat, ce serait le niveau le plus formel de l'engagement. Par ailleurs, selon un informateur, ce ne serait pas les mêmes personnes qui seraient concernées par la concertation et l'AI. Dans le premier cas, les chefs de programmes et les directeurs seraient responsables de prendre « des décisions, des alignements et des orientations », notamment sur les manières de faire. Par contre, l'application serait « plus terrain », donc plutôt prise en charge par des intervenants professionnels. Enfin,

il a été mentionné que, dans chacun des trois types d'engagement, « l'objectif était toujours de mettre le maximum d'acteurs autour des gens concernés par une problématique pour essayer de trouver des solutions, des réponses aux besoins ».

- ✓ Un informateur **de l'intersectoriel** a exprimé spontanément sa confusion entre les concepts d'AI et de DC. Il se demandait comment l'un se situait par rapport à l'autre et souhaitait qu'on l'éclaire à ce sujet.
- La question des **fondements théoriques** de la stratégie (référence à des publications ou auteurs précis) n'a pas été beaucoup plus approfondie par les informateurs de l'externe de la DSP que par ceux de cette organisation.
 - ✓ Seuls deux informateurs **de l'intrasectoriel** ont exprimé une opinion sur cet aspect. L'un d'eux a mentionné, de façon très générale, que la stratégie résultait d'une somme d'études ayant mis en lumière des déterminants transversaux. L'autre (futé!) signalait seulement avoir appris, grâce à une feuille résumant l'étude distribuée lors du groupe de discussion, que la stratégie avait été élaborée à l'origine par l'OMS.
 - ✓ Avec les partenaires **de l'intersectoriel**, ce sous-thème a été abordé sous l'angle des raisons pour lesquelles cette stratégie était préconisée. Les quelques brèves réponses obtenues étaient axées notamment sur le rôle de la santé publique en matière de prévention en santé et sur le but de la stratégie consistant à contribuer à l'atteinte d'objectifs ou résultats identifiés dans le PAR, grâce à la complémentarité de partenaires. D'après un informateur, cette stratégie était promue mondialement par l'OMS, et elle conduisait à la possibilité de « ventiler l'utilisation des budgets nationaux ou internationaux » en se basant sur « des méthodes comparatives similaires d'un pays à l'autre ».

2.2.1.3 Reconnaissance de la pertinence

Au-delà de leur connaissance de la stratégie du PAR, l'étude a porté sur la reconnaissance de sa pertinence par les différents groupes d'acteurs. L'analyse de leurs propos à ce sujet montre qu'ils avaient parfois tendance à glisser de la pertinence de la stratégie à celle de l'AI « tout court », voire à la pertinence des actions de santé publique en général. Cela dit, les opinions émises étaient dans l'ensemble positives, qu'il soit question spécifiquement de la stratégie ou plus globalement de l'AI. Toutefois, quelques nuances ont été apportées par des informateurs de la DSP. Ils signalaient ainsi des écarts : entre une certaine « pertinence de principe » et l'application concrète de la stratégie, dans la pertinence selon les domaines d'intervention, et

dans la pertinence selon les différents niveaux d'intervention. Par ailleurs, quelques éléments critiques en lien avec la pertinence de la stratégie ont été mentionnés par des informateurs de l'intrasectoriel.

Points de vue de l'interne de la DSP

- Dans l'ensemble, les informateurs des quatre groupes de la DSP reconnaissaient à la stratégie du PAR une **pertinence théorique générale**, c'est-à-dire qu'ils la jugeaient pertinente « d'un point de vue de principe ».
 - ✓ Par contre, un **écart** était observé **entre cette reconnaissance et l'application concrète de la stratégie** dans le travail quotidien des acteurs de la DSP. Les informateurs ont noté que c'était dans les domaines relevant du service de Protection que le recours à cette stratégie apparaissait le moins développé. Cet état de fait a été expliqué par un manque de ressources financières et humaines ainsi que par l'existence de « *mandats prescrits* » et de « *contraintes légales* » dictant les priorités d'intervention. Ainsi, en maladies infectieuses, les ressources humaines seraient mobilisées surtout pour faire « *du contrôle* », bien que le souhait a été émis de travailler davantage « *en amont* » et « *avec l'intersectoriel* » en prévention-promotion. De même, en environnement, le travail réalisé avec des partenaires intersectoriels consisterait d'abord à « *éteindre des feux* » en « *répondant à des appels de première ligne* ».
 - ✓ Des informateurs ont considéré que la stratégie demeurait **pertinente dans les domaines d'intervention où son application n'était pas très développée** jusqu'à maintenant. Ils ont mentionné que, dans certains cas, il pourrait être intéressant de mettre en place des mécanismes de véritable AI basée sur des « *comités officiels* », afin de pouvoir aller plus loin que seulement émettre des avis en réponse à des demandes ponctuelles d'autres secteurs. Par ailleurs, il serait « *absolument essentiel* » de conserver aussi les formes d'AI non basées sur un « *comité officiel* », par exemple en ce qui concerne l'aménagement du territoire.
 - ✓ Selon certains informateurs, l'AI ne serait pas aussi **pertinente à tous les niveaux d'intervention** de la santé publique (national, régional, local). Elle le serait, toutefois, « *partout au niveau national* », même dans le domaine de la santé au travail. Quant aux niveaux régional et local, ça dépendrait de « *la façon dont c'est encadré* ».

Points de vue de l'externe de la DSP

- **De façon générale**, les informateurs de l'externe de la DSP, comme ceux de l'interne de l'organisation, avaient tendance à attribuer à la stratégie du PAR concernant l'AI une relative « **pertinence de principe** ».
 - ✓ Selon des informateurs **de l'intrasectoriel**, le soutien au processus de l'AI était important notamment pour les personnes travaillant en organisation communautaire. Il constituerait pour elles un « *levier puissant* ». Dans le même ordre d'idée, il a été mentionné que, pour le CSSS comme pour ses « *partenaires autour de la table* », cette stratégie serait « *la plus puissante* » pour permettre à chacune des organisations d'atteindre ses objectifs. Également, un informateur a signalé que le contexte était propice à l'AI, que celle-ci était même « *très populaire* » en raison de la complexité des problèmes, et ce, en dépit d'une organisation des services « *assez compartimentée* ».
 - ✓ Les informateurs **de l'intersectoriel** n'ont pas été questionnés spécifiquement sur la pertinence de la stratégie de soutien à l'AI du PAR, un document qu'ils connaissaient assez peu. Malgré tout, leurs propos montraient qu'ils accordaient une relative importance à l'AI. Par exemple, un informateur déclarait : « *On en faisait déjà (de l'AI) pis on va continuer à en faire malgré que ça soit dans un plan d'action* ». D'autres ont affirmé que cette « *méthode de travail* » avait maintenant un caractère « *incontournable* », et ce, « *dans l'ensemble des milieux* ». Certains ont laissé entendre que la pertinence de l'AI serait liée à des « *économies à faire en travaillant entre partenaires* », parce qu'il s'agirait d'une « *mise en commun des compétences* » dans le but de « *desservir toujours à peu près la même clientèle, les mêmes citoyens* ».
- En ce qui concerne **la pertinence de la stratégie selon les domaines d'intervention du PAR**, on a observé chez les informateurs de l'intersectoriel la même tendance générale à appliquer une « *pertinence de principe* » à tous ces domaines. Par contre, ceux de l'intersectoriel ont surtout exprimé leur méconnaissance de ces domaines.
 - ✓ Des informateurs **de l'intrasectoriel** ont jugé que l'AI devrait être appliquée à tous les domaines de la santé publique, sans pouvoir affirmer, toutefois, si elle l'était effectivement. Ils ont précisé que tous les domaines d'intervention pouvaient bénéficier du travail en intersectorialité et que la stratégie était adaptée à chacun.

- ✓ Pour leur part, les informateurs **de l'intersectoriel** n'ont pas été en mesure d'identifier les six domaines d'intervention qui y étaient considérés, même si leurs propos ont permis de penser qu'ils étaient plus familiers avec celui des saines habitudes de vie. En feuilletant le PAR, un informateur a tout de même affirmé qu'à son avis, l'AI avait montré sa pertinence dans le secteur de l'éducation en permettant d'optimiser des pratiques à l'égard de problématiques apparentées à la santé mentale, soit les habiletés sociales, la violence et l'intimidation. Plus précisément, une collaboration entre la DSP et les deux commissions scolaires aurait permis de mettre en commun les acquis afin de « favoriser l'intervention préventive ».
- Quelques **éléments critiques** en lien avec la pertinence de la stratégie ont été relevés dans les groupes **de l'intrasectoriel**. Il faut noter, toutefois, la tendance de certains participants à confondre la pertinence des actions de santé publique en général avec la pertinence de la stratégie de soutien à l'AIFSBE.
 - ✓ Il a été question de partenariat parfois un peu « artificiel » découlant de l'imposition d'un « critère d'intersectoriel et de partenariat » inscrit dans les programmes de subvention. Une mise en garde a été formulée contre « l'effet de mode et le mur à mur » se traduisant par une « obligation de tout faire en AI » imposée par les bailleurs de fonds, dans un contexte de rareté des ressources affectant particulièrement les organismes communautaires. On assisterait à une multiplication problématique des concertations, si bien qu'un informateur suggérerait aux acteurs de « ne pas faire l'économie de la réflexion préalable sur la plus-value de l'AI pour tout le monde ». Il faudrait, à son avis, se demander s'il est « toujours nécessaire que tout le monde soit là ».
 - ✓ La pertinence des actions de santé publique du point de vue du MSSS, ou leur reconnaissance par cette instance, a été mise en cause. Pour des raisons de philosophie basée sur l'efficacité, la performance et l'efficience, ce serait « le chiffre au bout de la ligne qui compte ». Ainsi, vu la rareté des ressources en prévention-promotion et la prévision de résultats « seulement dans 5, 10, 15, 20 ans », dans une optique de rentabilité, le ministère préférerait « couper là en premier plutôt que dans le curatif ». Dans le même ordre d'idée, un informateur considérerait la possibilité de concevoir pour le PAR une reddition de comptes et des « attentes ministérielles béton », ainsi que des ententes de gestion. À son avis, il faudrait élaborer « des indicateurs qui reconnaissent l'importance du partenariat et l'importance de développer des actions de groupe plutôt que de rester centré sur l'individuel ».

2.2.1.4 Appropriation

Le niveau de connaissance que les informateurs des différents groupes pouvaient avoir de la stratégie ainsi que la reconnaissance qu'ils pouvaient y accorder, individuellement, constituaient déjà de premiers indices de leur appropriation de cette stratégie. De façon plus approfondie, des questions portant spécifiquement sur le niveau d'appropriation de cette stratégie par les acteurs de la santé publique ont été posées aux informateurs de la DSP et des CSSS (intrasectoriel). Les sous-thèmes abordés recoupaient en grande partie ceux qui concernaient la connaissance et la reconnaissance de la stratégie, toutefois la perspective adoptée était plus « extérieure » et collective. Autrement dit, les informateurs étaient invités à donner leur propre diagnostic à propos du niveau d'appropriation de la stratégie qu'ils observaient chez les acteurs lanauchois de santé publique.

En général, les réponses confirmaient, mais en les détaillant ou les nuanciant, celles qui avaient été obtenues au sujet de la connaissance et de la reconnaissance de la stratégie. Par exemple, différentes variations dans l'appropriation ont été identifiées, surtout par les informateurs de la DSP. Elles relevaient notamment : de circonstances historiques, du type de poste occupé, des niveaux d'intervention des domaines du PAR, ou des « secteurs » intrasectoriels.

Puis, des facteurs susceptibles de faciliter l'appropriation ou d'y faire obstacle ont été relevés autant par les informateurs de la DSP que ceux des CSSS. En ce qui concerne les facteurs facilitateurs, ceux qui ont été identifiés par les informateurs de la DSP étaient de différentes natures : organisationnelle ou structurelle fonctionnelle contextuelle ou politique. Ceux qui ont été mentionnés par des informateurs de l'intrasectoriel étaient principalement de nature structurelle ou organisationnelle.

Quant aux facteurs limitants, les informateurs de la DSP en ont mentionné de nature structurelle ou organisationnelle, de nature fonctionnelle, et liés aux ressources. Pour leur part, les informateurs de l'intrasectoriel ont soulevé seulement des facteurs contextuels ou politiques, en lien avec la philosophie de gestion et d'intervention promue.

Points de vue de l'interne de la DSP

Plusieurs informateurs de la DSP ont expliqué que le travail en intersectoriel pourrait être spontané, naturel, presque inné pour les acteurs de santé publique. Ils ont laissé entendre que ceux-ci pourraient travailler de cette façon sans être nécessairement conscients de le faire en fonction d'une stratégie préconisée dans le PAR. Ou, du moins, ils considéraient qu'ils avaient développé cette pratique avec les années, indépendamment du PAR.

« Pour moi, c'est clair qu'on a besoin de tout le monde pour mettre en place des actions qui vont changer quelque chose dans les habitudes de vie. Pis on doit les travailler ensemble et se

concerter, tout ça. Mais est-ce que, parce que c'est ma façon de travailler ou ma façon de penser, est-ce que je l'ai déjà lu dans un livre et que tout est écrit comme ça et que je dois l'appliquer? »

« On le fait sans le savoir, d'une certaine façon. Sans vraiment se dire : « oui, c'est de l'AI ». Dans le sens que c'est tellement intégré que tu le penses même pas que tu le fais. Mais tout ce qu'on fait, même avant le PAR, c'est qu'on travaillait avec des partenaires. »

- Les avis étaient partagés à propos de la **connaissance de la stratégie acquise par l'ensemble des acteurs de la DSP**. D'après certains, ceux-ci la connaissaient ou devraient la connaître et on observerait surtout des lacunes concernant la façon de la mettre en œuvre. D'autres considéraient plutôt que les acteurs de la DSP ne partageaient pas une connaissance commune de la stratégie, d'autant plus qu'ils n'avaient même pas développé d'abord ensemble une très bonne connaissance du PAR. Il en résulterait des interprétations différentes sur « *la manière de réaliser* » la stratégie. En outre, un manque d'impulsion de la part de la direction de la DSP, en vue de mieux « vendre » le PAR au personnel, a été déploré. Il a été souligné que la direction devait porter la vision et la culture du partenariat et de l'AI. Quant au PAR, il a été présenté comme un outil devant structurer les actions des acteurs de la DSP en même temps qu'il fallait continuer de « *porter la valeur du partenariat qui a été si forte* ». Enfin, des informateurs ont mentionné que la méconnaissance du PAR et de son contenu serait encore plus problématique chez les employés « *de la relève* » qui n'auraient pas été immergés dans « *cette culture-là* » de l'AI et du partenariat devenue « *implicite* » chez le personnel de plus longue date. Cette culture devrait transcender le « *livre de référence* » théorique ou le « *livre de recettes* » plus pragmatique que constitue le PAR.
- Sans parler précisément de la stratégie, des participants ont abordé la **dimension historique du recours à l'AI** en tant qu'approche déterminante. De leur point de vue, les acteurs de la DSP ne faisaient pas beaucoup d'intersectoriel il y a une vingtaine d'années. Puis, l'AI se serait ancrée pour devenir « *une valeur très fondamentale* » et même « *intrinsèque à la DSP* ». Plus récemment, cette approche serait apparue compromise et des informateurs ont exprimé la crainte d'assister à un dérapage devant le constat que les acteurs de la DSP ne travaillaient « *plus de la même manière* ». Des questionnements ont été formulés en lien avec la vision de la direction par rapport à l'AI. Il a été mentionné qu'il faudrait une « *stratégie politique d'appropriation* » et l'investissement d'« *énergie là-dessus* » pour éviter que le PAR devienne un simple « *livre de recettes* ».
- Quelques **variations dans l'appropriation** de la stratégie ont été notées **en fonction du type de poste occupé** par les acteurs de la DSP. Par exemple, un informateur a affirmé que les professionnels en connaîtraient plus à ce sujet, et ce, « *autant dans le niveau de connaissances que dans l'action* ». Il a été mentionné aussi qu'un gestionnaire pouvait « *pousser* » cette vision de l'AI au sein de son équipe quand il y accordait de l'importance.

Toutefois, ce serait moins le cas « dans le champ de la protection » où seraient privilégiées des approches plus susceptibles de « leur donner le résultat ».

- Des **différences dans l'appropriation** de la stratégie ont aussi été signalées **en fonction des niveaux d'intervention** de la santé publique. D'après certains, cette appropriation serait plus développée au niveau régional qu'au niveau local. À cet égard, l'enracinement limité et déploré de la stratégie à l'échelle locale a été associé à l'absence de PAL qui reprendrait, pour les CSSS, les orientations du PAR. Dans le même ordre d'idée, il a été mentionné que le PAR avait été « *calqué sur le programme national* ». En outre, selon un informateur, les intervenants régionaux et locaux se retrouvaient constamment obligés de « recommencer à travailler » en fonction des nouvelles priorités ministérielles (plans d'action, etc.) entraînant des changements à leur échelle. Un participant considérait, pour sa part, qu'aucune véritable appropriation de ces orientations n'était perceptible aux trois niveaux d'intervention, et qu'il faudrait disposer de ressources, non seulement humaines, afin de favoriser cette appropriation.
- Puis, d'autres **écarts dans l'appropriation** de la stratégie ont été **associés aux différents domaines du PAR**. Un informateur a affirmé que celle-ci serait « à géométrie variable » selon les services de la DSP. Ainsi, les acteurs du service de prévention-promotion auraient une longueur d'avance en la matière, puisqu'ils auraient recours à la stratégie « *d'emblée* » et « *quasi dans le quotidien* ». Eux-mêmes ont affirmé avoir « *fait un grand pas* » et être « *allés plus loin* » avec la stratégie. Il a été mentionné aussi que son appropriation serait plus marquée par rapport au domaine des saines habitudes de vie où on disposerait notamment de ressources financières pour l'activité physique et l'alimentation. Les lacunes dans l'appropriation de la stratégie seraient plus marquées au sein du service de protection en raison de mandats spécifiques devant être assumés. Par exemple, le travail de l'équipe de maladies infectieuses serait d'abord balisé par le programme ainsi que des « *guides* » et des « *protocoles* ». Quant au service de surveillance, recherche et évaluation, comme son mandat n'est pas lié à un ou des domaine(s) d'intervention en particulier, les informateurs en faisant partie ont plutôt discuté de l'appropriation du PAR. À leur avis, celle-ci était inégale et on pouvait se référer à ce document seulement pour rédiger des conclusions ou suivre certains indicateurs. Il a été mentionné tout de même que l'appropriation de la stratégie témoignerait d'une « *culture de partenariat* » pouvant représenter un véritable « *projet politique* » et une « *valeur importante* » se situant « *au-delà des objets quotidiens* » des études conduites. Enfin, un informateur a déclaré qu'il y avait peu d'appropriation de la stratégie dans les services où on retrouvait peu ou pas d'agent de planification, de programmation et de recherche (APPR).
- Plusieurs **facteurs susceptibles de faciliter l'appropriation** de la stratégie ont été relevés dans le discours des informateurs de la DSP. Notamment, il a été question de « *se donner des*

conditions » en cette matière afin que le personnel puisse développer « les habiletés, les compétences » requises (facteur lié aux ressources). Il fallait également que « du temps » soit accordé à cela (facteur lié aux ressources). Par exemple, les équipes devraient tenir des discussions à ce sujet, afin que la stratégie devienne pour elles « une préoccupation ». Plus encore, des informateurs ont suggéré que l'on puisse offrir à chacun des services des formations ou des « exercices d'appropriation » afin que le personnel puisse développer une « vision commune » et des « objectifs communs » (facteur organisationnel). Il a été mentionné, de plus, que certaines conditions aideraient à réaliser ce type d'activité, notamment une « volonté explicite » et un « message clair » adressé au personnel et émis par « en haut », sans compter des ressources financières qui pourraient « descendre du ministère » (facteurs contextuels-politiques et lié aux ressources). Enfin, l'ancienneté du personnel et l'expérience acquise ont été considérés comme de possibles facteurs de « renforcement » quant à l'appropriation de la stratégie (facteur fonctionnel).

- Également, des **facteurs pouvant limiter l'appropriation** de la stratégie ont été identifiés. Certains étaient de nature structurelle, dont le « travail en silos » observé « entre les différents ministères » et conduisant à la formation de comités parallèles travaillant sur des dossiers parallèles (par exemple, le décrochage scolaire et la réduction de la pauvreté) mais réunissant « toujours le même monde ». Dans cette catégorie, a été mentionnée également la « façon dont le programme est construit » ainsi que le « mandat des équipes ». Un autre facteur structurel identifié était l'inexistence de PAL constituant un « manque de ressources établies au local » qui auraient permis de favoriser le travail « en transversal » des acteurs de santé publique à ce niveau. D'autres facteurs étaient plutôt fonctionnels, telle la présence de beaucoup d'attentes dans le PAR, parmi lesquelles celles concernant l'AI n'étaient pas prioritaires et pouvaient même être vues comme de simples « intentions ». De même, les particularités de deux équipes constituaient aussi des facteurs fonctionnels. Il s'agissait, pour celle des maladies infectieuses, du roulement de personnel et de leur formation d'abord médicale. Quant à l'équipe de santé environnementale, il a été question d'un « apprentissage sur le tas » et d'un « réflexe non développé » en matière d'AI, parce qu'ils n'en feraient pas beaucoup. Enfin, des informateurs ont aussi fait état de deux facteurs limitants liés aux ressources : soit le manque de temps ainsi que l'insuffisance de financement et de ressources humaines, notamment dans le service de Protection.

Points de vue de l'externe de la DSP

Parmi les informateurs de l'externe de la DSP, seuls ceux **de l'intrasectoriel** ont été invités à discuter de l'appropriation de la stratégie de soutien à l'AIFSBE du PAR de santé publique de Lanaudière. En effet, les partenaires de l'intersectoriel n'étaient pas directement concernés par ce thème et ils n'auraient pas été en mesure d'en parler. Quant aux participants des CSSS, le fait

qu'ils n'étaient pas tous affectés à des dossiers de santé publique a eu, de toute évidence, une influence sur leurs réponses à ce sujet.

- Les informateurs des CSSS ont expliqué que le **niveau d'appropriation** de la stratégie variait selon les « secteurs » de travail. Selon eux, celle-ci rejoindrait davantage la philosophie ou l'approche de ceux qui sont affectés à des « programmes plus santé publique pure », comme ceux des saines habitudes de vie. À l'opposé, cette appropriation serait plus difficile, par exemple, dans le milieu médical. D'autres informateurs ont affirmé qu'à l'intérieur même de l'établissement, les intervenants des différents programmes avaient de la difficulté à travailler en « intersectoriel » entre eux, à partager leurs ressources, etc. Ils ont raconté qu'avec la fusion, on avait voulu « décloisonner les différents programmes », mais que la réalité ne correspondait pas aux intentions initiales. En conséquence, il n'était pas évident ensuite d'essayer de travailler avec des partenaires externes à l'établissement. Par contre, pour certains informateurs ayant tendance à considérer l'intersectorialité du point de vue de l'intervention clinique qu'ils faisaient, « le travail en partenariat allait de soi ». C'était le cas, par exemple, dans une équipe d'intervenantes sociales ayant recours à « l'approche écosystémique qui évalue la personne dans son milieu, dans son ensemble », ce qui nécessitait des liens avec les écoles et les milieux communautaires.
- Plusieurs **facteurs susceptibles de faciliter l'appropriation** de la stratégie par les acteurs des CSSS ont été identifiés par les informateurs de ces établissements. La plupart étaient de nature structurelle ou organisationnelle. Par exemple, il a été mentionné que le travail des organisateurs communautaires sur les tables de concertation facilitait par la suite le travail en collaboration et partenariat des autres intervenants du CSSS. Ces autres intervenants n'auraient pas suffisamment de temps et de ressources pour cela. En outre, pendant la période transitoire lors de laquelle les CSSS avaient moins travaillé en intersectoriel, ce serait les organisateurs communautaires qui auraient conservé ce mandat de supporter la concertation dans les milieux tout en transmettant l'information pertinente aux autres intervenants de l'établissement. Ainsi, la connaissance des milieux (commission scolaire, centre jeunesse, 150 organismes communautaires, conseillers municipaux, etc.) assurée par les organisateurs communautaires a été considérée comme une condition favorable à l'appropriation de la stratégie. Un autre facteur structurel ou organisationnel identifié concernait les mandats et les tâches de chacun. Des informateurs étaient d'avis que ceux-ci devaient être clairs et acceptés afin de « combler les trous de services » et de « répondre le mieux possible au bien-être d'une municipalité, d'une école, d'une maison de jeunes ». Dans le même ordre d'idée, les « ententes officielles en haut » et les protocoles d'entente ont été considérés comme étant des éléments pouvant contribuer à l'appropriation de la stratégie, en « clarifiant les mandats » et en « aidant à canner les rôles, les responsabilités et les tâches » de chacun. Il a été souligné, toutefois, que ces ententes formelles devaient avoir été « bien faites et réfléchies bien collées sur le terrain ». Il fallait donc, pour cela, bien connaître la

clientèle et ses besoins en 2013. Également, les protocoles d'entente ont été considérés comme des outils permettant de « *donner la couleur locale aux grandes orientations ministérielles* ». À cet égard, un informateur était d'avis que c'était un défi du gestionnaire de bien comprendre le sens de ces orientations ministérielles, de « *les faire vivre* » et de « *leur donner sens pour les intervenants* ». Il fallait, d'après lui, faire sentir à ces derniers qu'ils étaient, à l'échelle locale, « *partie prenante* » de ces grandes orientations. Par ailleurs, un élément favorisant l'appropriation de nature contextuelle ou politique a aussi été identifié. Il s'agit du fait que l'établissement « *ait les valeurs, les porte et les supporte* », ce qui devait se refléter dans les liens entre les acteurs du CSSS et de la DSP, aussi bien les directeurs et les gestionnaires que les intervenants. Enfin, deux facteurs facilitants de nature fonctionnelle ont été mentionnés. D'une part, les colloques, formations ont été considérés comme des occasions de réseautage pouvant contribuer au développement d'une vision commune en permettant à tous (dont des personnes occupant divers types d'emplois) d'entendre la même chose en même temps dans des endroits propices. D'autre part, il a été mentionné que le fait de « *relayer l'information par automatisme* » pouvait aussi être aidant.

- Les informateurs de l'intrasectoriel ont aussi identifié quelques **facteurs pouvant limiter l'appropriation** de la stratégie au sein des CSSS. Ceux-ci étaient essentiellement de nature contextuelle ou politique. En fait, ils étaient en lien avec la philosophie de gestion et d'intervention promue. Un premier élément était la façon possible d'appliquer l'AI dans un contexte où sa valeur était présente et reconnue dans l'organisation, mais où on subissait aussi l'influence combinée du « *niveau de hiérarchie* », de la reddition de comptes et de la priorisation des actions en fonction de « *où ça saigne et où ça crie* ». L'autre élément, décrit comme une « *grosse contrainte* » et une « *grosse problématique* », était la moins grande valorisation des activités ou interventions de groupe par rapport aux activités individuelles, dans un contexte où les attentes de résultats statistiques (reddition de comptes, etc.) visent les individus. On reconnaissait pourtant que travailler en groupe « *permettrait beaucoup de travailler en intersectoriel* » et on affirmait que, si les intervenants ne le faisaient pas, ce n'était pas parce qu'ils « *n'y croyaient pas* » ou parce qu'ils ne se seraient « *pas approprié* » ce type de pratique. Un informateur ajoutait que cette contrainte influençait notamment les organismes communautaires, tenus à faire leur budget selon la reddition de comptes, ce qui pouvait créer une sorte de compétition entre eux.

2.2.2 La mise en œuvre de la stratégie

L'exploration de la connaissance, de la reconnaissance de la pertinence, ainsi que de l'appropriation de la stratégie de soutien à l'AIFSBÉ permettait d'appréhender certaines conditions préalables à son implantation au sein de la DSP de Lanaudière. Un ensemble d'autres aspects plus concrets, mais inscrits dans la continuité des précédents, ont été pris en compte afin de mieux comprendre comment avait pris forme la mise en œuvre de cette stratégie dans le

travail conjoint des acteurs de la DSP et de leurs partenaires. Deux angles d'analyse principaux ont été employés. D'une part, un état de situation général a été dressé. D'autre part, des facteurs susceptibles de faciliter cette mise en œuvre ou d'y faire obstacle ont été identifiés.

Il faut noter que cette partie de l'analyse combine des éléments se rapportant à deux objectifs de l'évaluation. Il s'agit du deuxième objectif portant sur le processus de mise en œuvre de la stratégie du PAR, ainsi que du quatrième objectif concernant l'articulation entre celle-ci et les objectifs propres visés par les partenaires recourant à la concertation, au partenariat et à l'AI. À cet égard, on peut mentionner que, parmi les informateurs de l'externe de la DSP, seuls ceux de l'intrasectoriel ont été questionnés formellement au sujet de la mise en œuvre de la stratégie. Toutefois, ceux de l'intersectoriel ont discuté aussi du quatrième objectif.

Les résultats combinés de l'état de situation et des facteurs facilitant et limitant la mise en œuvre permettent une appréciation globale de l'implantation de la stratégie assortie d'éléments de pistes d'action en vue de poursuivre et d'améliorer cette implantation. L'exercice a permis de constater un niveau d'implantation variable de la stratégie et, plus généralement, un recours variable à l'AI selon les services et domaines d'intervention de la DSP, selon les instances et niveaux d'intervention de la santé publique et selon les partenaires de la DSP. On a tout de même noté dans plusieurs de ces milieux une évolution à ce sujet depuis quelques années. L'AI semble devenue une pratique plus répandue et les organisations qui s'y adonnent avec la DSP semblent y expérimenter plus de convergences que de divergences avec cette dernière.

Quant aux éléments de pistes d'action qui se dégagent de l'analyse des facteurs facilitant et limitant la mise en œuvre de la stratégie, ils sont multiples et de différents types. En outre, ils ont l'avantage de représenter des facettes différentes et complémentaires de la pratique de l'AI, puisqu'ils sont basés sur l'expérience et la perspective propre à chacun des partenaires interrogés.

2.2.2.1 État de situation

L'état de situation concernant la mise en œuvre de la stratégie a été constitué à partir de quatre angles différents. D'abord, certaines observations générales ont été relevées. Puis, des constats ont été dégagés se rapportant spécifiquement : aux différents domaines d'intervention du PAR, aux différents niveaux d'intervention et aux objectifs des différents partenaires.

Les résultats de l'analyse laissent penser que la mise en œuvre de la stratégie, et plus globalement de l'AI, serait différente à la DSP et dans les CSSS. Les informateurs des deux niveaux ont souligné l'aspect évolutif et variable dans le temps de l'implantation et du recours à cette façon de travailler. L'influence des changements survenus au cours des dernières années dans les structures du réseau de la santé et des services sociaux a été notée. Les informateurs ont aussi expliqué que la stratégie n'était pas mise en œuvre avec la même intensité dans tous les

domaines d'intervention de la santé publique. À la DSP, les domaines d'intervention étaient associés à des services particuliers et celui de prévention-promotion a été identifié comme celui où la stratégie était le plus employée, et celui de protection, comme celui où elle l'était le moins. Au niveau des CSSS, par contre, la pratique plus développée de l'AI a été associée à quelques domaines d'intervention spécifiques, dont certains (les maladies infectieuses et les traumatismes non-intentionnels) qui n'avaient pas été aussi reconnus en ce sens par les informateurs de la DSP.

Du point de vue des informateurs de la DSP, les CSSS demeuraient plus à l'aise quand ils travaillaient en intrasectoriel plutôt qu'en intersectoriel, malgré la responsabilité locale leur incombant maintenant à cet égard. Pour leur part, les informateurs de l'intrasectoriel tendaient à penser que le départage des rôles et responsabilités respectifs de la DSP (théorie, réflexion, évaluation, suivi et mesure de cibles, vision plus large) et des CSSS (intervention terrain) était maintenant clair et moins frustrant pour tous.

D'après les informateurs des différents groupes, la DSP disposerait d'un vaste bassin de partenaires avérés, supposés et potentiels, auxquels pourraient peut-être se joindre des citoyens individuels selon des modalités à préciser. L'ensemble de ces partenaires couvrirait plusieurs secteurs d'activité et ceux-ci pourraient intervenir aux paliers national, régional ou local. Malgré le fait que chacun de ces partenaires porte des objectifs organisationnels propres, les informateurs ont considéré que, dans les démarches d'AI, on observerait plus de convergences que de divergences entre eux et la DSP. Les points de divergence identifiés se rapportaient surtout à des éléments de culture organisationnelle. Dans la même foulée, quelques organisations ont été identifiées comme étant celles avec lesquelles la DSP aurait le plus de convergences, et d'autres, comme celles avec lesquelles elle aurait davantage de divergences.

Quant au partage des rôles, responsabilités et pouvoirs entre les partenaires d'une AI, celui-ci est apparu influencé par différents facteurs, dont l'importance de définir au départ les rôles et responsabilités de chacun, l'existence de liens entre les ressources dont chacun dispose et le pouvoir qu'il peut exercer, l'importance des personnes mandatées pour représenter les organisations, l'aspect évolutif des pouvoirs dévolus à chacun, sans compter le problème de l'hyperconcertation. En outre, parmi les rôles et responsabilités attribués à la DSP, ont été reconnus plus souvent ceux d'expert de contenu, d'initiateur de démarches, de leader et de soutien.

2.2.2.1.1 Observations générales

D'abord, des observations générales ont porté sur le niveau de mise en œuvre de la stratégie, sur l'évolution de cette mise en œuvre et sur l'écart entre la mise en œuvre souhaitée et la réalité. À ce sujet, les informateurs de la DSP et des CSSS ont respectivement fait état de constats concernant leur propre établissement.

Ceux de la DSP ont jugé positivement, dans l'ensemble, le niveau de mise en œuvre de la stratégie et l'évolution de l'importance accordée à l'AI. Il a été question d'intensité variable dans le temps, mais également d'un développement graduel à partir d'un travail « *en silos* » jusqu'à de véritables grandes démarches d'AI prometteuses avec Québec en forme et Avenir d'enfant, en passant par des expériences ponctuelles en fonction des opportunités et une expertise transmise des anciens aux nouveaux. Quelques bémols ont cependant été émis. Ils portaient notamment sur les rôles des acteurs de l'organisation qui auraient changé (de coordination à accompagnement des démarches d'AI); et sur la plus grande place qu'ils pourraient accorder dans leur pratique aux directives du *Rapport du directeur* en lien avec l'AI et les environnements favorables.

Ceux des CSSS ont plutôt mis en évidence le caractère partiel de la mise en œuvre de la stratégie au sein de leurs établissements. Ils l'expliquaient notamment par la grande taille de ces organisations, et par des modifications appliquées au réseau de la santé qui auraient fait fluctuer leurs liens avec la réalité locale au cours des dernières années. Toutefois, on y observerait maintenant une plus grande ouverture vers l'intersectoriel.

Points de vue de l'interne de la DSP

- Dans une perspective générale, le **niveau de mise en œuvre** de la stratégie a été vu comme une question d'« *intensité* » qui « *variait dans le temps* ». Par exemple, un comité pouvait fonctionner « *vraiment en intersectoriel* » dans une phase précédant l'obtention d'un financement, mais moins par la suite. L'AI a également été considérée comme « *un travail continu* » nécessitant de « *mobiliser tout le temps* ».
- **Différents éléments concernant l'évolution de la mise en œuvre de la stratégie ou simplement des pratiques d'AI** par les acteurs de la DSP ont été abordés. Dans l'ensemble, les informateurs laissent entendre que cette évolution s'avérait plutôt positive et que l'importance accordée à l'AI avait augmenté de façon graduelle. Ainsi, les pratiques anciennes de la santé publique ont été assimilées à du travail « *en silos* » et « *même pas en lien avec le terrain* ». Ce type d'approche aurait évolué d'abord vers une forme initiale d'AI se présentant comme un « *collage de morceaux* » provenant de divers partenaires intersectoriels. Puis, au fil des expérimentations, on aurait peu à peu compris « *les choses qui fonctionnent et ne fonctionnent pas* » en matière d'AI. Les premières AI menées par la santé publique auraient été « *vraiment guidées par la santé* », avant que l'organisation s'ouvre davantage aux « *opportunités qui sont vraiment au cœur des préoccupations* » et que ses acteurs deviennent « *à l'affût de tout ce qui se passe, des nouvelles politiques, des nouvelles lois* » dans lesquelles ils pouvaient « *s'inscrire* ». En outre, certaines expériences positives vécues dans le passé auraient permis de mener de véritables AI efficaces mais plutôt « *ponctuelles* », et ce, sans qu'il ait été nécessaire de recourir à des « *engagements signés* » et

des « processus de comités ». Également, l'expertise développée en matière d'A aurait été transmise peu à peu des anciens aux nouveaux acteurs de la santé publique. Puis, les plus récentes démarches d'AI chapeautées par des regroupements tels le PLI et le PARSIS ont été considérées par certains informateurs comme se situant dans le registre d'une plus véritable AI susceptible d'apporter « des effets durables dans le temps ». De même, un informateur était d'avis que Québec en forme et Avenir d'enfant pourraient « apporter de grandes évolutions » grâce à l'importance accordée à l'AI. Du point de vue de la santé publique, désormais, toutes ces démarches étaient basées sur la reconnaissance du principe selon lequel « d'autres secteurs sont pas mal plus importants que nous par rapport à la santé ». Par ailleurs, un point de vue plus négatif a été émis par un informateur selon qui les rôles auraient changé dans les pratiques d'AI, ce qui aurait entraîné des conséquences moins intéressantes pour les acteurs de la santé publique. Ainsi, d'une situation de « vraie concertation » où ils s'occupaient de la « coordination de l'action », ceux-ci se seraient retrouvés dans une « situation d'accompagnement » en raison d'un manque de ressources.

- Dans un groupe de discussion, il a été question d'un **écart entre la mise en œuvre souhaitée** de la stratégie **et la réalité** vécue, en lien avec le thème des environnements favorables à la santé. Le point de vue émis concernait le rôle que pourraient jouer les acteurs de la santé publique afin d'accorder toute l'importance nécessaire à cette dimension clé du *Rapport du directeur*. Ceux-ci pourraient, par exemple, développer davantage de liens avec « les MRC, les municipalités, le MAMROT et d'autres acteurs, notamment au niveau de l'aménagement et de l'urbanisme ». Il a été mentionné aussi qu'il faudrait mettre en place un « processus » permettant à la santé publique d'agir sans « toujours intervenir » et « interpellier les partenaires » ou encore « être uniquement en réaction lorsqu'on commande des schémas ».

Points de vue de l'externe de la DSP

- En ce qui concerne la **mise en œuvre générale de la stratégie**, il a été mentionné que la voie de l'intersectorialité n'était pas toujours utilisée, parce que le CSSS était une grosse structure et que tout le monde n'était pas au courant de tout ce qui est fait dans chacun des secteurs. Un participant a aussi affirmé que le développement du CSSS n'était pas encore collé sur la réalité locale, et qu'il n'était pas toujours suffisant qu'une ou deux personnes travaillent à répondre aux besoins locaux.
- Des informateurs ont fait état d'une certaine **évolution dans l'application de l'AI** au sein du CSSS. Il a été question de modifications appliquées au réseau de la santé (changement de culture, nouveaux arrimages et modifications de services) ayant eu pour résultat que le personnel de l'organisation se serait « refermé sur eux-mêmes pendant quelques années ». Auparavant, les CLSC auraient plutôt « établi des réseaux avec la communauté à tous les niveaux », c'est-à-dire dans les milieux scolaire, municipal et communautaire. Puis, depuis

deux, trois ans, après qu'ils aient réussi à « s'organiser entre eux », les CSSS auraient à nouveau « la capacité d'aller vers l'intersectoriel de façon plus efficace ».

2.2.2.1.2 En fonction des différents domaines d'intervention du PAR

Certaines particularités de la mise en œuvre de la stratégie en fonction des domaines d'intervention du PAR ont été rapportées. Du point de vue des informateurs de la DSP, les domaines d'intervention étaient pris en charge par des services différents de l'organisation. Des différences d'intensité de cette mise en œuvre pouvaient être observées entre ces derniers, notamment ceux de prévention-promotion (plus grande intensité) et ceux de protection (plus faible intensité). Ces particularités étaient expliquées par les mandats distincts et les modalités de fonctionnement (par exemple, des directives législatives) propres à ces services.

Pour leur part, les informateurs de l'intrasectoriel ont surtout identifié certains domaines d'intervention en lien avec lesquels des pratiques d'AI avaient été développées. Il s'agissait des maladies infectieuses, de l'adaptation et de l'intégration sociale, des saines habitudes de vie et des traumatismes non-intentionnels.

Points de vue de l'interne de la DSP

- Les informateurs ont fait état d'une **mise en œuvre différente** de la stratégie **selon les services de la DSP**. En fait, les propos à ce sujet ont porté surtout sur deux des services dont les pratiques liées à l'AI ont semblé se situer à deux extrêmes d'un continuum d'« intensité » : celui de prévention-promotion et celui de protection. Celui de prévention-promotion a été considéré comme celui qui avait le plus développé la pratique véritable de l'AI. Quant à celui de protection, il a été souligné que les mandats propres à ses gestionnaires et professionnels les amenaient moins à recourir à cette stratégie, en tout cas dans sa « conception globale ». Ainsi, ils le faisaient peu par le biais de « tables » et de « comités de travail ». Dans les équipes de maladies infectieuses, de santé environnementale et de santé au travail, l'AI s'exercerait plutôt de façon ponctuelle et par rapport à un partenaire à la fois (par exemple, pour la vaccination dans les écoles), en partie en fonction de directives législatives (liens obligés en santé au travail avec la CSST et les entreprises) et parfois en réponse à des urgences (en maladies infectieuses et en environnement).

Points de vue de l'externe de la DSP

- **La mise en œuvre de l'AI en fonction de plusieurs domaines d'intervention** a aussi été abordée par les informateurs de l'intrasectoriel. Selon certains, ce type de pratique serait développé depuis un plus grand nombre d'années dans des domaines tels celui des maladies infectieuses, notamment pour la prévention des ITSS (travail avec les secteurs communautaire et scolaire et la DSP). On aurait aussi recours à l'AI dans le domaine de

l'adaptation et de l'intégration sociale dans des programmes concernant les clientèles jeunesse, par exemple pour la prévention des grossesses (collaboration avec les milieux scolaire et communautaire, dont les maisons de jeunes et le Carrefour jeunesse-emploi). Les CSSS feraient aussi de l'AI avec les regroupements de partenaires locaux concernant le domaine des saines habitudes de vie, et dans le domaine des traumatismes non intentionnels dans le cadre des cliniques de vérification des sièges d'auto.

Des informateurs ont considéré qu'il était plus facile de travailler en intersectoriel dans certains domaines et avec certains milieux, notamment dans le domaine des maladies chroniques en milieu de travail. D'autres ont affirmé que certains projets particuliers avaient contribué au développement de l'AI au cours des dernières années. Il a été question de persévérance scolaire et de prévention des ITSS en lien avec le cégep.

2.2.2.1.3 En fonction des différents niveaux d'intervention

D'autres particularités de la mise en œuvre de la stratégie ont été rapportées, plutôt en lien avec les niveaux d'intervention de la santé publique (surtout le régional et le local). Celles-ci ont été abordées de façons un peu distinctes par les informateurs de la DSP et ceux de l'intrasectoriel.

Les premiers ont identifié des différences dans la mise en œuvre en fonction des niveaux d'intervention, puis ils ont décrit comment ceux-ci s'articulaient dans cette mise en œuvre. Ils ont notamment soulevé quelques lacunes ou éléments susceptibles d'amélioration, dont : le fait que les CSSS demeureraient plus à l'aise dans l'intrasectoriel que dans l'AI, malgré la responsabilité locale qui leur incombe à cet égard depuis les changements de structures dans le réseau de la santé et des services sociaux; de même que la non-concordance des structures de paliers selon les secteurs d'intervention ou ministères.

Quant aux informateurs de l'intrasectoriel, ils ont jugé plutôt positivement le départage des rôles et responsabilités entre les paliers d'intervention. Ils ont souligné, notamment, la clarté des rôles respectifs de la DSP (dont aspects théorie, réflexion, évaluation, suivi et mesure de cibles, ainsi que vision plus large) et des CSSS (intervention terrain). Ces rôles auraient évolué dans un sens plus favorable et moins frustrant pour les uns et les autres depuis plus d'une dizaine d'années.

Points de vue de l'interne de la DSP

- Quelques **différences dans la mise en œuvre** de la stratégie **en fonction des niveaux d'intervention** ont aussi été signalées. D'un point de vue général, un informateur a jugé que « les CSSS n'étaient peut-être pas rendus là encore », c'est-à-dire qu'ils tendraient à « faire encore beaucoup de sectoriel ». De même, un participant a affirmé que les CSSS se sentiraient davantage « dans leur zone de confort » quand ils travaillent des dossiers

« *intrasectoriels* » tels les traumatismes chez les jeunes. Toutefois, le palier régional exercerait une certaine influence à cet égard sur le local, et cette influence serait accrue quand on retrouve « *le pendant local du régional* », par exemple pour École en santé (un comité régional et un comité local respectivement dans le nord et dans le sud) et pour la TPDSL (une table régionale et six comités locaux). Par ailleurs, les informateurs des trois équipes de protection ont laissé entendre que des situations spécifiques existaient dans leurs domaines en regard de la mise en œuvre de la stratégie ou de l'AI selon les niveaux d'intervention. Ainsi, en santé au travail, il n'y aurait pas de différence entre les paliers régional et local puisqu'une seule équipe couvrirait toute la région en appliquant ses mesures « *de façon semblable à toute la région* ». En maladies infectieuses, par contre, des variations étaient observées entre les CSSS et les CLSC, notamment dans l'implication des garderies et des écoles lorsque la santé publique doit intervenir comme la loi le prescrit. En santé environnementale, enfin, mis à part l'exception du comité transport, il n'y aurait pas de responsable ni de comité dédié à ces questions au niveau local. Selon un informateur, à ce palier, on serait « *loin de la coopération* » concernant « *ce que le CSSS a développé avec ses partenaires* ».

- Les informateurs ont aussi abordé **l'articulation entre les niveaux d'intervention** à propos de la mise en œuvre de la stratégie. En fait, ils ont parlé surtout des rapports entre les paliers local et régional, en soulignant certains éléments particuliers. A été signalée, ainsi, l'existence de formes d'AI caractérisées par un partenariat enchâssé dans une entente formelle (par exemple entre santé et éducation). Ce type d'AI ferait en sorte que « *les CSSS se sentent justifiés d'intervenir* ». Par ailleurs, un informateur a affirmé que le « *changement de gouverne* » avait fait en sorte que « *c'est le CSSS qui doit faire l'action locale* », même si, au sein de cette organisation locale, on ne manifesterait pas nécessairement un « *intérêt* » particulier en matière d'AIFSBE. Les CSSS étaient pourtant considérés comme étant « *des acteurs terrain qui peuvent, eux, ensuite, faire les liens avec un paquet d'autres secteurs* », notamment le secteur municipal. À cet égard, il a été mentionné que la DSP pourrait offrir un soutien aux CSSS. D'un point de vue plus critique, un informateur a jugé que, dans certains dossiers spécifiques, les acteurs de la santé publique auraient « *reculé par rapport à ce qu'ils faisaient il y a 20, 25 ans* » quand ils recouraient à l'AI. Ils n'auraient « *pas les leviers, même politiques, pour faire ça maintenant* ». Il serait même « *difficile pour les régions d'appliquer ça comme c'est prévu dans le PAR* ». Dans le même sens, il a été souligné que l'articulation entre les paliers d'intervention quant à l'AI pouvait être compliquée par le fait que « *dans certains cas, l'organisation des ministères n'est pas toujours organisée sur le modèle national, régional, local* ». Ainsi, « *des fois ça s'arrête au niveau régional, des fois au niveau supra-régional* ». Dans ces cas, la DSP deviendrait « *l'interlocuteur naturel pour les autres ministères* ».

Points de vue de l'externe de la DSP

- Dans l'ensemble, le **départage des rôles et responsabilités entre les paliers d'intervention**, dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie, a été jugé de façon plutôt positive. Des exemples tirés de deux domaines d'intervention ont contribué à illustrer comment pouvait se faire concrètement ce départage, notamment entre la DSP et les CSSS. D'une part, il a été question du comité en itinérance, une problématique inscrite dans le PAR et identifiée par des organismes communautaires ayant interpellé les CSSS et la DSP à cet égard. Le leadership serait assumé par le communautaire, la DSP s'occuperait des aspects théorie, réflexion et évaluation et agirait comme agent mobilisateur par rapport aux CSSS. D'autre part, dans le domaine de la petite enfance, des AI se dérouleraient notamment en lien avec la vaccination, les hôpitaux, les bébés et l'allaitement. Dans ce cas, les rôles assumés par la DSP consisteraient à : préciser des attentes quantitatives en fonction d'un cadre théorique (ce qui est bon en fonction de raisons spécifiques), tenir des rencontres de bilan et d'état de situation par rapport à des cibles, ce qui pourrait être « parfois très difficile et contraignant ». Par exemple, le fait de devoir « mesurer » était jugé difficile. Un informateur a affirmé que les rôles étaient très clairs de part et d'autre, entre la DSP et les CSSS. Il y aurait, en outre, « moins de frustrations qu'il y a douze ans », époque où la DSP aurait davantage « imposé ses indicateurs, etc. ». À son avis, l'organisation montrerait maintenant « plus d'ouverture » pour entendre les explications quant à « l'écart entre la réalité et l'atteinte ou pas de l'indicateur ». Un autre informateur a noté que la DSP serait plus présente en lien avec les CSSS à propos de la clientèle des 0-5 ans que de celle des 5-17 ans et des jeunes en difficulté.

Par ailleurs, de façon plus générale, des informateurs ont considéré que la contribution de la DSP se situait surtout au niveau de l'accès à l'information, à la référence, aux recherches, aux chiffres, aux données. Il s'agirait d'un « envers de la médaille » par rapport à la reddition de comptes contraignante venant aussi de la DSP. Il a été noté aussi qu'il n'y aurait pas de duplication de rôles entre la DSP et les CSSS dans les démarches de développement des communautés et d'École en santé. Leurs rôles respectifs seraient « clairs et pas ambigus », et ceux de la DSP auraient trait à une « vision plus large », en vue d'« alimenter le CSSS ».

2.2.2.1.4 En fonction des objectifs des différents partenaires

L'articulation des objectifs des différents partenaires prenant part ensemble à des démarches d'AI constituait le quatrième et dernier objet spécifique de l'évaluation. Pour les fins de l'analyse, il a été considéré comme un aspect de la mise en œuvre de la stratégie, se déclinant en trois sous-aspects formulés en questions. Il s'agit de: 1) Qui sont les principaux partenaires de la DSP?; 2) Comment s'articulent les objectifs des partenaires?; et 3) Comment s'articulent les rôles, responsabilités et pouvoirs des partenaires?

Les résultats de l'analyse suggèrent que les partenaires, avérés, supposés et potentiels, de la DSP ou, plus généralement, de la santé publique dans les AI constituent un bassin plutôt large d'organisations couvrant plusieurs secteurs d'activité (dont celui de la santé et des services sociaux), et ce, aux trois paliers d'intervention du réseau québécois de la santé et des services sociaux (national, régional, local). En outre, l'éventuelle participation de citoyens à des démarches d'AI avec la DSP n'a pas été exclue par les informateurs, mais elle a donné lieu notamment à des questionnements à propos de la légitimité et de la représentativité de ces possibles participants individuels.

Dans les démarches d'AI, tous ces partenaires avérés, supposés et potentiels de la DSP sont porteurs d'objectifs qui leur sont propres, et qui sont susceptibles de constituer des sources de divergences entre eux. Malgré tout, les informateurs étaient d'avis qu'on observait davantage de convergences que de divergences entre la DSP et ses partenaires (informateurs de l'intrasectoriel) et peu de divergences en ce qui concerne leurs buts communs. Dans l'ensemble, les éléments de divergence identifiés se rapportaient aux cultures organisationnelles propres aux différents partenaires (mandats, structures organisationnelles, façons de faire, moyens), et parfois à la conjoncture. Trois organisations ont été désignées comme celles avec lesquelles la DSP connaîtrait le plus de convergence : le MELs, le MESS et les MRC. Quelques autres ont plutôt été associées à des divergences avec la DSP : le MDDEP, le MTQ, « le Revenu », Emploi-Québec, « l'aide sociale » et le CLE.

Au-delà des objectifs des partenaires et en lien avec eux, l'analyse du partage de leurs rôles, responsabilités et pouvoirs respectifs dans le cadre des démarches d'AI permettait de compléter l'état de situation de la mise en œuvre de la stratégie en fonction des objectifs des différents partenaires. Ont été mis en évidence, notamment : l'importance de définir au départ les rôles et responsabilités des partenaires, l'existence de liens entre les ressources dont disposent les partenaires et le pouvoir qu'ils peuvent exercer au sein des AI, l'importance des personnes mandatées pour représenter les organisations, l'aspect évolutif des pouvoirs dévolus aux organisations dans les AI, ainsi que le problème de l'hyperconcertation. Également, certains rôles et responsabilités ont été reconnus spécifiquement à la DSP, et principalement ceux d'expert de contenu, d'initiateur de démarches, de leader et de soutien. Toutefois, des points de vue nuancés ont été exprimés concernant la façon dont l'organisation assume ces rôles et responsabilités, notamment en fonction d'une perspective dynamique plutôt que statique.

Qui sont les principaux partenaires de la DSP?

Afin d'être en mesure de bien appréhender les objectifs des différents partenaires de la DSP prenant part à des AI avec l'organisation, il s'est avéré pertinent d'identifier au départ qui étaient ces partenaires, et ce, du point de vue des trois groupes d'informateurs. Dans chacun, des réflexions et commentaires généraux ont été formulés, puis les participants ont dressé un

inventaire commenté des partenaires intrasectoriels et intersectoriels de la DSP qu'ils connaissaient. Ils ont également discuté de la pertinence de permettre à des citoyens de prendre part aussi à des démarches d'AI avec la DSP.

Les commentaires généraux ont porté principalement sur la précision du concept de partenaire et la difficulté de situer les organismes communautaires parmi ceux de l'intrasectoriel ou de l'intersectoriel (informateurs de la DSP), ainsi que sur les rôles distincts pouvant être attribués aux partenaires selon leur niveau d'intervention (informateurs de l'intrasectoriel et de l'intersectoriel). En outre, une position de principe a été exprimée par les informateurs de l'intrasectoriel, selon lesquels les démarches d'AI devraient être ouvertes à tout le monde, d'autant plus si elles sont réalisées dans le sens du développement des communautés.

En ce qui concerne les partenaires intrasectoriels, les informateurs de la DSP se sont limités à énumérer les principales organisations des trois niveaux d'intervention susceptibles d'être ainsi identifiées. Pour leur part, les participants de l'externe de la DSP ont surtout fait état d'organisations intervenant au palier local, voire intraétablissement, auxquels s'ajoutaient l'autre CSSS au palier sous-régional, de même que la DSP et l'Agence au régional. Des commentaires ont été exprimés au sujet de la plus grande facilité générale à travailler avec des organismes du secteur de la santé, mais de l'absence de certains dans les concertations (les centres de réadaptation); ainsi que du rôle d'accompagnement dans la façon de travailler en AI que pouvait jouer la DSP auprès des CSSS.

Pour ce qui est des partenaires intersectoriels, les informateurs des groupes du réseau de la santé (DSP et intrasectoriel) en ont constitué ensemble de longues listes assez similaires, qui étaient assorties de commentaires pour ceux de l'intrasectoriel. Ont été identifiés principalement : d'autres ministères et leurs instances régionales ou supra-régionales, des tables de concertation régionales, quelques organisations nationales, ainsi que des partenaires intervenant aux paliers régional et local, notamment dans les secteurs de l'éducation, des municipalités, de l'économie, etc. On peut noter que les informateurs de l'intersectoriel y ont inclus plusieurs organismes communautaires et sans but lucratif, ainsi que des fondations, dont l'« *omniprésente* » Fondation Chagnon pour le secteur jeunesse. Dans ce groupe aussi, des commentaires ont porté sur les sources de financement de certains partenaires ainsi que sur les particularités des partenariats avec des organismes du secteur de l'environnement. Quant aux informateurs de l'intersectoriel, ils ont principalement ébauché une liste des partenaires de leur catégorie à partir de l'observation de ceux qui étaient représentés au groupe de discussion, et en s'interrogeant sur l'absence de certains autres à cette rencontre.

Enfin, le thème de la participation des citoyens à des démarches d'AI avec la DSP a donné lieu à des discussions intéressantes dans les trois groupes. À cet égard, les points de vue étaient partagés parmi chacun de ces groupes. Certains informateurs ont exprimé une opinion

favorable par principe ou en lien avec les notions de communauté et de participation sociale, mais cette opinion se heurtait à des obstacles quant à la faisabilité (horaires, processus, etc.). D'autres se sont montrés plus nuancés, plus critiques ou franchement contre. Les raisons invoquées en défaveur de cette pratique étaient liées notamment à la représentativité et à la légitimité, mais également à la vulnérabilité, de personnes individuelles au sein d'AI où siégeaient normalement des représentants d'organisations. Des informateurs ont présenté la participation de citoyens à des AI comme étant quelque chose d'accessoire ou d'utilitaire. Elle prendrait la forme, par exemple, d'une consultation plus ou moins directe, source d'information sur l'opinion du milieu pour les organisations partenaires d'une AI.

Points de vue de l'interne de la DSP

- En ce qui concerne les **réflexions et commentaires plus généraux**, un informateur a jugé nécessaire de préciser un concept avant d'identifier les différents partenaires de la DSP. Il fallait ainsi, selon lui, distinguer le terme « *partenaire* » de celui de « *collaborateur* » par le caractère plutôt formel de l'engagement. À titre d'exemple, les autres ministères ont été considérés comme des collaborateurs. D'autres informateurs ont tout de même inclus différents ministères parmi les partenaires intersectoriels de la DSP. Des participants ont aussi souligné la difficulté de situer les organismes communautaires parmi les partenaires intrasectoriels ou intersectoriels. Les avis étaient partagés à cet égard. Selon certains, il s'agirait d'un « *secteur différent des CSSS* » par lesquels ils n'étaient « *pas gérés* », même s'ils portaient une étiquette « *santé* ». D'autres leur reconnaissaient une appartenance au secteur santé, donc les situaient dans l'intrasectoriel. Quant aux organismes communautaires dédiés à l'environnement, ils étaient considérés par tous comme relevant de l'intersectoriel.
- Quelques **partenaires intrasectoriels** ont été identifiés. Certains étaient très proches de la DSP (les autres directions de l'Agence) et d'autres étaient plus distants (Santé publique Canada). Entre les deux, on retrouve le MSSS, les CSSS, les Groupes de médecine familiale (GMF) et les cliniques médicales.
- Les plus nombreux identifiés se retrouvaient dans la catégorie des **partenaires intersectoriels**. Il a d'abord été question des autres ministères ou de leurs instances régionales ou supra-régionales, selon les organigrammes propres à chacun. Ont été mentionnés plus particulièrement le ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Organisation du Territoire (MAMROT) le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ), le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP), le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS), le ministère de la Famille et des Aînés (MFA), le ministère de la Sécurité publique (MSP) et le ministère des Transports du Québec (MTQ). Des tables de concertation régionales ont également été considérées comme étant des partenaires de la

DSP, soit l'Association régionale des Centres de la petite enfance de Lanaudière (ARCPEL), la Conférence administrative régionale (CAR), la Conférence régionale des élus (CRÉ), le Comité régional pour la valorisation de l'éducation (CRÉVALE), le Comité régional pour la valorisation de l'éducation (CRÉVALE), la Commission de la Santé et de la sécurité du travail (CSST) régionale, le Plateau lanauois intersectoriel (PLI), la Table des partenaires du développement social de Lanaudière (TPDSL). Trois organisations nationales ont aussi été mentionnées : l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), l'Institut de recherche en santé et sécurité du travail (IRSST) et la Sûreté du Québec (SQ). Certains des partenaires identifiés, principalement situés au palier local, étaient désignés par une appellation générique : le milieu scolaire, les municipalités, les MRC, les centres communautaires, les commissions de transports, les associations sectorielles paritaires, les regroupements d'employeurs, les syndicats, les corps de police, les entreprises, les « *producteurs de projets dont Hydro-Québec* », les écoles, les comités de parents. Enfin, quelques organismes plus spécifiques, dont les mandats visaient selon les cas l'échelle régionale ou locale, ont aussi été cités : le Cégep, l'UPA, Bicycles jaunes et le Comité des transports actifs.

- Enfin, les informateurs ont discuté longuement de la possibilité et de l'intérêt **d'inclure des citoyens dans les processus d'AI**. Ces échanges rejoignaient des aspects fondamentaux de l'AI, ainsi que ses modalités d'exercice en lien avec sa raison d'être. Des informateurs étaient perplexes. Par principe, ils jugeaient importante, voire nécessaire, la participation de citoyens aux instances d'AI. Par contre, ils ont mis en évidence des obstacles à cette participation éventuelle et des problèmes de « *faisabilité* » : horaires pouvant ne pas convenir à des citoyens qui travaillent ou qui ont « *autre chose à faire les fins de semaines* », et nécessité que soient « *mis en place des moyens, des processus* » permettant l'exercice d'un « *droit de parole* » pas trop contraignant. D'autres informateurs se sont montrés plus nuancés quant à l'intérêt de la participation des citoyens, ou ont considéré franchement que ce n'était pas leur place ou leur rôle. Par exemple, ils étaient d'avis que la participation de « *citoyens ordinaires* » n'était pas appropriée « *sur les concertations intersectorielles* ». Les raisons invoquées étaient qu'ils pouvaient manquer d'intérêt pour « *les choses plus macro* » qui y sont discutées, que « *ça ne fonctionne pas vraiment comme ça* », que ce sont plutôt des organisations qui sont représentées à ces instances.

Dans d'autres cas, la participation citoyenne a été présentée comme quelque chose d'accessoire ou d'utilitaire. Ainsi, il serait pertinent de solliciter une participation plutôt occasionnelle ou ponctuelle de personnes appartenant à la clientèle visée (ex. « *un jeune ou une personne âgée* ») en fonction de leur connaissance fine du terrain ou du contenu concerné par l'AI. Ils pourraient donner « *un vrai son de cloche* » permettant de mieux adapter les actions par la suite. Par exemple, on pourrait faire appel à un travailleur du milieu de la forêt pour partager la connaissance qu'il a de ce milieu. Dans cette perspective on recourait parfois à des « *focus groups* ». De même, dans une démarche récente liée à lutte à

la pauvreté, des personnes qui n'étaient « pas là nécessairement pour représenter un organisme communautaire » ont participé « pour présenter la réalité de ce que c'est la pauvreté, parce qu'ils l'ont vécue et ils ont une expérience par rapport aux moyens de s'en sortir ». On soulignait que ces personnes étaient bel et bien « des citoyens qui participent ». Toutefois, la question de la représentativité dans la « participation citoyenne » a aussi été soulevée. Concernant la personne défavorisée qui témoigne de sa situation, on s'est demandé : « Est-ce que ce citoyen représente tous les citoyens? ». Un informateur faisait remarquer que, derrière le « processus de choix, de sollicitation », il y avait des « enjeux politiques ». L'opinion a aussi été exprimée que ce serait deux choses différentes de rencontrer des citoyens appartenant à un type précis de clientèle pour « aller plus loin dans le contenu » et de chercher à « avoir le pouls réel du citoyen ». Il vaudrait mieux, pour cela, se fier aux instances où « siège le citoyen », tels « des organisations, des conseils d'administration ». Il s'agirait alors d'une façon de « ramener ça à une mécanique de concertation ».

Dans la même foulée, des informateurs se sont interrogés sur la définition de citoyen, voire de « citoyen pur », en lien avec le type de représentation susceptible de permettre leur participation aux instances prenant en charge les démarches d'AI. Par exemple, l'un d'eux déclarait :

« La population, c'est qui ça? La population, outre le fait que ce sont des citoyens, ce sont des gens qui font partie d'une communauté, d'une municipalité, d'un conseil scolaire. Les parents, c'est des gens qui existent comme individus, qui participent à la cité, comme disaient les bons vieux Grecs. Donc, en ce sens-là, le citoyen fait partie prenante de la population. »

Également, selon un autre :

« Moi, je suis citoyen. Vous êtes tous des citoyens. Et on a tous différents chapeaux dans notre vie. Donc, ce qui me préoccupe, c'est comment on arrive à faire en sorte, quand on est citoyen en dehors de nos activités d'intervenant, de professionnel ou de gestionnaire, quelle est la place qu'on fait? »

Des échanges ont aussi porté sur des lieux possibles de participation pour les citoyens dans le domaine de la santé ou de la santé publique, mais qui ne seraient pas nécessairement des instances d'AI. Concernant les « processus d'audiences publiques », une préoccupation a été émise à l'effet que ça pourrait être d'éventuelles « consultations bidon » servant surtout à « se donner bonne conscience ». Par contre, les « enquêtes », réalisées par exemple par la santé publique, ont été considérées comme « une façon de consulter les citoyens, d'avoir leur point de vue pour améliorer les services » en interrogeant les groupes qui y ont eu recours. Les déjeuners-causerie ont aussi été présentés comme un lieu de participation pour les citoyens. Mais après discussion, on a jugé que c'était plutôt un lieu d'information que

d'influence possible pour ceux qui y assistent. Un participant a mentionné l'existence du Forum de la population, ajoutant qu'à son avis ce n'était « *pas vraiment la population* » qui y était représentée.

On a noté aussi que les acteurs de SP n'étaient « *pas directement en lien avec les citoyens comme tels* », mais qu'ils l'étaient davantage avec « *les regroupements issus du milieu qui sont créés* », dont avec les programmes de Québec en forme et Avenir d'enfant. Ce genre de « *mobilisation de la communauté locale* » a été jugé « *pas loin* » des notions de participation citoyenne et d'AI. Dans le même ordre d'idée, des informateurs laissés entendre que la participation citoyenne pouvait s'exercer de façon plus efficace ou intéressante au sein d'organisations œuvrant au palier local dans les milieux de vie des citoyens (tels les clubs de l'âge d'or, associations municipales et conseils d'administration). On pourrait observer « *au niveau d'une communauté plus locale, quartier ou municipalité* », une participation citoyenne « *très très active* » sur des thèmes spécifiques comme « *le vieillissement, l'exode des jeunes* ». Il s'agirait alors de « *sujets vraiment qui sont proches de leur vie, de notre vie au quotidien* ».

Puis, dans le domaine spécifique de la santé environnementale, un informateur a expliqué que les acteurs de santé publique devaient parfois travailler en relation avec « *des regroupements de citoyens qui ont des actions sur les mêmes terrains* ». Ils ne pourraient alors pas « *s'y associer* », de manière à « *garder une neutralité, une distance* ». Plus encore, selon lui : « *Avec certains groupes de citoyens, on ne peut pas jouer un rôle de concertation, on peut jouer un rôle d'experts.* »

Points de vue de l'externe de la DSP

- Avant de dresser un inventaire des principaux partenaires de la DSP, les informateurs de l'externe de l'organisation ont émis quelques **réflexions et commentaires plus généraux**.
 - ✓ Ceux **de l'intrasectoriel** ont d'abord laissé entendre que les démarches d'AI devraient être « *l'affaire de tous* », que « *tout le monde* » devrait être « *mis à contribution* ». Cette participation serait donc « *très large si on part de la population* », et d'autant plus si le travail est fait dans le sens du développement des communautés. Il a été précisé que, dans une AI réalisée avec la DSP dans le sens du développement des communautés, ce serait « *en théorie pis sur le terrain, la communauté qui va chercher ses différents partenaires en fonction de ses besoins* ». Il pourrait s'agir de partenaires de différents secteurs, par exemple, le scolaire, l'emploi, l'habitation, mais ils seraient « *identifiés par la communauté* ». Par ailleurs, il a été mentionné que les partenaires pourraient situer leurs préoccupations et leurs actions à des niveaux différents. Ainsi, la DSP se situerait à un niveau « *plus macro* », tandis qu'au local, on serait « *plus dans l'action* », c'est-à-dire qu'on

s'occuperait de « déployer davantage des ressources dans l'action plutôt que penser ou discuter ».

- ✓ Ceux **de l'intersectoriel** ont eu tendance à discuter d'abord de la façon dont pouvaient s'articuler les processus d'AI avec la DSP et certains partenaires particuliers. Il a été souligné qu'il y aurait « un effort à faire pour les (les partenaires potentiels) amener dans tout ce processus d'AI ». On a noté aussi que les partenaires de la santé publique pouvaient se situer aux niveaux local, régional et étatique et « se tenir thématiquement » et « en interdépendance » plutôt que d'être considérés comme étant « en hiérarchie ». De plus, des rôles différents pouvaient être attribués aux partenaires de ces différents niveaux : « exécution de certains programmes ou développement d'initiatives » au niveau local; et « mise en place et coordination » au niveau régional, avec un rôle spécifique dévolu à la DSP d'« installer une cohérence entre les différents plans d'action, particulièrement au niveau social, vers la population ». Quant au niveau national, l'informateur y percevait « quelques difficultés d'adaptation » liées à des « cultures différentes » ainsi qu'à la nécessité de « mettre ensemble les ressources », notamment financières.
- Les informateurs de l'externe de la DSP ne se sont pas contentés d'identifier **les principaux partenaires intrasectoriels** de la santé publique. Ils ont également ajouté des commentaires au sujet de certains de ces partenariats, qui différaient en partie de ceux identifiés par les informateurs de la DSP.
 - ✓ Dans l'ensemble, ceux **de l'intrasectoriel** ont identifié les différents établissements du réseau de la santé et des services sociaux qui n'ont pas une mission essentiellement curative. La plupart se situaient au niveau sous-régional : les centres de réadaptation, les Centres jeunesse et les organismes communautaires. Ont été mentionnés aussi la DSP et l'Agence, de même que l'autre CSSS (arrimage pour travailler, par exemple, auprès de jeunes avec des maladies chroniques et sur des programmes concernant les saines habitudes de vie). Un informateur a considéré qu'au sein de son CSSS, il considérait comme des partenaires les employés et la direction, ainsi que « les organismes qui viennent compléter l'offre ». Un autre affirmait que, de façon un peu naturelle ou spontanée, on avait tendance à travailler avec des organismes « qui sont en santé et services sociaux », ce qui pouvait inclure autant le réseau public que le communautaire. Par ailleurs, une absence dans les concertations des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en déficience physique a été déplorée, alors qu'ils s'adresseraient à une « même clientèle » que le CSSS.

- ✓ Ceux **de l'intersectoriel** ont parlé surtout des CSSS et de leur composante CLSC. Ils ont mentionné le rôle que devait jouer auprès d'eux la DSP en assumant un « *transfert de savoir-faire d'AI* » et un « *accompagnement* ». Il s'agissait de répondre à un besoin de ces acteurs locaux de la santé publique de « *comprendre et de savoir comment faire* », par exemple en matière « *d'itinéraire* » en vue d'« *entrer dans un milieu* », telle une école, en s'adressant à la bonne personne. Selon un participant, le CSSS du Sud avait aussi manifesté le besoin d'être mieux informé sur « *comment ça fonctionne le développement régional avec les acteurs régionaux* », dont le CRÉVALE, la Table des partenaires du développement social de Lanaudière et les différents ministères. À son avis, les acteurs de ce CSSS se sentaient « *complètement dépassés* » à cet égard, et il leur fallait « *comprendre cette AI-là* » et « *à quoi elle sert* », afin que chacun soit en mesure de se dire « *il est où mon rôle et où je m'inscris là-dedans* ».
- Les informateurs de l'externe de la DSP ont aussi dressé un inventaire des **principaux partenaires intersectoriels** de l'organisme, assorti de quelques commentaires. Pour l'essentiel, le tableau correspondait à celui proposé par les informateurs de la DSP.
 - ✓ Ceux **de l'intrasectoriel** ont identifié les autres ministères qui ont un « *volet santé publique* », notamment le MAPAQ (pour certains dossiers) et le MAMROT par le biais de la CRÉ (où la DSP a un siège réservé et avec qui elle partage des programmes conjoints, des travaux et des responsabilités de mobilisation des communautés et avec qui elle peut conclure des ententes directes impliquant aussi les municipalités et les CSSS). Il a été question également des organismes régionaux de ministères tels Emploi-Québec et le ministère de la Famille. Puis, différentes organisations du secteur de l'Éducation ont été mentionnées, soit : les commissions scolaires, les écoles, les cégeps (source notamment de stagiaires) et les universités (où sont puisés parfois des étudiants capables de réaliser des évaluations à moindre coût que ceux exigés par le privé). Il a été mentionné que l'Éducation devait être un partenaire principal de la DSP. Par ailleurs, plusieurs organismes communautaires et sans but lucratif ont été considérés comme appartenant à la catégorie des partenaires intersectoriels, soit : les maisons de la famille et maisons des jeunes, des organismes en dépendance, en toxicomanie, en saine alimentation (dont les Producteurs laitiers), en sport (par exemple le Réseau du sport étudiant et sport Lanaudière) ou en mode de vie physiquement actif et en prévention du tabac. Certains de ces organismes seraient subventionnés par le réseau de la santé et des services sociaux grâce au PSOC, d'autres plutôt par d'autres ministères, dont ceux de la Famille, de la Petite enfance, de la Justice (CAVACS et CALACS), de l'Emploi et de la Solidarité sociale (Carrefour Jeunesse Emploi, probablement impliqué dans des travaux pour la persévérance scolaire et vecteur d'intégration sociale pour les

immigrants). On notait qu'il n'y avait pas beaucoup de partenaires intersectoriels de la DSP qui seraient financés par le ministère de l'Immigration. On a précisé aussi, en lien avec le secteur de la justice, que certaines mesures de santé publique pouvaient « *demandeur de passer une loi ou de légiférer* » (par exemple, concernant le port du casque pour les motos). Puis, les autres types de partenaires ayant été relevés étaient : les municipalités et villes (notamment leurs services de police et de pompiers et des comités d'action), les services ambulanciers, les milieux de travail, entreprises privées et entrepreneurs (par exemple pour la semaine de persévérance scolaire avec le programme Oser jeunes), les pharmaciens, ainsi que différentes fondations. Parmi ces dernières, il a été question plus spécifiquement de celles qui s'occupent de camps de vacances, comme la Fondation Canadian Tire, du travail « *énorme* » accompli pour les enfants en partenariat avec Centraide, de la Fondation Chagnon qui a été jugée « *omniprésente* », surtout pour le secteur jeunesse, ainsi que de fondations comme celle de la maladie mentale, qui axeraient leur mission sur le soutien naturel ou soutien par les pairs, par exemple auprès des familles des personnes affectées.

Les partenariats potentiels avec des organismes en environnement, qui pourraient être associés à certains déterminants de la santé, ont été traités de façon particulière. Plusieurs informateurs semblaient ne pas connaître ces organismes, leur domaine ou leur lien possible avec la santé publique. Toutefois, il a été mentionné que, dès qu'un tel lien apparaissait « *avec l'objectif ou le sujet qu'on travaille* », on en tenait compte dans les partenariats. Ce serait le cas, par exemple, si un désastre survenait dans le dossier des gaz de schiste, et ça l'avait été dans l'histoire passée de la construction d'un hôpital à côté d'un dépotoir. À cette époque, beaucoup de citoyens s'étaient mobilisés et la santé publique avait été interpellée « *pour dire qu'il n'y avait pas de problèmes* ». On a noté que le CSSS ne travaillerait pas avec de tels organismes quand ils sont « *trop dans la contestation* », même quand il s'agit d'acteurs pouvant contribuer à la santé publique. On ajoutait que, dans le PAL, on ne retrouvait pas de mention ou de référence officielle aux organismes en environnement.

- ✓ Pour leur part, ceux **de l'intersectoriel** ont aussi identifié quelques partenaires intersectoriels de la DSP. D'entrée de jeu, on a fait remarquer que tous ceux qui étaient représentés au groupe de discussion pouvaient être considérés comme « *des partenaires importants* ». Parmi les différents secteurs concernés, on a affirmé que « *le milieu scolaire, de façon générale, est très interpellé par ces dossiers-là de santé et bien-être* » (MELS, commissions scolaires, écoles, milieu collégial). Ont été mentionnés aussi « *la petite enfance* » ou « *les CPE* », les organismes communautaires, les municipalités « *au sens large* » (notamment pour

l'aménagement du territoire) et les élus. On a questionné aussi l'absence à la rencontre de trois organisations ou types d'organisations susceptibles de constituer des partenaires de la DSP : la CSST (qui « *travaillait beaucoup à la prévention* »), le Conseil régional des partenaires du milieu du travail (constituant « *un lieu de concertation multisectorielle, mais plus de type économique* »), ainsi qu'un « *représentant sectoriel des personnes âgées et de l'immigration* ».

- Les informateurs de l'externe de la DSP ont aussi discuté de **la participation des citoyens aux processus d'AI**. Souvent, leurs réflexions rejoignaient celles émises précédemment par les informateurs de la DSP. Leurs opinions à cet égard étaient aussi partagées. Elles reflétaient notamment la perspective propre au groupe d'acteurs auxquels ils appartenaient.
 - ✓ Pour plusieurs informateurs **de l'intrasectoriel**, les propos à ce sujet traduisaient à nouveau une confusion entre l'AI et une approche multidisciplinaire dans l'intervention clinique auprès de patients individuels. Ainsi, ils ont abordé le thème en fonction de concepts comme ceux de « *patient partenaire* », de « *client partenaire* » et de « *collaboration participative* ». Il s'agissait d'« *impliquer davantage les clients dans le processus de participation* », par le biais de leurs « *plans d'intervention* » et de comités dont le mandat visait à « *déployer certains services* ». De leur point de vue, le client devenait ainsi « *un partenaire comme tous les autres intervenants ensemble* », et non plus seulement le sujet « *au centre* » pour le bien-être duquel tous les intervenants allaient collaborer. Dans le même sens, la présence « *autour de la table* » des « *gens à qui le programme est destiné* » a été présentée comme souhaitable, mais difficile à réaliser. Par exemple, dans le cadre du programme SIPPE, les familles apparaissaient comme des « *partenaires absents dans la définition des besoins et la façon d'y répondre* ». Toutefois, on se demandait comment « *dans nos structures d'intervenants, on va assoir un parent en contexte de vulnérabilité et lui faire porter la responsabilité de représenter l'ensemble des parents en contexte de vulnérabilité* ». Un autre exemple était celui des programmes d'animation visant à aider des personnes à « *vivre avec leur maladie et gérer tout ça* ».

Par ailleurs, dans une perspective différente, la participation de citoyens à des processus d'AI a été discutée en lien avec les notions de communauté et de participation sociale. Un informateur affirmait ainsi que « *les gens veulent faire partie de la définition des problèmes et de la définition des solutions* ». Il s'agirait aussi bien d'« *individus* » que de « *citoyens corporatifs* », lesquels « *se mobilisaient pour quelque chose* » et pouvaient « *aller chercher la DSP* » afin d'être « *alimentés en contenu* », c'est-à-dire à propos des « *meilleures connaissances* » ou des « *meilleures pratiques* ». Il a été mentionné aussi que la participation citoyenne liée

à de l'AI pourrait se manifester dans des projets de « *mentorat* » où les citoyens font du bénévolat, comme ce serait le cas dans le domaine de la persévérance scolaire. Il faudrait alors que les citoyens participants soient « *minimalement rattachés à des organisations* ». On a noté, d'autre part, que la DSP avait une préoccupation d'« *aller chercher l'opinion du milieu* », et qu'elle le faisait notamment dans l'élaboration de ses offres de services conjointes avec les CSSS. Les deux organisations pouvaient alors s'adjoindre la participation des municipalités à cette fin. Ce serait ces dernières qui iraient ensuite « *indirectement rejoindre le citoyen* ». Dans le même ordre d'idée, il a été souligné que la préoccupation de s'assurer la participation de citoyens ou de patients ou d'individus dans les concertations serait plus présente au niveau local qu'au niveau régional, car les gens y seraient « *plus en contact avec la population* ».

Enfin, un bémol a été émis à propos d'un possible « *effet de mode* » en santé publique concernant la participation citoyenne. Celle-ci se manifesterait notamment dans les programmes de subventions, où la participation citoyenne pourrait « *donner des points* ».

- ✓ Ceux **de l'intersectoriel** ont surtout exprimé des réflexions critiques à propos de la pertinence et de la façon possible d'inclure les citoyens dans les démarches d'AI. Par exemple, on se questionnait sur les « *bases* » selon lesquelles un citoyen pourrait être « *élu* » et jugé « *légitime de parler* ». Selon un informateur, les « *modes de représentation des organisations* » pouvaient déjà assurer une certaine présence indirecte des citoyens, sans qu'il soit nécessaire d'y prévoir formellement un « *poste de citoyen* ». D'après un autre, les organismes communautaires « *reposaient beaucoup sur l'engagement des citoyens* », mais ils ne parlaient pas pour autant « *au nom de tous les citoyens* ». Par ailleurs, une justification mentionnée à la participation des citoyens à l'AI serait une volonté de « *les engager dans leur santé* ». Ainsi, à l'égard de sa santé et de son bien-être, le citoyen aurait « *une place dans le débat* ». Pour certains, la nécessité de prendre en compte d'une façon ou d'une autre le point de vue des citoyens concernés par la santé de la population n'obligerait pas à les inclure « *directement dans les discussions* ». De plus, il faudrait distinguer les questions de santé publique pouvant concerner « *la santé du citoyen public* » et celle des partenaires. Enfin, on pouvait s'interroger sur le moyen possible de consulter les citoyens spécifiquement « *par rapport à de l'AI* », soit au-delà des « *orientations ou des actions de santé publique* ».

Comment s'articulent les objectifs des partenaires

Le second aspect de la mise en œuvre de la stratégie en fonction des objectifs des partenaires concerne la façon dont ces objectifs étaient articulés entre eux. Dans les trois groupes, les discussions à ce sujet étaient orientées vers les points de divergence et de convergence entre ces objectifs. Il faut noter, cependant, que ce thème a été peu développé dans le groupe des partenaires intersectoriels. De plus, les informateurs de l'intrasectoriel ont parfois eu tendance à axer les discussions sur les relations entre partenaires de l'intrasectoriel plutôt que de l'intersectoriel.

Le travail d'analyse a consisté à dégager les éléments se rapportant à un état de situation, par rapport à d'autres, se présentant plutôt comme des facteurs pouvant favoriser la mise en œuvre ou y faire obstacle. Toutefois, ces deux types d'éléments étaient souvent très imbriqués. L'état de situation demeurait alors marqué par des points de vue positifs et négatifs qui tendaient à se rapprocher de facteurs favorisant ou limitant la mise en œuvre.

De façon générale, les informateurs de l'intrasectoriel et de l'intersectoriel s'entendaient pour considérer que la DSP et ses partenaires avaient peu de divergences en ce qui concerne leurs buts communs. Les éléments de divergence relevés avaient trait plutôt à des mandats, des structures organisationnelles, des façons de faire et des moyens différents; le tout se pouvant se traduire par des cultures différentes. Également, certains éléments de divergence se présentaient comme des limites, d'autres se rapportaient à des éléments de conjoncture. Enfin, certaines divergences ont été associées plus aux personnes ou individus qu'aux organisations représentées. Quant aux partenaires avec lesquels la DSP connaîtrait le plus de divergences ou de difficultés dans les démarches d'AI, des organisations différentes ont été identifiées par les informateurs de la DSP (le MDDEP et le MTQ) et ceux de l'intrasectoriel (Revenu, Emploi-Québec, aide sociale et CLE; des organisations vues comme travaillant en vase clos; de même que les médecins et la pédiatrie sociale dans l'intrasectoriel).

Par ailleurs, en ce qui concerne les points de convergence entre les objectifs de la DSP et ceux de ses partenaires, une bonne partie ont été formulés comme des conditions favorables à une telle convergence, et donc reportés à la section portant sur les facteurs facilitant et limitant la mise en œuvre de la stratégie (3.2.2.2). De façon générale, d'après les informateurs de l'intrasectoriel, on observerait davantage de convergence que de divergence entre la DSP et ses partenaires, dans les AI. Quant aux partenaires avec lesquels la DSP connaîtrait le plus de convergence, une seule organisation a été retenue par des informateurs de la DSP et de l'externe : le MELS. Les autres organisations mentionnées à ce titre étaient les MRC (informateurs de la DSP) et le MESS (informateur de l'intersectoriel).

Points de vue de l'interne de la DSP

- Différents **points de divergence** possibles **entre les objectifs de la DSP et ceux de ses partenaires** ont été identifiés. Il a été mentionné que les divergences portaient rarement sur les finalités ou les « *buts communs* » des partenaires, mais davantage sur les moyens permettant d'y arriver, dont le temps et les ressources à y accorder ou ceux dont chacun dispose. S'ajoutent ensuite les façons de faire et les « *cultures* » différentes, notamment entre ministères, par exemple au sujet de la communication et de la circulation de l'information. Également, il a été question d'« *enjeux politiques* » et d'« *interférences liées à des priorités économiques ou politiques* » susceptibles de prendre le pas sur les objectifs fixés, parfois par le biais de « *jeux de coulisses* ». Dans les domaines relevant du service de Protection, on a signalé l'existence de « *divergences de fond* » parfois liées à des « *questions règlementaires* ». Celles-ci pouvaient, par exemple, susciter l'opposition de citoyens ou constituer « *des entraves à l'action pour des intervenants qui voudraient aller plus loin mais ne peuvent pas légalement* ». L'approche à adopter, par exemple dans le cadre d'une recherche ou d'une évaluation (approche coût-bénéfice ou qualitative), pouvait représenter aussi un point de divergence entre les partenaires. De même, la rigueur nécessitée dans ce domaine de pratique, ainsi que les résultats et recommandations publiés au terme des études, pouvaient s'avérer « *dérangeants* » pour certains partenaires. Par ailleurs, en lien plutôt avec le domaine de la prévention-promotion, on a signalé comme des objets possibles de divergence « *la question des meilleures pratiques* », ainsi que le financement dont disposent les partenaires, leur ouverture aux changements et la sensibilité associée à certaines thématiques particulières (par exemple, les dépendances et les agressions sexuelles). Le caractère parfois évolutif de certaines divergences a aussi été relevé. À titre d'exemple, on a fait état de la façon ancienne d'intervenir de la DSP dans le milieu de l'éducation, alors que ses acteurs « *arrivaient en silos avec des programmes précis plutôt qu'avec quelque chose de vraiment intégré* ». La situation se serait améliorée par la suite, notamment grâce à des ententes formelles liées à École en santé.
- À propos des **partenaires avec lesquels la DSP aurait le plus de divergences**, les informateurs en ont identifié deux plus précisément. Mais ils ont surtout expliqué comment des divergences pouvaient être liées à des caractéristiques particulières de certains types de partenaires ou de leurs représentants. Le point de vue des informateurs à ce sujet apparaissait influencé par l'expérience spécifique vécue en fonction de leur domaine d'intervention. Les deux partenaires avec lesquels les divergences semblaient les plus fréquentes étaient deux ministères : le MDDEP et le MTQ. Elles se manifesteraient sous la forme de « *façons de voir* » ou d'attitudes différentes, ainsi que de langage à harmoniser. En outre, les acteurs de la DSP se seraient retrouvés souvent à jouer des rôles qui reviendraient normalement à l'un de ces partenaires, en raison de son laisser-aller dans des dossiers communs particulièrement importants pour la santé publique. Par exemple, ils auraient dû procéder à des « *relances*,

rappels, convocations et reconvoctions à des réunions », voire presque « tenir leurs dossiers pour avoir l'information nécessaire pour la santé publique ». Un informateur s'interrogeait à savoir si cette attitude proactive pouvait être perçue comme quelque chose de « menaçant ».

Par rapport à d'autres ministères et par rapport aux organismes communautaires, certaines divergences ont été expliquées par des « cultures différentes ». Dans le premier cas, des ministères se démarqueraient de la DSP par leur « absence de cette volonté que nous, on a, d'être ouverts à l'AI ». Il a été mentionné que certaines divergences entre ministères pouvaient aussi s'expliquer par de simples « structures organisationnelles différentes » ou par des structures de communication différentes. Quant au milieu communautaire, on a souligné que les préoccupations de « reddition de comptes que traîne la santé publique », se traduisant par des « résultats à atteindre » et un « langage de meilleures pratiques », pouvait s'opposer aux « actions empiriques » sur lesquelles s'appuie plutôt ce milieu.

Dans certains cas, les divergences seraient plus liées aux personnes ou individus qu'aux organisations représentées. Elles pouvaient, par exemple, « dépendre de la volonté, de la souplesse et de l'ouverture des individus », notamment dans des dossiers sensibles comme ceux des dépendances en milieu scolaire ou des agressions sexuelles abordés avec les organismes communautaires. L'aspect sensible de ces problématiques pourrait constituer en soi une explication des divergences, étant donné que « les objectifs communs sont confrontés à des lois et à la morale, donc à des positions idéologiques des acteurs ».

- Aucun véritable **point de convergence entre les objectifs de la DSP et ceux de ses partenaires** n'a été identifié. Les informateurs ont plutôt relevé des **moyens ou conditions permettant de concilier les objectifs divergents** ou d'atteindre une certaine convergence de ceux-ci. Ceux-ci ont été considérés comme étant des facteurs facilitant la mise en œuvre de la stratégie (voir 3.2.2.2).
- Quant aux **partenaires avec lesquels les acteurs de la DSP connaîtraient le plus de convergences dans leurs objectifs**, trois partenaires ou types de partenaires ont été retenus. Il s'agit du MELS et des MRC, vus comme pouvant disposer de « plus d'espaces libres » leur permettant de s'engager dans ce type de démarche; ainsi que de « certains organismes communautaires ayant une mission santé », dont « des maisons de jeunes, des maisons de la famille, des organismes en sécurité alimentaire ». En ce qui concerne le MELS, en outre, la possibilité d'arrimages dans des dossiers spécifiques (grossesse, contraception, éducation à la sexualité et prévention des ITSS) a été considérée comme pouvant contribuer à favoriser une bonne convergence. Par contre, un bémol a été exprimé à propos de certains organismes communautaires, en raison de « l'arrivée des fondations privées » qui aurait « heurté de plein fouet la santé publique » et l'aurait même « mise un peu sur la glace ». On a signalé, par

ailleurs, que la concertation demeurerait « *plus facile avec les partenaires du réseau de la santé, parce qu'ils ont une même vision et un même langage* » par rapport à la santé publique.

Points de vue de l'externe de la DSP

- Parmi les informateurs de l'externe de la DSP, seuls ceux **de l'intrasectoriel** ont abordé les **points de divergence entre les objectifs de la santé publique et ceux de ses partenaires**. Dans leur cas, la santé publique était représentée par les CSSS auxquels ils appartenaient. Quant aux divergences identifiées, elles ne se rapportaient pas nécessairement aux objectifs propres aux partenaires, mais davantage à des mandats ou des moyens différents, ou encore à des limites ou à des éléments de conjoncture. Pour ce groupe, il s'est avéré plus difficile de distinguer les éléments documentant la mise en œuvre de la stratégie de ceux constituant des facteurs favorisant ou limitant cette mise en œuvre (voir 3.2.2.2).
 - ✓ Les éléments de divergence ayant trait à des mandats ou des moyens différents étaient : la lecture différente que les partenaires peuvent faire d'une situation ou leur compréhension différente de cette situation; les intérêts financiers de certains partenaires prenant part à une AI (par exemple, un service alimentaire pour lequel une friteuse représente une « *vache à lait* »); l'absence d'un partage initial de connaissances entre les partenaires au début d'une AI; des difficultés de communication; l'irréalisme de certaines attentes par rapport aux moyens (par exemple, la participation à une AI d'organismes communautaires disposant de ressources humaines limitées); le fonctionnement en silos de certains acteurs.

Les divergences relevées ressemblant plutôt à des limites ou des obstacles à l'AI étaient : la persistance de préjugés et de tabous entre ministères et entre organisations; la « valeur ajoutée » questionnable de la participation à une AI de partenaires s'étant « fait tirer l'oreille » en fonction d'une exigence de partenariat décrétée par le bailleur de fonds.

Quant aux divergences associées à des éléments de conjoncture, c'était : le fait que certaines AI ne soient pas toujours fondées sur les besoins du milieu identifiés par le milieu, notamment dans des régions ou des municipalités plus isolées ou éloignées; le niveau d'implication des partenaires variant en fonction de la proximité des mandats des partenaires par rapport à celui de la santé; les attentes très grandes du milieu à l'égard du CSSS; l'existence entre les deux CSSS de différences d'environnement, de cultures, de problématiques et dans les besoins de la population.

- Ce sont aussi principalement des informateurs **de l'intrasectoriel** qui ont identifié certains **partenaires avec lesquels la santé publique connaîtrait le plus de divergences ou de difficultés** dans les AI. Les partenaires identifiés étaient souvent associés à des divergences ou difficultés de natures spécifiques, et parfois il s'agissait de partenaires intrasectoriels plutôt qu'intersectoriels. Dans certaines réponses, aussi, les informateurs montraient encore une tendance à confondre l'AI et une approche multidisciplinaire dans l'intervention auprès de « clients » individuels.
 - ✓ D'après les informateurs **de l'intrasectoriel**, ce serait « plus difficile d'approche » avec certains partenaires intersectoriels habitués de travailler « en vase clos » (par exemple, ceux du Revenu, de l'aide sociale et du CLE). Concernant Emploi-Québec, des différences « culturelles » ont été invoquées, associées au fait que ce ministère a « des mandats très spécifiques » qui influencent la façon dont ses intervenants « voient la personne en avant d'eux ». Il leur serait, ainsi, difficile de « changer la première vision qu'ils ont pour soutenir un individu ». Un informateur expliquait : « Veut, veut pas, on se développe en fonction de l'organisation dans laquelle on travaille et on devient influencé par ça et ça devient difficile de sortir de ça, plus ça fait longtemps, pour essayer de voir l'autre côté. » Par ailleurs, un informateur identifiait le milieu scolaire comme étant le principal partenaire avec lequel il travaillait. D'après lui, il y avait « de belles et moins belles histoires dans ce milieu-là », lesquelles s'expliqueraient, selon les cas, par « le volet des mandats », mais parfois par « des volets interpersonnels » aussi.

Faisant référence à des partenaires intrasectoriels, des informateurs ont jugé que l'AI serait aussi « plus difficile à appliquer », notamment auprès des médecins, en raison de « leurs façons de travailler » et « leurs méthodes de travail », ou encore en fonction des « quantités de ressources ». Par exemple, ils ne seraient pas très présents sur les tables de concertation concernant les maladies chroniques, ils connaîtraient très peu les ressources communautaires et y réfèreraient peu, ils se préoccuperaient de traitement plus que de prévention et ils considèreraient qu'ils possèdent l'expertise. Il a été question aussi de la pédiatrie sociale, de nouveaux acteurs avec lesquels le CSSS semblait avoir de la difficulté à travailler en partenariat, pour des raisons de contexte et d'histoire de la région et de ses sous-régions. Un informateur précisait : « Le client vient d'une communauté et la communauté vient d'une histoire. Les expériences négatives teintent les expériences qu'on fait à ce jour et il faut en tenir compte. » Certaines divergences s'expliqueraient par le fait que : « Quand t'as pas eu de bonnes expériences, t'as pas le goût d'aller te rassoier pour revivre quelque chose de ce genre. » Enfin, des divergences ont été notées avec « le secteur jeunesse 0-18 ans ». Elles ont été

associées au mandat transversal de « l'organisation responsable et imputable de donner des services à la grandeur de Lanaudière ».

- À propos des possibles **points de convergence entre les objectifs de la DSP et ceux de ses partenaires**, seuls des informateurs de l'intrasectoriel se sont prononcés. Leurs réponses sont demeurées plutôt générales. Souvent, aussi, elles semblaient référer à des partenaires intrasectoriels plutôt qu'intersectoriels.
 - ✓ La plupart ont affirmé observer « surtout des convergences », « plus » ou « beaucoup plus de convergences ». Les partenaires parleraient tous « des mêmes études de population » et ils auraient « les mêmes préoccupations », qui seraient « en haut plus macro, en bas plus pointues ». Dans le même sens, on observerait plus de convergence, malgré que la DSP aurait un objectif « plus général », alors qu'au niveau local, ce serait « plus spécifique ». D'après un informateur, sur les objectifs vraiment majeurs d'améliorer l'état de santé des populations, personne ne serait contre la vertu. Il s'agirait d'un objectif « assez rassembleur ».
- Seul un informateur **de l'intersectoriel** a identifié deux **partenaires particuliers avec lesquels il y aurait davantage de convergence dans les AI avec la DSP**. Cette convergence serait « plus naturelle » mais « relativement nouvelle » entre deux ministères qui « ne pouvaient pas ne pas marcher ensemble » : le MESS et le MELS. La meilleure complémentarité entre eux résulterait d'une « commande », laquelle aurait tout de même « produit comme un enclenchement » conduisant à « des livrables intéressants » et donnant maintenant aux acteurs « le goût de continuer ».
- L'analyse des propos des informateurs de l'externe de la DSP a conduit aussi à relever plusieurs **moyens ou conditions permettant de contourner ou limiter les divergences**, ou encore de **faciliter la convergence entre les différents objectifs**. La plupart de ces éléments sont présentés à la section suivante portant sur les facteurs facilitants et limitants (3.2.2.2). Quelques-uns ont cependant été formulés, par des informateurs **de l'intersectoriel**, comme des constats en lien avec une situation observée.
 - ✓ Selon un informateur, il restait « un bout à faire dans l'intersectorialité » pour que la reconnaissance des « expertises » et des « façons de faire » respectives des différents partenaires soit meilleure. Une évolution récente et positive des relations entre une organisation scolaire et la DSP a été associée au respect mutuel entre les partenaires. Ces relations seraient passées du stade « conflictuelles divergentes », caractérisées par une « volonté de contrôle du scolaire par la santé » à celui de « conviviales » et « harmonisées » permettant de « bâtir des choses concrètes » en tablant sur « l'expertise » de la santé publique. De même, on a affirmé que ces

partenaires ne seraient désormais « *plus en compétition* », mais travailleraient au contraire « *en complémentarité* », dans la perspective de « *partager les choses* », afin que « *tout le monde en bénéficie* ». Par ailleurs, un informateur considérait que la santé publique avait changé son attitude concernant son rôle de « *locomotive* » ou de « *seul guide* » pour tous les milieux. Selon lui, la nouvelle situation s'expliquait surtout par un nouveau « *mode de gestion de l'État* » caractérisé par une « *décentralisation* », et ce, indépendamment de l'influence de tout parti politique.

Comment s'articulent les rôles, responsabilités, ressources et pouvoirs des partenaires?

Le troisième et dernier aspect de la mise en œuvre de la stratégie en fonction des objectifs des partenaires concerne la façon dont ces derniers articulent entre eux leurs rôles, responsabilités et pouvoirs respectifs. Il s'agit également du dernier sous-thème ayant été discuté avec les groupes d'informateurs. De même que pour le volet précédent portant sur l'articulation entre les objectifs des partenaires, l'analyse de contenu a permis de retenir principalement les informations concourant à dresser un état de situation de la mise en œuvre de la stratégie. Quelques autres, s'apparentant davantage à des facteurs susceptibles de faciliter la mise en œuvre ou d'y faire obstacle, ont été pris en compte dans une autre section (3.2.2.2).

De façon générale, on constate que des éléments similaires ont été rapportés et que des points de vue comparables ont souvent été exprimés dans les différents groupes d'informateurs. Par exemple, la nécessité ou l'importance de définir au départ les rôles et responsabilités des partenaires a été notée. Dans le groupe de la DSP, on laissait entendre que ce n'était pas toujours le cas, et dans celui de l'intrasectoriel, on supposait que cette répartition pouvait être décidée au palier national, notamment quand il s'agissait de mettre en œuvre un programme. Également, des informateurs des différents groupes ont fait état de liens entre les ressources (humaines et financières) dont disposent les partenaires et le pouvoir qu'ils peuvent exercer au sein des AI, notamment un « *pouvoir de persuasion* » (intersectoriel). À cet égard, la situation plutôt défavorisée des organismes communautaires a été soulignée. Il a même été question d'un « *fossé* » existant entre les organismes communautaires, d'une part, et la DSP ainsi que les fondations privées, d'autre part (intersectoriel).

Une bonne partie des discussions, dans tous les groupes, a porté sur les rôles et responsabilités assumés spécifiquement par la DSP. Revenaient le plus souvent ceux : d'expert de contenu, d'initiateur de démarches, de leader ou de soutien. Ont été mentionnés aussi les rôles de diffuseur de données, d'animateur, de coanimateur et de bailleur de fonds (DSP); ainsi que ceux d'encadreur, de dompteur, de facilitateur et de médiateur (intersectoriel). Dans les trois groupes, les échanges ont également mis en évidence le caractère dynamique ou changeant des rôles joués par la DSP dans les AI. Cet aspect était d'ailleurs présenté comme une bonne chose, commandant toutefois à la DSP de faire preuve d'une certaine « *souplesse* ». La perception que

les différents partenaires pouvaient avoir à l'égard de la DSP, en fonction des rôles qu'elle assumait et de la place qu'elle occupait dans les démarches d'AI, a été discutée (DSP). Une certaine tendance au « *contrôle* » serait déplorée par certains partenaires.

D'autres aspects des rôles, responsabilités et pouvoirs ont été abordés par des informateurs d'un seul groupe : l'importance des personnes mandatées pour représenter les organisations (DSP), l'aspect dynamique ou évolutif des pouvoirs dévolus aux organisations dans les AI (intrasectoriel), l'hyperconcertation invitant à une certaine rationalisation dans la pratique de l'AI (DSP), ainsi que les rôles spécifiques des CSSS rejoignant en partie ceux de la DSP (intrasectoriel).

On a noté, enfin, chez les informateurs de l'intersectoriel, une tendance à discuter des rôles joués par « l'Agence » plutôt que la DSP.

Points de vue de l'interne de la DSP

- En lien avec l'importance ou l'idéal souligné de **définir au départ les rôles et responsabilités de chacun des partenaires** prenant part à une AI, il a été mentionné que ce n'avait pas été le cas concernant le PLI, mais que cette définition était en voie d'être réalisée dans le cadre d'un plan d'action régional.

Par ailleurs, en ce qui concerne les domaines d'intervention de la protection, on a fait remarquer que les acteurs de la santé publique n'étaient pas nécessairement dans des situations où la répartition des rôles et responsabilités par rapport à ceux de certains partenaires avait été clairement établie au départ. En conséquence, ils avaient mal contrôlé leur réflexe d'« *en prendre large* » par motivation, en s'appuyant sur la « *crédibilité* » qu'on leur reconnaissait. Des informateurs ont aussi mentionné que les partenaires de la DSP dans ces domaines avaient tendance à montrer « *beaucoup d'attentes* » à l'égard de la santé publique, ce qui pouvait constituer une relative « *décharge de ses propres responsabilités ou de son propre rôle* ». On a constaté, toutefois, que les partenaires qui « *initiaient le processus* » de concertation s'acquittaient en général du rôle de le « *gérer* ». On a mentionné aussi la difficulté, dans certains cas, d'arriver à bien départager les rôles et responsabilités des partenaires au niveau régional quand ils ne l'étaient pas d'abord au niveau national. Le dossier des punaises de lit a été cité en exemple, à cet égard, compte tenu qu'un plan d'action était élaboré, mais sans que l'on sache clairement « *ça appartient à qui* ».

- À propos de la **répartition du pouvoir entre les partenaires participant à une AI** avec la DSP, elle a été associée à trois éléments particuliers. D'abord, ce pouvoir est apparu lié aux objectifs poursuivis par les différents partenaires, et en fonction desquels chacun espère « *y trouver son compte* » ou « *gagner quelque chose* », en « *poussant son bout* ». Le pouvoir, au sein d'une AI, d'une organisation y participant serait lié aussi aux qualités de la personne mandatée pour la représenter. En outre, pour avoir une certaine « *influence* » dans le

processus, cette personne devrait « y croire ». Également, des informateurs ont considéré que le fait de contribuer financièrement à une AI pouvait conférer un certain pouvoir à une organisation, mais que ce pouvoir demeurerait « partagé ». Par exemple, le rôle de bailleur de fonds joué notamment par la DSP dans certaines AI se traduisait par la présence de l'organisation aux conseils d'administration de certains chantiers (dont celui sur l'habitation) et représentait une « plus-value » par rapport à ses propres objectifs.

Par ailleurs, il a été mentionné que le pouvoir exercé par les différents partenaires d'une AI pouvait évoluer dans le temps et finir par atteindre un certain équilibre, même si l'organisme initiateur pouvait « tirer plus » au début de la démarche. Au moment où l'équilibre serait atteint, on assisterait à la co-animation des rencontres, à l'élaboration de plans de travail, etc. Le processus du PLI a été cité en exemple à ce sujet. D'après un informateur : « Même si ça a quelques années, ça prend du temps avant de vraiment voir qui fait quoi pis comment on se partage ce pouvoir-là. » Un peu dans le même sens, un autre affirmait que « la job de travailler en intersectoriel » consistait à « positionner les enjeux » et à faire en sorte que « chaque partenaire ait une importance égale ». En outre, toute AI comporterait au départ un enjeu de « partage de connaissances » ou d'informations propres aux milieux des différents partenaires.

- Quelques **rôles particuliers joués par les acteurs de la DSP au sein des démarches d'AI** ont été identifiés par les informateurs. Les trois les plus fréquemment mentionnés étaient ceux d'expert de contenu, de leader et de soutien. Le rôle d'expert de contenu a été associé, selon les cas, à une aide dans l'élaboration de plans susceptibles de conduire à « de bons résultats », à des compétences relatives à la recherche de « solutions à des problèmes assez précis », au traitement et à l'analyse de données, ainsi qu'à la réalisation de recherches. Le rôle de leader a été associé au fait que la santé publique dispose de ressources permettant de « partir » et de mener des processus d'AI et qu'on lui reconnaît aussi une « crédibilité » spéciale en la matière. Le rôle de soutien a été expliqué dans une optique de processus, comme une position adoptée en vue d'accompagner les partenaires vers une plus grande autonomie. Ce rôle serait aussi prescrit par une nouvelle « gouverne » en vigueur.

Deux autres rôles spécifiques à la DSP ont été relevés par plusieurs informateurs. Il s'agit de ceux d'initiateur de démarches et de diffuseur de données. Concernant le premier rôle, dit aussi de « leader de départ », la DSP l'aurait exercé notamment au cours des années par rapport à la TPDSL et au PLI, ainsi que dans « beaucoup de comités créés pour pouvoir discuter autour de problématiques ». Dans le cas de la TPDSL, on a expliqué que la DSP avait été proactive dans son développement dès l'époque des forums sur le développement social, soit avant que cette table devienne « autoportante ». Concernant le PLI, il a été précisé que le leadership de la DSP découlait du fait que « le directeur national de santé publique leadait au niveau national par rapport aux saines habitudes de vie » et qu'une

certaine articulation entre les deux paliers d'intervention « *se dessinait* ». Quant au rôle de « *diffuseur de données* », certains informateurs ont jugé qu'il s'agissait d'un « *petit rôle* ». Au contraire, d'autres l'ont assimilé à un rôle d'« *agent de changement* », considérant que les partenaires étaient invités à s'approprier les données qui leur étaient transmises.

D'autres rôles ont été attribués aux acteurs de la santé publique dans les processus d'AI, dont ceux de leur animation, de leur co-animation de leur financement. Également, il a été mentionné qu'ils pouvaient, dans certaines situations spécifiques, « *supporter, ramener, partager* », ou « *accompagner* », ou encore « *donner l'autonomie aux partenaires* ». En outre, il a été question du cas particulier des acteurs des domaines de Protection en santé publique, qui participaient rarement à des « *comités intersectoriels où on va parler sur quelque chose de commun* », mais qui devaient plus souvent jouer un rôle de « *recommandation* ». Ce rôle était associé à des situations d'urgence ou ponctuelles lors desquelles « *ils sont interpellés ou ils interpellent différents partenaires sur des sujets pointus* ».

Les informateurs ont également abordé la perception que les différents partenaires pouvaient avoir à l'égard de la santé publique en fonction des rôles assumés par l'organisation dans les démarches d'AI. Il a été mentionné que certains partenaires pouvaient percevoir et déplorer, de leur part, une certaine tendance au « *contrôle* », notamment dans leurs discours sur « *les meilleures pratiques* » et les attentes de reddition de comptes découlant d'ententes signées avec l'Agence. Par contre, des informateurs ont affirmé que les partenaires avaient parfois tendance à s'attendre à ce que les acteurs de la santé publique prennent une place importante dans ces démarches, en raison de leur expertise et des ressources dont ils disposent. Cette situation n'empêcherait pas qu'après un certain temps, les acteurs de la santé publique finissent par « *en prendre large* ». Un informateur commentait : « *Est-ce que c'est notre volonté profonde de prendre toute la place et de faire dire aux autres qu'on la prend? Non, c'est pas ça. Si ça arrive, c'est pas ce qu'on souhaitait.* » Un autre déplorait que, en lien avec la nouvelle « *gouverne* », certains partenaires, dont les CSSS, pouvaient avoir tendance à considérer que la santé publique « *prenait parfois trop de place* ». Il serait même arrivé qu'on annonce à des acteurs de santé publique, pendant une démarche au cours de laquelle ils jouaient un rôle d'accompagnateurs : « *On n'a plus besoin de vous.* »

Enfin, des informateurs ont observé, dans certains processus d'AI, une relative confusion entre les rôles de la DSP et ceux de l'Agence. D'une part, la DSP assumerait parfois un rôle de représentation officiellement dévolu à l'Agence. Ce serait le cas à propos de sa participation à la CAR, laquelle constituerait une « *vitrine importante* » où la DSP « *passait pas mal plus ses préoccupations que celles du réseau en général* ». D'autre part, on a déploré que, dans leur travail avec des partenaires, les acteurs de la DSP étaient de plus en plus associés à l'Agence dans son approche gestionnaire (ententes de gestion, reddition de comptes) par des

personnes constituant la « relève » de ces organisations. Un informateur a expliqué que ces nouvelles recrues n'auraient pas eu l'occasion de connaître la mission spécifique et surtout la « culture de partenariat » propre à la santé publique.

- Les informateurs ont aussi fait état de **l'importance**, en lien avec les rôles et responsabilités des différents partenaires, **des personnes mandatées pour représenter ces organisations**. À ce sujet, on a noté qu'il serait fréquent d'observer, à une même table, la présence de personnes occupant des niveaux hiérarchiques différents. Par exemple, à la CAR, en ce qui concerne les ministères présents, il pouvait arriver qu'une personne « de niveau hiérarchique inférieur » représente plusieurs régions. De même, il pouvait arriver que des participants à ces tables ne soient pas « décisionnels », ce qui les obligerait à rapporter l'information à un supérieur. Dans certains cas, on observerait « régulièrement » que « l'information ne se rendait jamais jusqu'au directeur de la boîte » et que, en conséquence, « on passait à côté de ce qu'on veut faire ».
- Dans les quatre groupes, les informateurs ont discuté également de **la répartition** et de **l'importance des ressources** engagées par les partenaires dans les démarches d'AI. Certains se sont intéressés à un type spécifique de ressources, alors que d'autres ont traité de la question plus globalement, plutôt en fonction d'un type particulier de partenaire.

À propos des ressources humaines, le manque de constance dans la présence aux rencontres d'AI des diverses personnes mandatées pour y participer a été considéré comme une lacune. Ce type de situation, en effet, pouvait nécessiter le recommencement de l'exercice de compréhension des rôles et de partage des responsabilités. Cette situation aurait été vécue, notamment, dans le cadre de l'approche *École en santé*.

En ce qui concerne les ressources investies spécifiquement par la DSP dans les processus d'AI, cette question a été abordée en fonction d'une perspective historique. Des changements en cette matière auraient été observés au cours des dix dernières années. Ainsi, au départ, on parlait surtout « de personnes ressources, de matériel et, bien sûr, de temps », puis l'organisation se serait davantage mise à apporter « un soutien financier dans les AI ». Ce type d'engagement se traduisait par des « ententes formelles » et « signées » ayant permis à la DSP « de se positionner à plusieurs endroits et d'influencer la démarche ». Par contre, on a considéré que la DSP n'avait pas pour autant « le leadership » des démarches financées, d'autant plus qu'elle n'était pas nécessairement « l'unique bailleur de fonds ». En ce sens, on pourrait parler de « pouvoir partagé ». Quant à la « perception de pouvoir » associée à la DSP, elle pourrait être créée chez certains partenaires par la reddition de compte et des orientations liées au financement. Celles-ci découleraient de l'obligation, pour eux, de « se réajuster », alors que ce ne serait « pas comme ça qu'ils travaillent » habituellement.

La situation des ressources investies par les organismes communautaires dans les AI a aussi été considérée comme un cas particulier. Ceux-ci connaîtraient à cet égard, au départ, une certaine « *inégalité des chances* », exprimée notamment par des organismes concernés par la lutte à la pauvreté. Ces derniers auraient « *moins de ressources que d'autres* ». Et, pour faciliter leur participation aux AI, il faudrait « *dégager une portion des sommes* » et la leur allouer.

- Des informateurs de la DSP ont aussi discuté du phénomène de **l'hyperconcertation** observé en fonction de différentes perspectives. D'un point de vue général, on a noté que plusieurs organisations avaient constaté « *une multiplication des instances de concertation* ». En outre, les différents ministères seraient rendus à « *descendre des demandes de concertation* ». Cette situation aurait amené certaines organisations, notamment dans la MRC de l'Assomption, à réaliser un « *mapping de toutes les concertations* », en vue de « *vraiment regarder plus globalement comment on pourrait faire les choses différemment* ». Il s'agissait d'identifier les éventuels « *points communs* » de ces différentes démarches et de « *se ramasser* » afin de pouvoir, par la suite, prendre des décisions à cet égard. Cette réflexion devrait aider, par exemple, à « *surtout éviter d'en partir d'autres* » en tenant compte de la possibilité de « *se servir de celles qui existent* » ainsi que de « *celle qui s'en vient* », soit *Avenir d'enfant*. D'après un informateur, une démarche en ce sens était en cours et elle regroupait « *plusieurs instances régionales* ». Il a été mentionné aussi que le grand nombre de « *démarches de concertation* » s'accompagnait du fait que ce sont « *toujours les mêmes personnes* » qui sont assises à ces différentes tables et qu'elles seraient « *trop sollicitées* ». Cette situation serait particulièrement difficile pour les organismes communautaires et pouvait justifier qu'on leur verse « *un supplément* » financier afin qu'ils puissent assumer les charges de cette participation à l'AI. Par ailleurs, une situation propre au domaine de la santé au travail a aussi été décrite. Ainsi, devant un constat d'essoufflement aux paliers national et régional, on avait réalisé un « *portrait de l'ensemble des comités et des tables de travail et tout ça* ». On avait ainsi répertorié « *une centaine de comités avec des partenaires, des fois entre nous* ». Par la suite, les acteurs se sont demandés s'ils allaient « *tous dans la même direction* » et si toutes ces instances étaient « *essentiels* ». On notait aussi que certaines d'entre elles « *traînaient pendant cinq ans* » et qu'il apparaissait d'autant plus pertinent de « *faire le point* » à ce sujet.

Points de vue de l'externe de la DSP

Parmi les informateurs de l'externe de la DSP, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel ont eu tendance, sauf exception, à aborder le thème des rôles, responsabilités et pouvoirs des partenaires en fonction de perspectives différentes.

- Les informateurs **de l'intrasectoriel** se sont intéressés **au partage des rôles et responsabilités** entre les partenaires d'une AI, et notamment **à la façon et au moment où se faisait ou devait être fait** ce partage. Ils ont discuté aussi plus particulièrement des rôles d'initiateur et de leader des démarches d'AI. Dans l'ensemble, les points de vue exprimés sur ces aspects étaient plutôt positifs ou optimistes. Autrement dit, aucune difficulté particulière n'a été soulevée.
 - ✓ D'après l'un d'eux, le partage des rôles et responsabilités se faisait « beaucoup en fonction des ressources » de chacun des partenaires, et serait facilité par « une bonne communication » entre eux. À titre d'exemple, la bonne connaissance mutuelle des garderies et du CSSS favoriserait « plus de rapidité dans l'offre de services », à l'avantage, par exemple, des familles bénéficiaires de l'aide sociale ayant droit à une « enveloppe budgétaire » réservée aux enfants handicapés. Pour sa part, un autre présumait que « les différents ministères et ministres en haut » devaient avoir une « vision globale de ça ». Il supposait ainsi que, lors du développement d'un programme, les rôles, les responsabilités, les ressources et les pouvoirs devaient y être décidés. Par la suite, quand ces programmes arriveraient « sur le terrain », les acteurs chargés de les appliquer pourraient « sentir, voir et comprendre où est la place de l'un par rapport à l'autre, en proportions financières ou en ressources humaines et tout ça ».
 - ✓ Il a été question également du rôle spécifique du CSSS dans l'AI. On a souligné que cette organisation avait « à la base un rôle de coordination de son RLS » et qu'elle devait, avec l'aide des organisateurs communautaires, « jouer un rôle d'animation dans le milieu de ces démarches-là », de « ces lieux-là », par rapport à ses partenaires. En ce qui concerne l'intrasectoriel, on a précisé que, si la DSP devait exercer dans les AI un rôle spécifique « de support » qui lui était dévolu, c'était aussi le cas pour le CSSS.
 - ✓ Quant aux rôles spécifiques d'initiateur et de leader des démarches d'AI, les informateurs ont laissé entendre que différents partenaires pouvaient les prendre en charge, selon les situations. De façon générale, ces rôles seraient occupés par les partenaires chez qui « le besoin aurait émergé ». En ce sens, on a expliqué que : « Celui qui mobilise les différents partenaires pour mettre en application un programme ou faire un état de situation et trouver des solutions par la suite a souvent, par la suite, le rôle de soutenir la concertation ». En outre, des personnes spécifiques pouvaient se voir attribuer ces rôles, notamment les organisateurs communautaires, considérés comme des « ressources essentielles ». De même, on trouverait « sur certaines parties du territoire », dans certaines communautés, et notamment dans « les petits villages avec certaines problématiques », des

personnes ayant tendance à prendre naturellement en charge ce type de rôles. Il s'agirait de « gens qui vont partir le bal, qui vont interpeller l'ensemble des partenaires » et également « guider un peu la marche à suivre ». Du point de vue d'un informateur, la responsabilité à ce niveau-là serait assez partagée, même si la responsabilité « théorique » relèverait du CSSS. À son avis, « dans l'actualisation », il y aurait « effectivement des gens des communautés qui ont un savoir, une ascendance nécessaire sur le milieu pour être capables de porter des priorités en lien avec la santé publique ».

- Différents **constats associés aux pouvoirs respectifs des partenaires** d'une AI ont été relevés par des informateurs **de l'intersectoriel**.
 - ✓ Il a été question d'un « pouvoir de connaissance » ou « pouvoir d'expertise » reconnu d'abord à la DSP. Toutefois, un informateur a jugé qu'un tel pouvoir pouvait aussi être exercé par un autre partenaire, « dépendant de sa connaissance du dossier » en cause. Dans une perspective plus globale, un autre a affirmé : « Il n'y a pas que l'agence ou la DSP qui maîtrise les pouvoirs ». Il y aurait, en fait, divers types de pouvoirs qui s'affronteraient dans les démarches d'AI, et ce, « élégamment et moins élégamment parfois ».
 - ✓ L'aspect dynamique de la répartition du pouvoir entre les partenaires d'une AI a aussi été soulevé. Ainsi, celui-ci pourrait évoluer et « changer de place ». Ce serait le cas, par exemple, si des organisations « arrivaient avec un projet ou une action » et que celui-ci ou celle-ci « s'en allait vers la clientèle visée ». Dans le même sens, un informateur a affirmé que le pouvoir pouvait aussi partir de la DSP et être d'abord associé à « sa connaissance » ou à son « expérience », puis « se déplacer vers le local », à la suite de collaborations sollicitées auprès « des CRÉ, des MRC, des municipalités ».
- **L'influence spécifique, sur les enjeux de pouvoir, des ressources** dont disposent respectivement les acteurs de la santé publique et leurs partenaires a été abordée par des informateurs de l'intrasectoriel et de l'intersectoriel. Dans les deux cas, la situation particulière des organismes communautaires a notamment été soulevée.
 - ✓ Ceux **de l'intrasectoriel** ont mentionné, en ce qui concerne les organismes communautaires, que « les moyens » dont ils disposaient pouvaient expliquer que certains d'entre eux soient « beaucoup plus discrets » dans les démarches d'AI, alors que d'autres y seraient « hyper-impliqués ». On ajoutait que les organismes communautaires étaient « un milieu tellement diversifié » qu'il serait « un peu difficile de le canter en une position » au sujet de « ce qu'il pense du secteur de la santé ».

Par ailleurs, il a été question de l'importance des ressources que possèdent le CSSS, notamment par rapport à celles des organismes communautaires. En comparaison, la somme des « ressources humaines, de l'expertise, de la masse et du financement » de l'établissement public représenterait « la manne » pour ses partenaires potentiels du milieu. Par contre, pour les acteurs du CSSS, cette perception se traduirait par « une pression », accompagnée du sentiment qu'ils « ne peuvent pas refuser une demande, eux », et ce, aussi bien « moralement » qu'en tant que « responsables du réseau local ».

- ✓ Dans le groupe **de l'intersectoriel**, on a affirmé qu'il y aurait « un fossé au niveau des ressources autant humaines que financières » entre les organismes communautaires, d'une part, et la DSP ainsi que « la philanthropie et les sociétés de gestion », d'autre part. Cette situation conférerait à ces derniers un certain « pouvoir de persuasion ». Plus encore, certains organismes communautaires pourraient être amenés à « mettre de côté leur mission pour réussir à aller chercher un financement » octroyé par les organisations détenant un pouvoir de cette nature, « parce que c'est une question de survie ». Un informateur était d'avis que « les acteurs autour d'une table » seraient bien conscients de l'existence de ce « pouvoir lié aux ressources financières », qui serait « bien démontré ». Il a été proposé, afin de l'atténuer, de « faire une mise en garde que le pouvoir financier ne devrait pas être prédominant là ». Par ailleurs, un informateur a aussi fait remarquer que « les moyens » dont disposait une organisation pouvaient lui donner un pouvoir « de dire non » ou de « prendre des distances » par rapport à une démarche d'AI, quitte à « embarquer » ou « débarquer » selon sa volonté. Par exemple, une école secondaire pourrait choisir de « ne pas embarquer » avec Québec en forme si elle jugeait qu'elle ne tirerait pas de ce processus « suffisamment de gains ». Toutefois, cette relative liberté pourrait être contrecarrée par une éventuelle « commande d'en haut ». Ainsi, aux limites de pouvoir d'une organisation liées à ses ressources pouvaient s'ajouter celles de la personne agissant pour cette organisation, et chargée de « faire passer le message » même si elle n'était « pas d'accord avec ces orientations-là ».

- **Les rôles et responsabilités exercés spécifiquement par les acteurs de la DSP** ont également été discutés par les informateurs de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel

- ✓ Ceux **de l'intrasectoriel** ont fait état de certains types de rôles assumés par les acteurs de la DSP, et également de quelques caractéristiques de ces rôles. Concernant les types de rôles, ceux-ci se situaient surtout dans le registre du soutien aux démarches d'AI. Par exemple, on a mentionné qu'il y avait avantage à avoir cette organisation « très près du terrain » pour bénéficier de son « support »,

notamment en matière de « *connaissance de la communauté* » et de « *logistique* » plutôt que dans l'« *action* » comme telle. Dans cette perspective, un informateur était d'avis que les acteurs de la santé publique pouvaient apporter à une AI une « *vision plus globale* », et qu'ils pouvaient « *mettre en lien des gens qui peuvent s'entraider et contribuer à réaliser des projets* ». Un autre considérait que « *l'appui* » de la DSP aux démarches d'AI pouvait consister à « *aider à la réflexion* ». Par ailleurs, le rôle de « *conseillère* » que pouvait jouer une nutritionniste, en tant que ressource de la santé publique, a été distingué du type de rôle que pouvait jouer « *la personne qui met en place le projet, qui est porteur* ». À cet égard, d'ailleurs, on a souligné que les rôles d'« *initiateur* » et de « *leader* » d'une démarche d'AI n'étaient pas d'emblée assumés par la santé publique.

Pour ce qui est des caractéristiques des rôles et responsabilités attribués à la DSP, ils étaient au nombre de deux. D'une part, la nécessité d'une certaine « *souplesse* » de ceux-ci a été soulevée. Un informateur expliquait que le rôle de la santé publique était « *appelé à changer dans le processus* ». Ainsi, parfois ses acteurs pouvaient « *partir la machine et mettre en place des choses* », avant de « *se retirer peu à peu quand ça commence à bien rouler* ». D'un point de vue un peu différent, un autre informateur considérait que le rôle de la santé publique dans les AI était plus ponctuel. Il pourrait s'exercer, par exemple, « *au démarrage* » ou à des « *moments charnières* » de la démarche, mais pas nécessairement sous la forme d'une intervention continue.

- ✓ Pour leur part, ceux **de l'intersectoriel** ont associé la DSP à des rôles et responsabilités dans les AI principalement associés à l'expertise reconnue à ses acteurs. À cet égard, les concepts de « *soutien* » et d'« *accompagnement* » ont été employés, mais en lien direct avec le « *rôle prédominant* » consistant à « *transmettre l'information à différents niveaux* » et à « *partager son expertise* ». Cette dernière permettrait à l'organisation de santé publique d'« *appuyer toute son AI sur une analyse et une documentation vraiment bien établies* » se situant « *en complément* » de l'AI elle-même, et pouvant « *donner beaucoup de crédibilité à la suite des choses* ». À titre d'exemple, on a mentionné une contribution de la DSP au comité opérationnel du PARSIS s'étant traduite par « *la création de guides de projets* ». Par ailleurs, en s'appuyant sur une enquête récente à laquelle la DSP avait participé au collégial, un informateur affirmait qu'une de ses forces était de « *favoriser l'émergence de partenariats* » sur la base de « *constats d'enquêtes, d'études, de recherches et d'analyses* ».

Le caractère « changeant » des rôles et responsabilités exercés par la DSP dans les AI a aussi été mentionné dans ce groupe d'informateurs. De leur point de vue, l'organisation pouvait être « *parfois leader, parfois encadreur, parfois dompteur, parfois facilitateur, médiateur* ». Dans tous les cas, on jugeait que le rôle exercé était « *toujours utile à la cause* », même si toutes les opinions émises et les attitudes adoptées n'étaient pas toujours partagées. On a souligné également que d'autres organisations que la DSP « *s'étaient pointées au fil des années* » afin de « *prendre le relais* » quant au rôle de leader dans les AI. On a cité à ce titre la TPDSL, le CRÉVALE et la CRÉ.

- On a noté, enfin, que des informateurs **de l'intersectoriel** ont eu tendance à discuter **de rôles joués dans les AI par l'Agence plutôt que la DSP**. Il est apparu difficile de distinguer clairement s'il s'agissait d'une confusion dans les appellations découlant d'une mauvaise connaissance de ces organisations apparentées, ou d'un choix délibéré d'assimiler l'une à l'autre.
 - ✓ Un informateur jugeait qu'en tant que partenaire intersectoriel, l'agence avait « *une réputation impeccable dans le milieu* », parce qu'elle n'était pas « *un organisme qui prête des services directement au niveau intervention* ». Précisant les distinctions de rôles perçues entre l'agence et les CLSC, il affirmait que la première avait « *le beau rôle* » de « *planifier* » les interventions réalisées au niveau du CLSC par « *les infirmières, les hygiénistes, tout ce personnel-là* ». L'informateur ajoutait que l'agence réalisait aussi « *des études démographiques, des concepts, des outils de prévention* », notamment en lien avec *École en santé*.
 - ✓ Un autre décrivait en quoi consistait, selon lui, le rôle de soutien à l'AIFSBE dévolu à la DSP, avant de tenir un discours moins clair mettant en cause la structure organisationnelle de l'agence. À son avis, la DSP était la mieux placée pour s'occuper de « *la théorie de l'AI* », de « *la pratique dans la région lanadoise, qu'est-ce qu'elle veut dire* » et de « *l'espèce de cartographie que ça veut dire* ». Il expliquait que, « *quand on comprend mal le tissage, on fait les mauvais choix* » et qu'on pourrait même alors « *se rallonger dans nos actions* », voire « *obtenir l'effet inverse de ce qu'on voudrait générer* ». De son point de vue, au-delà des grands principes de l'OMS, il serait utile « *concrètement parlant* » de « *décortiquer l'organigramme de l'agence* » dans ce sens-là. Il laissait entendre qu'on observerait, au sein-même de l'Agence désirant soutenir l'AI, une certaine « *misère à savoir comment on peut le faire à l'intérieur de la boîte* ». Il ajoutait qu'on « *avait besoin de la santé publique et de ce rôle-là de faire circuler l'information* » à ce sujet et « *d'y travailler* », parce qu'elle avait « *la compétence pour le faire* ».

2.2.2.2 Facteurs facilitants et limitants

En complément de l'état de situation détaillé de la mise en œuvre de la stratégie exposé dans la section précédente, l'étude s'est intéressée aux facteurs susceptibles de faciliter cette mise en œuvre ou d'y faire obstacle. La majeure partie des informations à ce sujet ont été obtenues en réponse à des questions portant directement sur cet aspect, dans le cadre de la discussion concernant le niveau de mise en œuvre de la stratégie. D'autres informations ont été puisées plutôt dans les parties de discussion abordant l'articulation entre les objectifs de la DSP et ceux de ses partenaires (voir 3.2.2.1.4), notamment en lien avec les éléments de convergence et de divergence, ainsi que l'articulation entre les rôles, responsabilités et pouvoirs.

L'analyse a consisté principalement à relever les nombreux éléments identifiés et à les regrouper en fonction de cinq catégories, soit celles des facteurs de types : contextuel ou politique, structurel ou organisationnel, fonctionnel, relationnel et en fonction des ressources. Il faut noter, toutefois, que ces cinq catégories demeurent très interreliées, à tel point qu'un même élément pouvait parfois être associé à plus d'une catégorie, en fonction de l'angle selon lequel il était abordé.

Dans l'ensemble, on constate que, pour chacune des catégories, les informateurs de la DSP et ceux de l'externe de l'organisation (surtout de l'intrasectoriel) ont rarement identifié les mêmes facteurs. Malgré cela, ces derniers n'apparaissent pas pour autant en contradiction. En général, ils s'avéraient plutôt complémentaires, en documentant les perspectives différentes de ces acteurs sur la pratique de l'AI en lien avec la DSP de Lanaudière. Par exemple, plusieurs des facteurs facilitants de nature politique-contextuelle et de nature structurelle-organisationnelle identifiés par les informateurs de la DSP dénotaient un regard plutôt formaliste ou rigoureux sur la stratégie. Autrement dit, les éléments proposés (volonté politique, politique gouvernementale associée à du soutien financier, leadership du directeur de santé publique) étaient de l'ordre d'un renforcement ou d'une meilleure application des mesures entourant la mise en œuvre de la stratégie. Par contre, les facteurs facilitants des deux mêmes catégories relevés dans les propos des informateurs de l'intrasectoriel (association des différents types de pouvoir, mise en garde concernant l'influence du pouvoir financier, marge de manœuvre nécessaire aux gestionnaires terrain, etc.) mettaient plutôt en évidence une approche plus conciliante et un besoin de souplesse afin de pouvoir adapter la mise en œuvre de la stratégie aux réalités du milieu d'intervention.

Les facteurs facilitants de type fonctionnel étaient les plus nombreux à avoir été mentionnés par les deux groupes d'informateurs. Ils correspondaient à des moyens relativement concrets ou pratiques. L'un d'eux se rapportait à des besoins propres aux acteurs de la DSP. Il s'agissait de la mise en place de formations sur la façon de faire de l'AI. Tous les autres facteurs de ce type concernaient plutôt l'ensemble des partenaires impliqués dans une même AI : libération des

participants par leurs employeurs; définition au départ des modes de fonctionnement, des rôles de chacun, d'un échéancier, d'un mandat précis; se doter d'objectifs communs, faire preuve d'ouverture, développer un langage commun, etc.

En ce qui concerne les facteurs facilitants de type relationnel, la plupart de ceux qui ont été relevés auprès des informateurs de la DSP faisaient référence aux personnes individuelles (les connaître et les apprivoiser, l'ouverture et l'écoute qu'il fallait leur manifester, la transmission de l'expertise sur l'AI aux nouveaux employés). Par contre, ceux qui ont été identifiés dans les propos des informateurs de l'intrasectoriel étaient plutôt axés sur les organisations ou une dimension plus collective (importance de la mobilisation des gens du milieu, pérennité des objectifs et projets portés ensemble, connaissance des réalités des différents réseaux découlant de l'habitude de travailler ensemble et de se parler).

Quant aux facteurs facilitants en lien avec les ressources, les informateurs de la DSP ont fait état de cinq types de ressources (humaines, financières, temps, énergie et information) en soulignant le fait qu'elles étaient interreliées. Ceux de l'intrasectoriel ont insisté plutôt sur les ressources humaines (cibler les personnes les plus appropriées et rôle-clé des organisateurs communautaires).

Pour ce qui est des facteurs susceptibles de faire obstacle à la mise en œuvre de la stratégie, on constate là encore que les informateurs de la DSP et ceux de l'intrasectoriel n'ont pas identifié les mêmes, sans que des contradictions majeures apparaissent. Par exemple, les facteurs politiques relevés pouvaient se rapporter à des enjeux de pouvoir généraux entre différents secteurs : sentiment ressenti par d'autres ministères d'une intrusion dans leurs platebandes (DSP), inégalités entre ministères par rapport aux commandes d'en haut (intersectoriel). Ils pouvaient aussi référer à des marges de manœuvre limitées : absence de leviers politiques pour appliquer le PAR dans les régions (DSP), perception que ce qui vient d'en haut est plutôt freinant (intrasectoriel). Également, l'importance du leadership des personnes dirigeantes a été soulevé, avec l'observation d'un manque d'impulsion dans le sens de l'AI de la part des directions de la DSP et de l'ASSSL (DSP).

Concernant les facteurs limitants de type structurel ou organisationnel, ceux qui ont été identifiés dans les propos des informateurs de la DSP ne semblaient pas faire tellement référence à des expériences propres à cette organisation : travail en parallèle des organisations entraînant des écueils, difficulté de changer les paradigmes afin de permettre l'AI notamment avec d'autres ministères, et affirmation que les CSSS ne seraient pas intéressés à travailler en intersectoriel parce qu'ils n'auraient pas développé cette expertise. Les informateurs de l'intrasectoriel, au contraire, faisaient surtout état d'obstacles rencontrés à leur niveau local, et constituant des contraintes sur lesquelles ils semblaient avoir un pouvoir limité : activités de groupe moins valorisées en fonction de la reddition de comptes, barrières administratives limitant aux organisateurs communautaires

le travail avec la communauté et empêchant l'innovation, problématiques urgentes priorisées au niveau intraétablissement au détriment des pratiques apparentées à l'AI.

Parmi les facteurs limitants de nature fonctionnelle, on peut considérer que les informateurs de la DSP et ceux de l'intrasectoriel se rejoignent en mentionnant respectivement un manque d'outils pour aider les gens à se doter d'objectifs communs et un manque de moyens concrets concernant la stratégie dans le PAR et le PAL. Ils ont fait état aussi : de lacunes dans le partage d'informations, d'absence de formation en matière d'AI, et du fait que les partenaires arrivent chacun avec son objectif précis (DSP); et également du fait que certaines organisations ne soient pas ciblées dans les plans d'action régionaux, et que tous les participants aux AI ne soient pas décisionnels.

L'analyse n'a pas mis en évidence de facteurs limitants d'ordre relationnel dans les propos des informateurs de la DSP. Ceux des informateurs de l'intersectoriel, par contre, en contenaient quelques-uns qui se rapportaient encore, comme les facteurs facilitants de ce type, plutôt à des organisations qu'à des personnes : relations plus difficiles avec les organisations ne disposant pas de cadres imposés par leurs ministères, différences culturelles entre partenaires, non-productivité des démarches où les participants poursuivent uniquement leurs propres objectifs.

Quant aux facteurs limitants liés aux ressources, les informateurs de la DSP en ont mentionné certains qui étaient surtout de nature financière et qui concernaient l'organisation elle-même : coupures budgétaires dans le réseau affectant les frais de déplacement, financement souvent réservé à des domaines d'intervention spécifiques comme les saines habitudes de vie, plans d'action non financés imposés par le national, présence du partenariat public-privé limitant l'accès à du financement, ressources limitées en protection conduisant à prioriser ce qui est obligatoire dans le quotidien. Pour leur part, les informateurs de l'intrasectoriel ont signalé notamment des limites en matière de ressources humaines et de connaissances : insuffisance de ressources humaines au CSSS pour répondre aux attentes créées dans la communauté l'égard de l'animation du réseau local qui représente un ajout à ses mandats, niveaux de connaissances inégales des partenaires en matière de connaissances, par exemple sur les bonnes pratiques.

Par ailleurs, les informateurs ont aussi proposé de nombreux moyens ou conditions qui pourraient permettre de concilier les éventuels objectifs divergents des différents partenaires prenant part ensemble à une AI. Lors de l'analyse, ces moyens ou conditions ont été assimilés à des facteurs facilitant la mise en œuvre de la stratégie. Ils couvraient aussi les cinq types de facteurs distingués.

Plusieurs étaient de type fonctionnel. Dans l'ensemble, ceux exprimés par des informateurs de la DSP et de l'intrasectoriel apparaissaient assez similaires. Par exemple, il a été question, d'une part, d'entente au départ sur un but commun qui unit, telle l'amélioration de la santé et du bien-être; ainsi que de concilier des objectifs différents en recourant à une même stratégie (DSP). D'autre

part, étaient mentionnés le caractère rassembleur de l'objectif s'il est appuyé sur une vision commune, de même que l'importance de trouver le moyen de rejoindre tous les objectifs des partenaires afin de les atteindre (intersectoriel). Également, les informateurs de la DSP ont signalé que les partenaires devraient acquérir un langage commun et se parler pour identifier les objectifs et les limites des cadres de travail de chacun; et ceux de l'intrasectoriel ont souligné l'importance d'une lecture commune et d'un consensus sur quelque chose.

On retrouve également des similitudes dans les facteurs relationnels dégagés des propos de deux groupes d'informateurs. Cette fois, ce sont ceux de la DSP et ceux de l'intersectoriel qui étaient d'avis qu'une meilleure connaissance mutuelle des partenaires pouvait aider à concilier leurs objectifs divergents. Ceux de la DSP y ajoutaient : l'apprivoisement mutuel, l'écoute et de la flexibilité afin de pouvoir contourner le choc des cultures. Pour leur part, ceux de l'intersectoriel mentionnaient également la reconnaissance des expertises de chacun et le respect mutuel. Quant aux informateurs de l'intrasectoriel, ils ont soulevé d'autres éléments : le fait de travailler avec du monde qui pense comme nous, ainsi que l'aspect enrichissant de l'intégration de gens plus contestataires.

Quelques éléments d'ordre structurel ou organisationnel ont aussi été relevés. Pour les informateurs de la DSP, ils se situaient dans une perspective horizontale (le fait que la planification des autres ministères comporterait de plus en plus l'objectif de se concerter, la suggestion que la DSP et le MDDEP fassent une mise en commun de leurs priorités et de leurs visions). Par contre, le facteur structurel identifié par un informateur de l'intrasectoriel se rapportait plutôt à une perspective verticale : l'importance de bien arrimer les perspectives des différents niveaux d'instances en s'assurant que les échanges se fassent du bas vers le haut aussi bien que le contraire.

Enfin, un seul facteur de type politique a été associé aux informateurs de l'intrasectoriel : la reconnaissance particulière nécessaire aux organismes communautaires en raison de leur approche alternative dans l'action visant à produire des résultats différents. De même, un seul facteur en lien avec les ressources a été ajouté par un informateur de la DSP : l'importance de pouvoir compter sur des personnes ressources intermédiaires.

Points de vue de l'interne de la DSP

- De nombreux **facteurs susceptibles de faciliter la mise en œuvre** de la stratégie ou de l'AI ont été relevés à travers les propos des informateurs. Selon les cas, ils se rapportaient à une ou l'autre des cinq catégories retenues.
 - ✓ Parmi les quelques facteurs **de nature contextuelle ou politique**, on retrouve l'importance d'une « *volonté politique* » pouvant se traduire par « *des politiques gouvernementales, idéalement associées à un soutien financier* », par exemple une

« politique de santé et bien-être ». Également, il a été question de l'influence que devait exercer le directeur régional de santé publique afin de stimuler le recours à cette stratégie, ainsi que d'un leadership qui devait être clairement assumé envers « les autres directions des autres secteurs », afin que toutes « s'entendent sur cette stratégie-là ». Il s'agissait que les « décideurs » conviennent ensemble d'une façon de travailler. Dans une perspective historique, il a été mentionné que « la mise en place d'un processus, d'un mécanisme permettant de travailler de façon intersectorielle » découlant d'un Plan d'action gouvernemental avait été facilitée par un « changement dans la gouverne du côté régional ».

- ✓ Les facteurs favorisants identifiés **de type structurel-organisationnel** étaient les suivants : des ententes préalables entre ministères au niveau national créant une « obligation » pour les instances régionales, l'existence entre ces instances de pratiques de travail « de plus en plus à l'horizontale » ou d'une « culture » ou d'« orientations » par rapport à l'AI transmises aux régions par le palier national, ainsi que la « correspondance entre les plans » des différents ministères, ainsi que l'existence de lieux d'échange (par exemple le PLI et le PARSIS).

De plus, en lien avec le thème de l'articulation entre les rôles, responsabilités et pouvoirs des différents partenaires, il a été question de l'hyperconcertation, notamment dans le domaine de la santé au travail où on avait répertorié un grand nombre de comités impliquant des partenaires. À cet égard, devant le constat de la « lourdeur » d'une telle « machine difficile à faire avancer pis à faire virer », une piste de solution était avancée. On jugeait qu'il y aurait « de la gouvernance à mettre à ces niveaux-là », de manière à « donner un coup de barre ». Il fallait donc « prendre la décision de couper tel ou tel comité ».

- ✓ Le plus grand nombre des facteurs facilitants identifiés dans ce groupe étaient de **nature fonctionnelle**. Parmi eux, on note : la possibilité pour les gestionnaires et les professionnels d'apprendre « comment faire » de l'AI en commençant par « s'asseoir et écouter ce que le monde dit », la formation en cette matière qu'on peut offrir aux acteurs, leur « disponibilité » ou leur « libération » par leurs employeurs afin qu'ils puissent participer aux démarches d'AI, le fait que les partenaires concernés aient « une vision commune », qu'ils se donnent « un objectif commun », qu'ils développent « des actions communes » à partir d'un « plan d'action concerté », qu'ils définissent « les modes de fonctionnement, les rôles de chacun, un échancier ». Il a été mentionné également qu'au début d'une démarche apparentée à de l'AI, il faudrait définir si les participants sont bien « des partenaires » et s'ils sont « en concertation » ou « en collaboration ». Enfin, un informateur déclarait qu'un nouvel acteur dans le domaine de la santé publique aurait intérêt à « commencer à développer des collaborations dans un

même secteur », c'est-à-dire celui de la santé, avant de « viser éventuellement l'intersectorialité ».

Quelques conditions favorables à la mise en œuvre de la stratégie ont été formulées en rapport avec le partage des rôles, responsabilités et pouvoirs de chacun des partenaires prenant part à une AI. L'une d'entre elles se présentait comme un facteur facilitant de type fonctionnel. Ainsi, des informateurs ont souligné l'importance ou l'idéal de définir au départ les rôles et responsabilités, et ce, même si cet exercice pouvait « prendre du temps » et aussi « changer au fil du temps ». En effet, les dynamiques pouvaient varier et il pouvait être possible pour les partenaires de « rentrer dans la spirale de l'AI à différents niveaux ».

- ✓ Trois des facteurs soulevés étaient **de type relationnel**. D'abord, afin de créer entre les uns et les autres « un lien de confiance », il serait nécessaire d'apprendre à connaître et « apprivoiser » les personnes représentant les organisations partenaires, dont « leurs façons de travailler et leurs priorités » et « leurs valeurs et leurs objectifs ». Ensuite, il a été signalé que les acteurs de santé publique devaient manifester « une ouverture » se traduisant par une écoute envers leurs partenaires. En troisième lieu, on a mentionné la transmission possible, à des employés plus récemment embauchés à la DSP, de l'expertise acquise au gré des AI réalisées par d'autres employés ayant accumulé plus d'ancienneté dans l'organisation.

En lien avec les rôles et responsabilités des différents partenaires, trois autres facteurs de type relationnel ont été identifiés. Ils se rapportaient à l'importance des personnes mandatées pour représenter ces organisations. D'abord, il a été question du niveau de croyance en la démarche de chacun de ces individus, qui pouvait « influencer la façon dont il débat le sujet dans son organisation ensuite » et avoir des effets pouvant être « positifs ou négatifs ». Un autre élément mentionné était le possible « remplacement des personnes en cours de route », qui était susceptible de « faire déraiser le projet d'une table de concertation ». Également, on a souligné la nécessité d'être vigilant afin de s'assurer que la personne « ne se représente pas elle-même comme individu », mais qu'elle agisse bien en tant que représentante de son organisation.

- ✓ Enfin quelques facteurs identifiés étaient **en lien avec les ressources**, soit humaines, financières ou de temps; et ces différents types de ressources apparaissaient interreliées. Ainsi, un informateur a affirmé que les ressources humaines nécessaires (un ou plusieurs individus, selon les cas) représentaient aussi « de la finance ». Dans le même sens, un participant expliquait que « la mobilisation de partenaires sur un sujet donné » était un exercice qui « demande beaucoup de temps et s'inscrit sur plusieurs

années ». Il faisait remarquer que ce temps requis était aussi associé à la notion d'une somme d'« énergie à investir ». Une suggestion a aussi été exprimée, celle que la DSP engage « plus d'agents de planif » dans les domaines de la protection.

Par ailleurs, en lien avec le partage des rôles, responsabilités et pouvoirs, les informateurs ont discuté également de la répartition et de l'importance des ressources engagées par les partenaires dans les démarches d'AI. À propos des ressources humaines, la présence effective aux rencontres d'AI des diverses personnes mandatées pour y participer a été jugée importante. Selon un informateur : « Tu peux pas travailler tout seul, tu sais, la santé peut pas travailler toute seule de son bord. » De plus, l'efficacité d'une concertation dépendrait de la présence à ces rencontres, pendant « un bout de temps », des personnes mandatées pour y participer. Ainsi, quand surviendrait un changement de personne, il faudrait « recommencer cet exercice-là, la compréhension des rôles, le partage des responsabilités ». D'un autre point de vue, « l'information » a été considérée comme un type de ressources déterminant quant au pouvoir exercé par les partenaires dans les démarches d'AI. Ainsi, ce serait surtout « ceux qui ont le plus d'informations à donner, à apporter à la table », qui prendraient « le plus de place ». Il serait donc possible qu'« un petit organisme communautaire qui connaît bien un milieu puisse avoir plus de poids qu'une autre organisation qui le connaît plus ou moins ». De plus, la façon de disposer de l'information serait aussi importante dans une démarche d'AI. Ainsi, il ne faudrait pas qu'un des partenaires disposant de beaucoup d'informations « procède de façon autoritaire ». Il faudrait donc porter attention à la « qualité du processus » pris en charge par « l'ensemble ». Enfin, d'un point de vue plus général, étant donné que les organismes communautaires disposent de « moins de ressources que d'autres » pour prendre part à des AI, il a été proposé de « dégager une portion des sommes » prévues pour ces démarches afin de les leur allouer.

- Concernant les éventuels **points de convergence entre les objectifs de la DSP et ceux de ses partenaires**, aucun élément de ce type n'a été identifié par les informateurs de la DSP. Ils ont plutôt relevé des **moyens ou conditions permettant de concilier les objectifs divergents** ou d'atteindre une certaine convergence de ceux-ci. Ces éléments correspondaient aussi à quatre types de facteurs facilitants.
 - ✓ Plusieurs se présentaient comme des facteurs facilitants **de nature fonctionnelle**. Par exemple, plusieurs ont constaté que, dans les démarches d'AI avec les partenaires, on arrivait généralement à s'entendre au départ sur « la finalité ou le but commun », lequel consisterait souvent à « améliorer la santé ou le bien-être » (facteur fonctionnel). Ou encore, les partenaires réunis dans un comité de suivi d'une recherche arriveraient à s'entendre grâce au recours à la négociation « sur quelque chose, un but commun ».

Il s'agirait ainsi de « travailler sur ce qui unit plutôt que ce qui divise ». En sens inverse, les partenaires d'une AI pourraient aussi arriver à « concilier des objectifs différents » en recourant à « une même stratégie » (par exemple, la DSP et le MAPAQ dans la campagne Fruits et légumes en vedette) (facteur fonctionnel). L'acquisition d'un « langage commun » a été mentionnée comme une façon de permettre aux partenaires de « converger vers des choses communes ». Dans le même sens, il a été mentionné que les partenaires devaient « se parler », de manière à « cibler et nommer tous leurs objectifs » et afin de « faire des liens et illustrer les cultures différentes entre ministères ».

- ✓ Quelques-uns ressemblaient à des facteurs facilitants **de type relationnel**. Une meilleure connaissance mutuelle des partenaires, c'est-à-dire de « ce qu'ils font, ce qu'ils sont, leur planification stratégique, leurs objectifs », pourrait aussi les amener à « converger vers des choses communes », grâce à un certain « apprivoisement » réciproque. Également, il a été question de « prendre le temps d'écouter la version de l'autre, ses préoccupations », étant donné que « l'écoute mène à une meilleure connaissance des limites et des cadres de travail des partenaires », même si tous tendent à adopter l'objectif général d'« améliorer la santé ». La « flexibilité » a aussi été présentée comme un « mot clé » susceptible d'aider à contourner un certain « choc des cultures » entre partenaires. Il s'agirait surtout de « respecter les façons de faire des partenaires et essayer de trouver un point de rencontre pour éviter de briser les liens et de choquer les gens ».
- ✓ Un autre des moyens permettant de contourner les objectifs divergents prenait la forme d'un facteur facilitant **lié aux ressources**. Ainsi, on a signalé l'importance de pouvoir compter sur des « personnes ressources intermédiaires » pouvant se charger du « travail d'arrimage de la promotion de la santé avec les priorités des milieux » (par exemple, le chef d'équipe en saines habitudes de vie de la DSP et les conseillers pédagogiques en milieu scolaire).
- ✓ Des moyens ou conditions visant à contourner des divergences associées surtout à des partenaires particuliers ont été relevés. Ils constituaient des facteurs facilitants de type **structurel ou organisationnel**. On proposait, par exemple, de « choisir de préférence des partenaires qui ont plus d'espaces libres » dans le cadre de leur travail (notamment, le MELS et les municipalités). Par ailleurs, on a fait remarquer que les autres ministères « avaient plus qu'avant dans leur planification l'objectif de se concerter ». En conséquence, les acteurs de ces milieux seraient « contents quand la santé publique les approche pour de l'AI ». Pour ce qui est du MDDEP, on a jugé pertinent de « mettre en commun les priorités et les visions de chacun » et de « le faire correctement une fois », de façon à ne pas « être obligés de le refaire après ». De l'avis

d'un informateur, la situation devrait en conséquence « évoluer probablement », à la condition d'« être persévérants ». Par contre, une attitude différente des acteurs de santé publique à l'égard de certains de leurs partenaires a été jugée nécessaire dans les cas où la DSP devait assumer un mandat « de contrôle et d'intervention », souvent prescrit par la Loi de santé publique. Dans un tel contexte, ils devraient « expliquer, écouter les arguments des partenaires », mais cela ne pouvait « rien changer dans la façon d'appliquer l'intervention pour éviter la propagation ».

- Des participants ont également fait état de différents **facteurs pouvant faire obstacle à la mise en œuvre** de la stratégie. Ils ont été analysés en fonction des mêmes cinq catégories que les facteurs facilitants. On peut noter qu'aucun élément de type relationnel n'a été relevé.
 - ✓ Plusieurs étaient **de nature contextuelle ou politique**, dont le fait que les régions ne possédaient pas nécessairement « les leviers politiques qui permettraient d'appliquer le PAR tel que prévu ». Également, il a été mentionné que les changements de directeurs à la DSP et dans des organisations partenaires avaient une influence sur les pratiques d'AI devenues « plus difficiles ». Dans la même foulée, des critiques ont porté sur la façon dont le directeur de santé publique devrait assumer son « leadership » en la matière. On considérait qu'il devrait « contaminer positivement là-dedans pour que, justement, ça se propage », et qu'il devrait « guider, pousser vers un objectif commun ». En outre, il devrait développer lui-même « une complicité » avec ses partenaires. Un informateur précisait qu'à son avis « plus haut que nous, même pas juste en santé publique », donc au niveau de l'Agence, on ne sentirait pas non plus une impulsion dans le sens de l'AI. Un autre facteur contextuel identifié concernait la réorganisation dans le réseau Lanaudois de la santé, initiée autour de 2003 et caractérisée notamment par « une mobilité de ressources importante au sud et au nord ». Selon un informateur, cette situation aurait contribué à ce que l'AI ne constitue pas « une priorité pour beaucoup de nos partenaires ». Dans ce contexte, d'ailleurs, le PAR de 2009-2012 serait arrivé à un moment où les organisations du réseau ne « prenaient même pas un rythme de croisière » à la suite de ces changements structurels. Par ailleurs, on a signalé une réticence de certains partenaires, notamment des ministères, à travailler en AI dans certains dossiers. Ceux-ci auraient « depuis vingt ans développé eux aussi des expertises » et ne verraient pas toujours « d'un bon œil » l'arrivée d'un professionnel de la santé publique « dans leurs platebandes ».
 - ✓ D'autres facteurs limitants identifiés étaient **de type organisationnel ou structurel**. Des informateurs mentionnaient que le travail en parallèle de partenaires potentiels sur les mêmes dossiers pourrait amener ces derniers à « rencontrer des écueils à plus ou moins long terme ». Cela pourrait aussi conduire à des situations selon lesquelles « ce qu'un

autre partenaire fait va à l'encontre ou a un effet qui va annuler ce que l'on va faire », ce qui ne serait « pas efficace ». Un participant a fait remarquer aussi que la possibilité de faire de l'AI pouvait nécessiter de « changer les paradigmes ou changer les façons de faire », ce qui n'était « pas toujours évident, entre autres avec les ministères avec lesquels on travaille ». Également, le travail en collaboration avec « le local » a été jugé nécessaire mais pas facile à réaliser. Selon un participant, les CSSS n'étaient « pas intéressés » parce qu'ils n'avaient « pas développé cette expertise-là » de l'AI.

- ✓ Quelques-uns des facteurs limitants soulevés par les informateurs étaient de **type fonctionnel**. Ont été mentionnés : de possibles lacunes dans « le partage d'information », un « manque d'outils » susceptibles d'aider les intervenants à « amener les gens à se doter d'objectifs communs », ainsi que l'absence de « formation » en matière d'AI. Un autre facteur limitant de type fonctionnel a été formulé en tant que point de divergence entre les objectifs de la DSP et ceux de ses partenaires (3.2.2.1.4). Il s'agit justement du fait que, dès le départ, chacun des partenaires s'engage dans une démarche d'AI avec « son objectif précis ».
- ✓ Plusieurs des éléments mentionnés comme étant susceptibles de limiter la mise en œuvre de la stratégie concernaient **les ressources**, et la plupart d'entre elles étaient de nature financière. Il a été question, notamment, des coupures budgétaires au niveau des frais de déplacement qui pouvaient affecter la participation à des démarches d'AI et qui ne devraient pas affecter celle du directeur de santé publique; du fait que les sommes d'argent susceptibles de soutenir ce type de démarches arrivaient « souvent taguées », c'est-à-dire réservées à des dossiers précis (dont les saines habitudes de vie); du fait que le palier national faisait « descendre beaucoup de plans d'action non financés » obligeant les instances régionales à « tricoter beaucoup pour faire les choses »; ainsi que de la présence du partenariat public-privé faisant en sorte que « l'argent ne passe plus nécessairement dans notre réseau ». Par ailleurs, des informateurs ont aussi expliqué que les ressources limitées (personnel et temps) en Protection conduisaient à prioriser dans le quotidien « ce qui est obligatoire », de telle sorte qu'il pouvait arriver que « l'intersectoriel prenne le bord un petit peu ».

Points de vue de l'externe de la DSP

Parmi les informateurs de l'externe de la DSP, on peut noter que seuls ceux **de l'intrasectoriel** se sont prononcés directement sur les facteurs favorisant et limitant la mise en œuvre de la stratégie, et également sur les points de divergence et de convergence entre les objectifs des partenaires. Toutefois, des informateurs de l'intersectoriel ont pu fournir à l'occasion, dans leurs réponses à d'autres questions, des éléments d'information s'apparentant à des facteurs facilitants ou limitants.

- Plusieurs **facteurs susceptibles de faciliter la mise en œuvre** de la stratégie ont été mis en évidence dans le discours des informateurs. Ceux-ci ont été regroupés en fonction des cinq catégories précédemment employées. Il pouvait donc s'agir de facteurs : contextuel ou politique, structurel ou organisationnel, fonctionnel, relationnel et en fonction des ressources.
 - ✓ Deux facteurs de **type politique** ont été relevés par des informateurs **de l'intersectoriel**, en lien avec **l'articulation entre les rôles, responsabilités et pouvoirs des partenaires** prenant part à une AI. Il a été proposé d'« associer » les pouvoirs suivants : « *le pouvoir culturel des organisations, les intérêts de ces organisations-là, qu'elles appartiennent, au fond, à des ministères ou à des organisations locales ou régionales* ». Il a aussi été suggéré, afin d'atténuer le « *pouvoir lié aux ressources financières* » qui serait « *bien démontré* », de « *faire une mise en garde* » décrétant que « *le pouvoir financier ne devrait pas être prédominant là* ».
 - ✓ Quelques facteurs étaient **de nature structurelle ou organisationnelle**. Ils faisaient référence, d'une façon ou d'une autre, à une souplesse et à une adaptation possibles et utiles par rapport à des cadres ou ententes formalisés entre organisations et malgré l'existence d'une « *organisation de services déjà prescrite* ». Par exemple, un élément facilitant mentionné était la connaissance acquise de « *nos particularités locales* » et le fait que les uns et les autres « *se reconnaissent comme acteurs dans les communautés* ». Un autre exemple est celui des ententes conclues entre cadres et gestionnaires afin que le CSSS et un partenaire, tel le ministère de l'Éducation, puissent travailler ensemble en vue de s'aider mutuellement à atteindre les cibles de leurs plans de développement et plans stratégiques. Il a été question notamment de gestion, « *dans le quotidien* », du nombre de places en garderie en fonction des familles bénéficiaires d'aide sociale ainsi que des enfants présentant des besoins particuliers et des handicaps. Un informateur a aussi fait état de la « *marge de manœuvre* » que pouvaient se permettre d'exploiter des gestionnaires « *plus terrain* » dans leur façon de mettre en application avec leur équipe les grandes orientations ministérielles et ententes signées au niveau des directions et des gestionnaires, ainsi que la reddition de compte qu'elles comportaient. L'informateur soulignait que cette façon de faire était valorisée dans le CSSS. Un autre informateur, qui associait le concept d'intersectorialité à une forme de travail clinique réunissant plusieurs intervenants autour d'un même client, a considéré que les protocoles d'entente pouvaient faciliter ce type d'intervention, bien que souvent leur existence était connue surtout des gestionnaires.

En lien avec les points de convergence entre les objectifs de la DSP et ceux de ses partenaires (3.2.1.4), un informateur de l'intrasectoriel a produit une réponse se rapprochant davantage d'un facteur facilitant de type structurel. D'après lui, quand on arriverait à « *parler d'une problématique commune et à faire le partage de*

connaissances », ça aiderait à « diminuer les préjugés entre ministères et entre organisations ». Un bémol a été exprimé, selon lequel on « tendrait vers une convergence », mais « certains facteurs comme les intérêts et la visibilité » pourraient plutôt conduire à de relatives divergences.

Par ailleurs, un autre facteur de type structurel a été identifié en lien avec le partage des rôles et responsabilités entre les paliers d'intervention (3.2.2.1.3). Il s'agit de la nécessité d'une « ouverture en haut », c'est-à-dire dans tous les ministères, à l'intersectorialité. Ceux-ci devraient d'abord « y croire » avant qu'il soit possible d'y adhérer « sur le terrain ». Selon un informateur, chacun doit considérer, en partant, qu'il a « en partie raison dans son spécifique, dans son ministère », mais que l'autre aussi a « en partie raison dans son spécifique ».

- ✓ Le plus grand nombre d'éléments facilitants identifiés par les informateurs de ce groupe, comme par ceux de la DSP, étaient de **type fonctionnel**. Certains étaient présentés comme des conditions préalables, nécessaires pour entreprendre une AI. Il s'agissait principalement que les partenaires se soient « concertés avant » afin de « se donner des objectifs communs », qu'ils portent une attention particulière à la composition du comité (les bonnes personnes à la bonne place : intervenants terrain ou gestionnaires décisionnels), que la démarche soit basée sur un « mandat précis » et sur une durée d'existence préétablie. Dans le cours de l'action, les partenaires devraient « trouver des zones communes » afin d'essayer de répondre à leurs propres « cahiers de charge ». D'autres éléments étaient plutôt présentés comme des atouts susceptibles d'aider à la réalisation des AI : l'ouverture pouvant permettre à chaque secteur de trouver en partie réponse à ses attentes spécifiques, le fait d'avoir accès à plusieurs visions d'une même problématique, la souplesse et l'adaptation possibles ainsi que la capacité d'innovation en fonction des besoins locaux, la possibilité d'« essayer de nouvelles affaires et de se tromper », de même que l'efficacité associée au fait que les projets ne reposent pas sur les épaules d'une seule personne.

Par ailleurs, en lien avec l'articulation entre les rôles, responsabilités et pouvoirs des partenaires, un informateur a affirmé que le partage des rôles et responsabilités serait facilité par « une bonne communication » entre eux. Il a été mentionné également que dans toute AI, il devait y avoir un organisme qui « call la shot », par exemple, par l'intermédiaire d'un organisateur communautaire ou d'un gestionnaire, ou en formant « un petit comité de coordination ». Il fallait également identifier des personnes qui allaient « soutenir la concertation vers l'AI ».

- ✓ Les informateurs ont aussi identifié quelques facteurs **de type relationnel**. Parmi ceux-ci, on trouve l'importance de la mobilisation des gens du milieu qui serait proportionnelle

aux résultats qui seront obtenus; le fait de porter ensemble l'objectif et le projet qui aurait comme effet d'assurer une pérennité même si un partenaire se retire; l'habitude créée de travailler ensemble et de se parler de ses réalités différentes facilitant la réponse aux attentes des différents réseaux (ex. en Éducation des plans d'action en prévention du suicide et de l'intimidation); ainsi que le réflexe naturel propre à certains individus de penser en fonction du milieu.

- ✓ Quant aux quelques facteurs favorisant la mise en œuvre de la stratégie qui étaient **liés aux ressources**, ils portaient essentiellement sur les ressources humaines. Des informateurs ont expliqué qu'il valait mieux, au début d'une démarche d'AI, s'assurer de bien cibler les bons participants, et qu'il n'était pas toujours nécessaire d'être « *vingt autour de la table* ». Par ailleurs, les organisateurs communautaires ont été identifiés comme des acteurs importants du CSSS, jouant un rôle de « *fenêtre sur les besoins de la communauté* » auprès des gestionnaires et des intervenants.
- L'analyse des propos des informateurs de l'externe de la DSP (intrasectoriel et intersectoriel, cette fois) a permis également de relever plusieurs **moyens ou conditions permettant de contourner ou limiter les divergences**, ou encore de **faciliter la convergence entre les différents objectifs**. Pour ceux de l'intersectoriel, d'ailleurs, c'est uniquement sous cet angle qu'ils ont abordé le thème des points de convergence et de divergence entre les objectifs de la DSP et ceux de ses partenaires. Ces moyens ou conditions se présentaient aussi comme des facteurs facilitants de différents types.
 - ✓ D'abord, ceux de l'intrasectoriel ont mentionné plusieurs facteurs généraux **de type fonctionnel** : le caractère potentiellement « *rassembleur* » de l'objectif en bout de ligne quand il est appuyé sur une « *vision vraiment large* »; l'importance de « *faire une lecture commune pis une espèce de consensus sur quelque chose* », afin de « *mettre la table pour aller plus loin* »; la nécessité de « *trouver le moyen de rejoindre ensemble* » les objectifs de chacun afin de tous les atteindre; les « *facteurs de convergence* » que représenterait le fait de « *mettre le citoyen, le besoin ou la réalité au centre* ». D'autres facteurs de type fonctionnels apparaissaient plus spécifiques. Ainsi, les informateurs ont souligné l'importance de s'appuyer sur des « *faits objectifs* », de « *s'asseoir sur des données ou se rencontrer sur les besoins du client* », c'est-à-dire sur « *c'est quoi la demande* »; de « *partager la connaissance de chacun pour travailler en intersectorialité* », chacun « *arrivant avec ce qu'il a à offrir* »; la nécessité de « *partager* » et de « *verbaliser* » les différentes lectures de la situation ou les « *lunettes* » sur cette situation, afin d'en « *choisir une qui fait consensus, qui peut être un mélange ou tout simplement une qui ressort plus que les autres, sur laquelle on va tabler* »; la nécessité de « *clarifier pourquoi les gens sont autour de la table* », afin qu'ils puissent « *partager un minimum d'objectifs communs avec les autres malgré les intérêts* ».

organisationnels »; l'importance de « s'entendre sur le niveau d'implication » des partenaires, afin que « les attentes soient réalistes » et que l'on « favorise l'AI ». Il a été mentionné également que, parfois, le recours à des incitatifs financiers pouvait favoriser la participation de certains partenaires intrasectoriels (par exemple, un forfait offert aux médecins, afin qu'ils consentent à faire de la prévention en matière de tabagisme).

- ✓ Dans les propos de ce groupe, deux autres moyens ou conditions visant à faciliter la convergence entre les différents objectifs se présentaient comme des facteurs facilitants **de type relationnel**. Il s'agit de l'aspect facilitant de « travailler avec du monde qui pense comme nous »; et de l'intérêt d'avoir aussi autour de la table des gens plus « contestataires » susceptibles de « nous enrichir même si c'est un défi ».
- ✓ Enfin, une dernière condition favorable s'apparentait à un facteur facilitant **de type structurel ou organisationnel**. Ainsi, dans une optique de partenariat davantage intrasectoriel, on a souligné l'importance de bien arrimer les perspectives des différents niveaux d'instances. Il faudrait, ainsi, « bien comprendre ce que veut dire en haut », mais également, en fonction d'un « effet d'ascenseur », prendre en compte ce que les intervenants « voient sur le terrain ».
- ✓ Les informateurs **de l'intersectoriel** ont aussi fait état de moyens ou de conditions pouvant favoriser la convergence entre les différents objectifs. La plupart ressemblaient à des facteurs facilitants **d'ordre relationnel**. Une première condition, considérée comme une « condition de base », était la connaissance mutuelle des partenaires. À titre d'exemple, un informateur énumérait quelques éléments démontrant en quoi un ministère « à vocation économique » pouvait « gagner à être connu » par la DSP. Bien connaître ce que ce ministère « faisait dans la vie » pouvait aider la DSP à mieux comprendre « ce qu'il pouvait faire pour elle », notamment dans un cadre d'AI en lien avec la santé où la DSP était « porteur ». En plus de la connaissance mutuelle des partenaires, il faudrait que les uns et les autres soient « reconnus », notamment dans leurs « expertises » et leurs « façons de faire ». Un informateur affirmait d'ailleurs que « travailler avec l'expertise des organisations pour faire mieux » constituait une « recette gagnante ». Dans le même sens, le respect mutuel entre les partenaires a été mentionné comme une autre condition de base nécessaire au développement d'une complicité entre les partenaires, puis de la convergence souhaitée de leur action.
- ✓ Dans le prolongement d'un des facteurs d'ordre relationnel, un facteur plutôt **de type politique** a été relevé. Ainsi, la reconnaissance nécessaire des partenaires viserait particulièrement le milieu communautaire, parce qu'il se voudrait « alternatif dans ses

actions » et qu'il viserait, à partir de ses « *manières de faire différentes* », à « *produire des résultats différents* » comparé au réseau public de la santé.

- En contrepartie des facteurs pouvant faciliter la mise en œuvre de la stratégie, plusieurs **facteurs susceptibles**, au contraire, **de la limiter**, ont été relevés dans les propos des informateurs (la plupart de l'intrasectoriel, sauf mention contraire).
 - ✓ Quelques facteurs étaient de nature **politique ou contextuelle**. À ce titre, il a été question d'une certaine inégalité entre partenaires concernant les « *commandes d'en haut* » qui leur sont adressées. Cette situation était considérée comme un frein dans le contexte où les CSSS avaient le mandat de « *s'arrimer avec d'autres* », et qu'ils devaient donc « *vendre cette idée* » à certains partenaires potentiels, et ainsi sentir l'obligation d'« *assumer un leadership parfois laborieux* ». D'un point de vue plus général, un informateur était d'avis que « *ce qui vient d'en haut, c'est plutôt freinant que stimulant* ». À titre d'illustration, il ajoutait que parfois, un ministre pouvait annoncer quelque chose dont les intervenants sur le terrain n'avaient jamais entendu parler (par exemple, au sujet de l'intervention auprès des familles en difficulté ou de la prévention des infections).
 - ✓ Un seul informateur **de l'intersectoriel** a relevé un point de divergence particulier entre deux types d'organismes, que l'on peut assimiler à un obstacle à la mise en œuvre de **type politique**. Il s'agit du mandat de l'État qui ne devrait pas, à son avis, « *débarquer sur* » les organismes communautaires.
 - ✓ Plusieurs facteurs **de type organisationnel ou structurel** ont aussi été mis en évidence. L'un d'eux concernait l'intrasectoriel et même l'intraétablissement. Il s'agissait de l'absence d'« *intersectorialité* » et d'« *arrimage* » entre les départements du réseau ou de l'hôpital où l'on prioriserait « *ce qui saigne* », c'est-à-dire les urgences. Il a été mentionné aussi que les différents réseaux (SSS, scolaire, municipal) n'avaient pas les mêmes obligations et que cela pouvait faire des difficultés. Dans le même sens, on a souligné le fait que les différents partenaires n'avaient pas nécessairement « *les mêmes priorités* » et qu'ils avaient chacun « *leurs propres livrables* » qu'ils pouvaient « *perdre de vue* » s'ils s'investissaient beaucoup sur ceux des autres. Il a été question aussi de la moins grande valorisation accordée aux activités de groupe par rapport aux activités individuelles, dans le contexte où les attentes de résultats statistiques (reddition de comptes, etc.) ciblent des individus. D'après un informateur, cette situation constituait une « *grosse contrainte* » et une « *grosse problématique* », étant donné que « *travailler en groupe permettrait beaucoup de travailler en intersectoriel* ». Cette contrainte aurait aussi une influence sur la collaboration entre les organismes communautaires, dont le budget est associé à la reddition de comptes. Une certaine compétition entre

eux pourrait en résulter. Des informateurs ont aussi fait état de l'existence de « *barrières administratives* » qui viendraient contredire le discours encourageant « *tout le monde* » à « *travailler avec la communauté* ». Dans les faits, ce serait surtout les organisateurs communautaires qu'on verrait dans la communauté. D'un autre point de vue, les contraintes administratives pourraient empêcher l'innovation. Il serait même « *antinomique* » d'encourager l'AI et d'en souhaiter les bénéfices tout en exigeant que tout soit « *très cadré, campé, pis qu'on sache d'avance ce que ça va donner, le paquet de besoins auxquels ça va répondre* ». Selon un informateur, « *l'intersectoriel pis le mur à mur, ça va pas ensemble* ».

- ✓ Également, plusieurs des facteurs limitants relevés étaient **de type fonctionnel**. Parmi ceux-ci, on a déploré le manque de moyens concrets identifiés dans le PAR et le PAL, en vue d'aider à mettre en œuvre la stratégie. Ont été pointés également : le fait que certaines organisations n'aient pas été ciblées dans les plans d'action régionaux; le fait que les participants désignés ne soient pas toujours « *décisionnels* », certains ne pouvant pas jouer un véritable rôle et devant se contenter d'être « *observateurs* »; les contraintes de la reddition de comptes favorisant le travail « *en silo* » et auprès des individus plutôt que des groupes; ainsi que les mandats des concertations qui ne sont pas toujours clairs. Dans une perspective plus globale, il a été mentionné que « *la valeur* » de l'AI était intégrée, mais que des lacunes apparaissaient dans son application.
- ✓ D'autres facteurs limitants relevés dans les propos des informateurs étaient **de type relationnel**. Ils se rapportaient surtout, en fait, à des relations entre partenaires découlant davantage de caractéristiques des organisations que des personnes. À ce titre, il a été question des relations entre partenaires qui seraient plus difficiles avec ceux n'ayant pas de « *cadres qui descendent du ministère* », ainsi que des « *différences culturelles* » entre partenaires potentiels susceptibles d'être un frein et d'« *alimenter les méfiances* ». Selon un informateur, aussi : « *L'intersectorialité donne pas ce que c'est supposé donner quand les différentes personnes autour de la table tirent chacune sur son bord de couverture pis qu'elles vont pas vers le même objectif.* » Par ailleurs, en lien avec l'articulation entre les objectifs des différents partenaires, plusieurs informateurs ont aussi fait état du respect mutuel entre ces derniers, qui serait une condition de base nécessaire au développement d'une complicité entre eux, puis de la convergence souhaitée de leur action.
- ✓ Parmi les facteurs limitants **liés aux ressources** qui ont été soulevés, certains se rapportaient aux ressources humaines. Du point de vue d'un informateur, celles-ci pouvaient constituer une limite importante à la mise en œuvre de la stratégie par les acteurs du CSSS. Selon lui, l'établissement était invité à développer une ouverture

croissante envers le réseau local qu'il devait animer, mais cela faisait surgir des besoins et des demandes de la part des communautés qui se structuraient. Pour le CSSS, il ne serait pas possible d'y répondre à même ses ressources humaines, du fait que ce serait « toujours en ajout » et compte tenu de ses propres « livrables ». Dans le même sens, la rareté des ressources humaines a été vue comme une limite. À titre d'exemple, la présence d'une seule nutritionniste et d'une seule kinésiologue pour desservir toute la région dans le domaine des saines habitudes de vie a été déplorée. D'un point de vue plus général, un participant a mis en garde contre le piège d'« instrumentaliser la communauté » à propos des ressources, c'est-à-dire de la considérer comme une source de ressources afin de « pallier les manques du CSSS ». À son avis, l'AI consistait plutôt à « travailler tout le monde ensemble » dans un but commun et le CSSS avait comme défi de « se considérer au même titre que les autres partenaires ». Enfin, on peut ranger aussi dans la catégorie des ressources les acquis de type savoirs et connaissances des différents partenaires, ces derniers ne se situant pas tous « au même niveau » à ce chapitre. Par exemple, en raison d'acquis inégaux en termes de « bonnes pratiques », certains acteurs auraient l'impression d'« attendre après d'autres pour se mettre dans l'action » et pour que « les projets débloquent ». Ils auraient ainsi l'impression d'être confrontés à des « pertes de temps ».

2.2.3 Les retombées de la stratégie

Tous les groupes d'informateurs ont discuté des retombées de la mise en œuvre de la stratégie, et ce, sous deux angles : celui des effets attendus et celui des effets obtenus. De façon simplifiée, les questions suivantes ont été adressées aux informateurs de l'intersectoriel : « Qu'est-ce que c'est supposé donner? » et « Qu'est-ce que ça donne effectivement? »

Dans l'ensemble, l'analyse montre une continuité dans les propos des informateurs sur les résultats attendus et obtenus. Cela ne signifie pas qu'ils ont démontré l'atteinte des objectifs qu'ils ont identifiés (ultime et intermédiaires), mais plutôt qu'ils ont fait état des efforts déployés en ce sens et des conditions nécessaires à l'atteinte, mais aussi à la mesure des résultats.

Les discussions ont porté principalement sur les caractéristiques de la stratégie la prédisposant davantage à produire des résultats de type qualitatif ou concernant le processus, sur la pertinence et la possibilité de développer des indicateurs quantitatifs de type suivi de gestion et des évaluations de résultats de cette nature, ainsi que sur les conditions permettant de générer les résultats attendus et de les mesurer et celles constituant des contraintes à cet égard.

2.2.3.1 Objectifs de résultats ou effets attendus

Les propos des informateurs de la DSP et des organisations externes, concernant les effets attendus de la stratégie, ont attiré l'attention sur des éléments parfois similaires et parfois

différents selon les groupes. L'analyse a aussi mis en évidence des points de vue parfois similaires et parfois divergents sur certains aspects de ces effets attendus.

Dans l'ensemble, les différents groupes attribuaient à la stratégie un objectif ultime ou lointain d'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Ils lui reconnaissaient aussi un objectif « intermédiaire », plus proche de l'action, d'aider à l'atteinte des objectifs du PAR, ainsi qu'une possible contribution à la mobilisation des communautés. Par ailleurs, des informateurs de la DSP ont considéré aussi que la stratégie pouvait viser à sensibiliser les partenaires intersectoriels aux effets de leurs activités sur la santé de la population. Pour leur part, des informateurs de l'intersectoriel étaient d'avis que la stratégie pouvait contribuer à l'atteinte des objectifs des partenaires, en plus de ceux de la santé publique.

Une bonne partie des échanges a porté sur les caractéristiques de la stratégie qui se reflétaient sur les objectifs qu'elle visait. Par exemple, son « flou » et son manque de clarté, notamment en ce qui concerne les résultats attendus et surtout quantifiables, ont été souvent mentionnés. Certains informateurs pour signifier l'adéquation de cette situation, en lien avec les valeurs fondamentales et « naturelles » que représente l'AI pour la santé publique (DSP) ou en lien avec la souplesse nécessaire pour stimuler la « créativité locale » (intrasectoriel); d'autres pour déplorer cette situation de « flou » dans un contexte de gestion où la reconnaissance est axée sur l'efficacité (DSP, intrasectoriel). En outre, les informateurs de l'intrasectoriel ont émis des points de vue partagés sur la possibilité de mesurer l'atteinte des résultats, en lien avec l'existence, la possibilité ou l'intérêt d'élaborer pour cela des indicateurs quantitatifs.

On note, enfin, que des informateurs de la DSP ont identifié quelques moyens leur apparaissant susceptibles de contribuer à l'atteinte de résultats associés à la stratégie (lignes directrices, guide, etc.).

Points de vue de l'interne de la DSP

- **De façon générale**, la question des effets ou résultats attendus de la stratégie a suscité des discussions et des réflexions dans tous les groupes d'informateurs de la DSP. Ils étaient en lien avec les caractéristiques de cette stratégie transversale du PAR à laquelle aucun objectif de résultats précis, quantitatifs et mesurables, n'était formellement associé. À cet égard, deux positions se distinguaient. Certains tendaient à considérer que cette situation était plutôt adaptée à la stratégie, alors que d'autres la déploraient. Par ailleurs, des participants ont donné leurs points de vue à propos de trois grands objectifs qui pourraient être poursuivis par la stratégie. Un objectif « ultime » a aussi été identifié : celui de contribuer à améliorer la santé et le bien-être de la population. Également, quelques moyens susceptibles de contribuer à l'atteinte d'objectifs associés à la stratégie ont été proposés.

- Des informateurs ont laissé entendre que ***l'absence dans le PAR d'objectifs de résultats précis associés à la stratégie*** leur apparaissait acceptable, voire adéquate. De leur point de vue, l'inscription de la stratégie dans ce plan d'action de la DSP servait à signifier l'importance du travail intersectoriel pour la santé publique qui y accordait une « certaine priorité », ou à « légitimer » ce type d'action et « faciliter, rendre normal, normaliser les possibilités de travailler dans ce sens-là ». Ainsi, l'inscription de la stratégie dans le PAR contribuerait à « créer les conditions » de sa mise en pratique. Les effets attendus implicites pourraient se limiter à « établir des liens avec l'intersectoriel » ou « affermir ou développer au besoin » des liens existant déjà, ou encore réaliser « des actions davantage en amont, ou plus concertées, qui touchent la réalité du milieu ». Un informateur a, quant à lui, affirmé qu'à son avis, le recours à la stratégie était tellement naturel en santé publique que son inclusion dans le PAR n'était pas nécessaire. Dans le même ordre d'idée, des informateurs ont considéré qu'il fallait seulement « tendre vers ça plutôt que de vouloir mesurer cette stratégie-là », surtout que ce serait « difficile de le faire ». Une position plus critique a aussi été émise à ce sujet. On déplorait la tendance du réseau de la santé à vouloir tout quantifier, ou à vouloir évaluer tout le travail accompli en termes d'« output » ou « résultats de production ». Traiter ainsi la stratégie représenterait, pour les acteurs de santé publique, le danger de « sortir de leurs valeurs » ou de « ce qu'ils font fondamentalement ». Le fait d'associer des objectifs de résultats quantifiables à la stratégie entraînerait le risque qu'elle ne soit plus « quelque chose qu'on fait naturellement », mais quelque chose pour lequel il faut « se forcer pour le faire ». De plus, ce serait généralement lourd pour les acteurs de santé publique de devoir se plier à la « grande mécanique gouvernementale » exigeant « des effets, des résultats attendus » et « un impact en bout de ligne »; et qui devraient aussi subir une incitation constante à améliorer « l'efficacité » des interventions. Selon un informateur, ce type d'objectif serait approprié « dans les endroits où il y a beaucoup d'effectifs, des gestionnaires qui gèrent », et non « à l'intersectoriel où l'on travaille avec des organismes qui sont déjà déficients de ressources, que ce soit financières ou humaines ».

Par contre, d'autres ont déploré le « flou » de la stratégie qui conduirait les acteurs de santé publique à accorder moins d'énergie à la stratégie et plus à des tâches assorties d'objectifs de résultats précis, considérées comme des « obligations » plutôt que de simples « souhaits » ou « intentions ». En outre, les CSSS ne seraient pas incités à adopter cette stratégie en raison de l'imprécision des attentes et de son absence dans les PAL. De ce point de vue, aussi, des informateurs ont souhaité que soient identifiés dans le prochain PAR des « indicateurs précis » qui permettraient de contribuer à l'atteinte de résultats quantifiables associés à la stratégie et permettant du même coup de la valoriser.

- Un des objectifs ayant été attribués à la stratégie dans les groupes de discussion était celui de ***faciliter l'atteinte des objectifs du PAR*** et ceux du PNSP. Il s'appuyait sur le fait que les acteurs de la santé publique n'auraient pas « les outils, les moyens » nécessaires pour atteindre les

objectifs de santé. Ces derniers n'avaient donc « pas le choix » de recourir à la stratégie. Celle-ci, d'ailleurs, représenterait « une des conditions gagnantes pour atteindre leurs objectifs ».

- Selon plusieurs informateurs, la stratégie aurait pour objectif **de sensibiliser les partenaires intersectoriels aux effets de leurs activités sur la santé de la population**. À cet égard, une référence directe a été établie avec le *Rapport du directeur de santé publique* publié en 2007. Le « message central » ou le « point culminant » de ce document serait de « faire ensemble », afin justement de « sensibiliser les autres acteurs de d'autres secteurs sur les déterminants de la santé, à l'importance de travailler ensemble, pis à l'amélioration de la santé ». Tous ces acteurs devraient « créer de la synergie, être capables de travailler en cohérence ». Des informateurs ont affirmé qu'ils « ne faisaient que ça », sensibiliser les partenaires intersectoriels aux effets de leurs activités sur la santé de la population, qu'ils s'efforçaient de « sensibiliser encore plus ceux qui le sont déjà », par exemple, des travailleurs en entreprise, des services de garde, des CSSS. Pour des informateurs du Service de surveillance, recherche et évaluation, la sensibilisation des partenaires a été interprétée comme étant associée à leur rôle spécifique consistant à les « éclairer » sur « le lien qu'ils peuvent avoir sur l'état de santé », liens qu'ils ne « verraient pas nécessairement de façon spontanée ».
- Concernant la possible **contribution de la stratégie à la mobilisation des communautés**, deux éléments ont été rapportés. Il a été mentionné que la participation de la santé publique au *Comité de promotion des transports actifs et collectifs* de la MRC de Joliette pourrait amener les partenaires à « aller plus loin dans cette initiative de la communauté ». Par ailleurs, un autre informateur a affirmé que la stratégie était déjà « très forte actuellement dans la région », où on trouverait « des structures intéressantes d'AI et de concertation », tels la Table des partenaires et le PLI, sans compter « la structure qui est en train de se négocier ».
- Compte tenu de l'imprécision quant aux résultats attendus de la mise en œuvre de la stratégie, quelques **moyens susceptibles de contribuer à l'atteinte de résultats**, ou du moins à accroître l'importance accordée à la stratégie ou à faciliter sa mise en œuvre, ont été identifiés. Il a été suggéré de la placer au début du PAR, ainsi que de concevoir et diffuser de véritables « lignes directrices » ou « guides » de mise en œuvre, en vue de compléter les quelques « énoncés » et « grandes lignes » contenus dans le plan d'action de 2009-2012.

Points de vue de l'externe de la DSP

- **D'un point de vue général**, les deux groupes d'informateurs de l'externe de la DSP n'ont pas considéré exactement de la même façon les effets attendus de la mise en œuvre de la stratégie. Parmi ceux de l'intrasectoriel, la stratégie a été considérée comme un outil

favorisant la réponse aux besoins de la population en ce qui concerne la santé et les saines habitudes de vie, en passant par la réussite d'objectifs, de projets ou de programmes précis. Dans l'ensemble, ceux de l'intersectoriel ont plutôt discuté des résultats attendus en fonction d'une perspective combinant l'amélioration de la santé de la population et des objectifs de nature économique.

- ✓ Il a été souligné, parmi ceux de **l'intrasectoriel**, que l'AI était un outil, une stratégie, mais pas une fin en soi. Elle devait aider à répondre aux besoins de la population en termes de santé et bien-être. Et ce, selon un informateur : « *Parce qu'on estime que c'est la stratégie la plus puissante pour atteindre nos objectifs et les partenaires autour de la table estiment que c'est la stratégie la plus puissante pour atteindre leurs objectifs. Il faut un objectif supérieur au seul fait de s'asseoir ensemble et que l'intersectorialité permette d'y répondre* ». Le fait d'« être en intersectorialité » serait supposé conduire à une augmentation de la réussite de l'objectif ou du projet ou du programme. Ainsi, travailler ensemble devrait multiplier les résultats de telle sorte que « *1 + 1 = 3* ». Également, le partage d'expertises pourrait donner « *une plus-value sur d'autres dimensions d'intervention et sur d'autres projets* ». Un informateur ajoutait qu'« être en intersectorialité » devait amener « *une synergie* » et « *un arrimage entre différentes ressources ou instances* » afin de « *favoriser les interventions concertées en santé publique* ». En outre, le fait que « *tout le monde intervient dans le même sens* » devrait donner « *une certaine motivation* ». Selon un autre point de vue, l'AI devrait aussi favoriser l'engagement et le partage de la responsabilité populationnelle par les différents secteurs, en tenant compte du « *principe simple* » que « *plus la santé publique joue un rôle proactif, ça peut avoir un effet désengageant* » sur ses partenaires. Enfin, l'objectif « ultime » concernant « *le bien-être de la population* » a aussi été mentionné, considérant que « *toutes les actions posées visent à avoir une meilleure communauté en santé avec toutes les saines habitudes de vie* ».
- ✓ Pour les participants au groupe de discussion de **l'intersectoriel**, les résultats attendus ont d'abord et surtout été formulés dans une perspective combinant l'amélioration de la santé de la population et des améliorations de nature économique. Par exemple, il a été mentionné que la stratégie visait une « *cohérence* » quant au « *développement de la santé sur les territoires* » en lien avec « *l'utilisation des fonds* » à cet effet, de manière à accroître la « *performance du modèle* » existant. Dans le même sens, un autre informateur affirmait que l'AI visait d'abord à « *faire percoler dans plusieurs milieux un message de promotion et de prévention* », et ce, avec « *peut-être le grand objectif, en bout bout bout de piste là, que ça coûte moins cher en santé* ». Quelqu'un résumait : « *Je pense que l'objectif premier, c'est qu'au bout du compte, les gens soient plus en santé et que ça coûte moins cher au système de santé là.* » Un autre renchérisait : « *La synergie des partenaires, l'objectif, c'est que l'état de santé général*

de la population s'améliore avec une optimisation des coûts ». Un point de vue différent émis n'intégrait pas la dimension économique, en considérant que l'objectif de la stratégie était « d'avoir un bon maillage, un réseautage pour arriver aux objectifs que tout le monde soit plus en santé, pis que les acteurs qui sont dans l'AI mettent un peu la main à la pâte ».

- Seuls des informateurs **de l'intrasectoriel** ont discuté de la possibilité que les effets attendus de la mise en œuvre de la stratégie soient **en lien avec les objectifs du PAR**.
 - ✓ En fait, les propos tenus à cet égard étaient plutôt critiques. Par exemple, un informateur a supposé qu'il y avait dans le PAR des objectifs de santé publique, tout en affirmant ne pas les connaître. Il précisait que ce document était « tellement lourd » qu'il était « un peu tablette », et ce, en dépit de son accessibilité par ordinateur et du fait que le CSSS l'ait utilisé lors de la rédaction de son dernier PAL. Un autre participant soulignait l'importance de s'assurer que le budget et les objectifs « collent aux besoins de la population », ce qui correspondait un peu au « rôle que doit jouer le CSSS avec la responsabilité populationnelle ». Il considérait lui aussi le PAR comme un « document tablette », précisant qu'on y trouvait « de tout pour tout le monde et beaucoup ». À son avis, vu la rareté des ressources, il fallait se donner « des objectifs réalistes », ce qui distinguerait notamment le PAL du PAR. Ainsi, « même si on a la foi, on ne peut pas tout réaliser ». Des « objectifs réalistes et clairs » devaient être « en lien avec les besoins de la population » et permettre d'« avancer sur certains déterminants de la santé ».
- D'après des informateurs **de l'intersectoriel**, la stratégie pouvait être utilisée aussi en vue de **contribuer à l'atteinte des objectifs des partenaires**, en plus de ceux de la santé publique.
 - ✓ Tous ceux qui se sont prononcés à ce sujet étaient d'avis qu'effectivement, l'AI « soutenue » ou « dirigée » par la DSP pouvait contribuer à l'atteinte des objectifs propres à leur organisation. Le soutien en question pouvait prendre la forme d'analyses et de « ventilation par municipalités et MRC » de données statistiques pouvant « permettre à l'organisation d'atteindre des résultats pis d'être soutenu dans sa mission et dans ses actions ». Un informateur a affirmé que : « Ces données-là ont été déclencheurs de mobilisations multisectorielles ». Ainsi, « l'expertise » de la DSP permettait à ses partenaires « d'aller plus loin que la perception », par exemple concernant la connaissance de la défavorisation dans certains milieux. Cette « capacité d'analyse par rapport aux statistiques » et de « faire des croisements » permettait aux partenaires de la DSP « d'être plus précis » et les aidait à « orienter leurs actions ». Selon un informateur, les acteurs de santé publique « influençaient les résultats » de son organisation parce qu'ils avaient « une capacité de lecture très rapide des territoires » et des ressources permettant « d'expliquer des situations et des

pistes pour pouvoir défricher vers telle, telle direction ». Ainsi, la DSP pouvait aider ce partenaire à « *définir mieux à la fois ses objectifs et ses orientations* ».

- Du point de vue d'informateurs **de l'intersectoriel**, un autre effet attendu de la stratégie pourrait être une **contribution à la mobilisation des communautés**.
 - ✓ Il s'agissait, selon l'un d'eux, d'un « *objectif lointain, plus ultime* » et plus associé à une approche « *d'accompagnement* » que « *de contrôle* » des communautés, en vue d'une « *plus grande prise en charge* » de ces dernières. D'après un autre, les AI devaient tenir compte de « *où sont rendus* » les partenaires dont ceux du communautaire. Parfois ces derniers pouvaient se sentir « *brusqués* » par des démarches de développement des communautés découlant de cibles définies au niveau national. Un participant était d'avis que Lanaudière se distinguait des autres régions à l'égard de la mobilisation des communautés. Il expliquait qu'on y avait eu recours à des « *animations citoyennes* » et des « *programmes exigeant une certaine mobilisation des communautés* », comme Québec en forme et Avenir d'enfant. Toutefois, il resterait « *de l'éducation à faire* » et les partenaires auraient « *besoin d'être soutenus* » en cette matière.
- Enfin, des informateurs **de l'intrasectoriel** ont discuté de **la possibilité de mesurer l'atteinte des résultats**, en lien avec l'existence, la possibilité ou l'intérêt d'élaborer **des indicateurs quantitatifs** à cette fin. À cet égard, les points de vue étaient partagés.
 - ✓ En ce qui concerne d'abord l'existence de résultats attendus mesurables associés à la prescription de la stratégie dans le PAR, des informateurs supposaient qu'il devait y en avoir, même s'ils étaient incapables de les identifier. Par exemple, concernant la mesure d'effets en lien avec les déterminants de la santé, un participant affirmait : « *Ça se peut pas qu'il n'y en ait pas de cibles et de responsabilités de la part des différents partenaires.* » Certains se demandaient ce qui pouvait ou devait être mesuré, par exemple : l'efficacité de la stratégie, le comité, les tables de concertation, les liens entre les organismes, et éventuellement des effets mesurables sur la santé de la population. D'autres affirmaient que mesurer ces différents effets constituaient « *un défi en soi* ». Il fallait se demander en premier lieu ce qu'on voulait atteindre et mesurer : l'augmentation des partenariats et de l'intersectorialité ou des objectifs en termes de déterminants de la santé? Les deux apparaissaient pertinents étant donné qu'il pourrait y avoir « *beaucoup de tables et de concertations et peu d'impacts sur les déterminants de la santé* », comme il pourrait « *y en avoir peu avec des impacts majeurs* ». A été mentionnée aussi la possibilité de développer des indicateurs en lien avec l'invitation, la présence ou la participation à des démarches d'AI des secteurs concernés par « *la réalité* » en cause. Une unité de mesure imaginée porterait sur le

réflexe ou la préoccupation d'impliquer tout le monde. Il ne s'agirait pas de comptabiliser le nombre d'organismes participant, mais plutôt de faire un portrait du réseau, même si celui-ci change au fil des années.

Puis, parmi les avis favorables au recours à des indicateurs en vue de mesurer les résultats atteints grâce à la mise en œuvre de la stratégie, les raisons invoquées portaient sur la reconnaissance nécessaire de l'importance du partenariat et du développement d'actions de groupe par rapport à celles visant des individus, soit un « *volume d'utilisateurs* ». D'un certain point de vue, le PAR était un « *document tablette* » en raison de l'absence de reddition de comptes ou d'ententes de gestion y étant rattachées. Cette situation serait « *incohérente* » et expliquerait que les services de santé publique seraient « *plus facilement coupés* » ou qu'on observerait en ce domaine une plus grande « *rareté de ressources* ». Selon un participant, on pouvait être créatif dans la création d'indicateurs, comme l'avaient démontré le CSSS qui « *travaillait fort avec l'agence dans ce sens-là depuis des années* ».

Par contre, il a été mentionné aussi que le recours à des indicateurs pouvait amener les professionnels à « *se sentir poussés à répondre à ces indicateurs de réussite plutôt qu'aux véritables besoins* ». Cela pouvait « *contrer la créativité locale* ». Par exemple, l'imposition de « *cadres très rigides* » dans le communautaire ou dans l'approche auprès de la population pouvait constituer un frein. Il faudrait que les organisations publiques, tels les CSSS et l'agence, puissent manifester de la souplesse dans l'application de programmes très, très précis. À titre d'exemple, l'Abitibi était citée comme une organisation où on savait se montrer « *un peu délinquants pour répondre aux véritables besoins, à l'essentiel plutôt qu'aux objectifs du programme papier* ». Un informateur ajoutait que l'agence pourrait jouer un rôle afin de permettre de répondre aux besoins de la population, à défaut de quoi il deviendrait « *absurde de cocher pour x écoles rencontrées si c'est pas comme ça que le milieu veut s'organiser* ». Ce serait « *gaspiller de l'argent pour rien* ».

Quant aux pratiques d'évaluation, des informateurs ont montré un intérêt particulier à cet égard. Ils ont d'ailleurs expliqué de quelle façon ils s'y prenaient pour bénéficier de projets d'étude réalisés en ce sens, sur des objets pouvant les concerner, sans devoir y investir des moyens importants. Par exemple, en étant « *à l'affût de programmes qui s'évaluent* » et en créant des liens avec le milieu de la recherche universitaire, ils avaient pu tenir compte de résultats d'évaluation portant sur « *l'impact sur une problématique donnée du rehaussement de la compétence des intervenants* », sur « *le programme IDP* », ou sur « *les interventions relationnelles 0-5 ans* ». Dans le même sens, un intérêt pour les « *meilleures pratiques* » a également été mentionné. Par exemple, un participant a affirmé que le travail dans les milieux municipal et scolaire était basé

sur de telles « meilleures pratiques identifiées pour avoir un impact sur la santé ». De même, dans le domaine de la santé mentale adulte, on ne mesurerait pas les résultats obtenus à la suite des interventions, mais on se baserait au départ sur « le gros bon sens » et « la littérature par rapport à ce qui est préconisé ».

2.2.3.2 Résultats ou effets obtenus

Parmi les différents groupes d'informateurs, les discussions au sujet des effets obtenus de la mise en œuvre de la stratégie se situaient dans le prolongement de celles ayant porté sur les résultats attendus. Par exemple, des liens ont été mentionnés entre les résultats atteints et les caractéristiques respectives de la stratégie et de la santé publique, et on a souligné l'aspect non mesurable ou non mesuré de ces effets en raison de leur caractère plutôt qualitatif ou concernant le processus.

Ont été mentionnés notamment, en tant qu'effets qualitatifs ou sur le processus : la disparition progressive du travail en silos à la DSP (DSP), la meilleure connaissance mutuelle des partenaires leur permettant de mieux travailler en complémentarité (intrasectoriel et intersectoriel), la pérennité assurée aux objectifs et projets portés ensemble par plusieurs partenaires (intrasectoriel), la mise en place de projets qui n'existaient pas avant et l'augmentation du panier de services (intrasectoriel), ainsi qu'un partage d'expertise, un rapprochement et une complicité entre organisations (intersectoriel). D'autres effets de ce type ont été associés à la DSP et à l'évolution de sa façon de travailler, dont une démocratisation de l'accès aux données et aux experts et un passage du statut de semeurs de subventions à celui d'acteurs dans les milieux (intrasectoriel).

Des informateurs de la DSP ont tout de même considéré que la stratégie avait permis ou allait permettre d'atteindre des résultats mesurables, éventuellement avec des indicateurs de type suivi de gestion (référence au tabagisme, à des programmes liés à Québec en forme et Avenir d'enfant, ainsi qu'à la vaccination).

En lien avec certains des effets attendus précédemment identifiés (voir 3.3.3.1), des informateurs de la DSP ont aussi affirmé que des résultats avaient effectivement été obtenus par rapport aux objectifs de : faciliter l'atteinte des objectifs du PAR dans le domaine particulier des saines habitudes de vie, sensibiliser les partenaires intersectoriels aux effets de leurs activités sur la santé de la population, et surtout contribuer à la mobilisation des communautés. Parmi ceux de l'intrasectoriel, quelques informateurs ont affirmé, sans référer à des objectifs particuliers, que des résultats étaient nécessairement obtenus quand on recourait à cette stratégie, mais ils n'ont pas précisé lesquels. D'autres, de l'intrasectoriel et de l'intersectoriel, ont considéré que la mise en œuvre de la stratégie avait conduit à des améliorations concrètes de l'état de santé de la population.

Une discussion sur les thématiques ou problématiques privilégiées dans les démarches d'AI a aussi eu lieu dans le groupe de l'intrasectoriel. Des informateurs signalaient notamment que le financement accordé à ces démarches tendait à orienter les efforts et les priorités d'action vers des thématiques particulières, au détriment d'autres pourtant importantes aussi. En outre, les organismes communautaires subiraient « l'effet pervers » de cette situation. D'autres informateurs ont exprimé des avis plus favorables à propos des mandats liés à de l'AI ou de la concertation dévolus à la DSP et à l'Agence et impliquant l'attribution de financement et une reddition de comptes consécutive.

Également, des distinctions entre paliers d'intervention ont été mentionnées par des informateurs de l'intrasectoriel à l'égard des effets de la mise en œuvre de la stratégie. Certaines concernaient les relations entre le régional et le local : retrait de la DSP des comités locaux de développement social affectant le caractère démocratique des pratiques de l'organisation et menant à la perception d'un éloignement des spécialistes, mais peut-être à une plus grande responsabilisation des organisations locales. D'autres conséquences découlaient plutôt des relations entre le national et le local : obligation des paliers régional et local à s'en tenir aux programmes décidés par le gouvernement, ainsi que concertations intersectorielles au niveau national insuffisamment branchées sur les besoins et la réalité de l'échelle locale.

Par ailleurs, deux éléments particuliers constituant des contraintes à l'atteinte de résultats associés à la mise en œuvre de la stratégie ont été mis en évidence. Outre le caractère non mesurable ou non encore mesuré de cette dernière souligné par des informateurs de la DSP (conditions et moyens non mis en place à cet effet), le temps a été considéré comme un facteur d'influence important (DSP et intrasectoriel).

Des informateurs de la DSP et de l'intersectoriel ont aussi fait état de moyens ayant été utilisés pour générer les effets obtenus ou de conditions jugées nécessaires pour générer les effets attendus : ressources humaines et financières et conditions de contexte; ainsi que clarté de la concertation, notamment de la composition des comités, des mandats, des objectifs et de la durée. Certains ont cependant considéré qu'il était possible d'obtenir des résultats en pratiquant l'AI en dépit de moyens limités, notamment parce que l'AI implique de « travailler autrement ».

Enfin, les moyens ou les conditions pouvant être associés à la mesure ou à l'évaluation des effets ont aussi été discutés : suggestion de développer un PAG de santé publique (DSP), importance accrue des évaluations de type suivi de gestion par rapport aux évaluations d'impact (DSP), ainsi que difficulté à isoler la part d'impact direct attribuable aux actions de la santé publique dont la mise en œuvre de la stratégie et la contribution du CSSS (DSP et intersectoriel).

Points de vue de l'interne de la DSP

- À propos des effets obtenus à la suite de la mise en œuvre de la stratégie, **de façon globale**, les informateurs de la DSP ont repris différents éléments abordés précédemment concernant les effets attendus. Il a été question des résultats atteints en lien avec les caractéristiques de la stratégie, celles de la santé publique et le type d'interventions réalisées. Également, ont été soulevées les difficultés particulières rencontrées en tentant d'attribuer des effets aux actions de la santé publique ou de mesurer ces effets ou d'arriver à mesurer des effets à court terme. Il est apparu encore plus difficile d'attribuer spécifiquement des effets à la mise en œuvre de la stratégie.
- Spontanément, des **résultats de nature plutôt qualitative** et dans l'ensemble assez peu définis ont été associés à la stratégie. Par exemple, il a été question de la reconnaissance acquise de la santé publique en tant que représentant du secteur de la santé dans toute démarche impliquant d'autres ministères, de la présence et de l'influence exercée par la santé publique au sein de nombreuses instances de concertation ayant été créées, du fait d'avoir réussi à « aller chercher des partenaires dans les campagnes sociétales » ou des partenaires pouvant contribuer à l'atteinte des objectifs de la santé publique, de l'acquis selon lequel des partenaires se préoccupaient maintenant dans leurs projets de sécurité et santé de la population (par exemple lors de la construction d'une route), et plus globalement de la légitimation des pratiques d'AI consécutives à la mise en place de « conditions favorables » à celles-ci. De même, un informateur a mentionné l'évolution observée par rapport à l'ancienne façon de travailler « en silos », à l'époque où les acteurs de santé publique « allaient sur le terrain » pour réaliser eux-mêmes des interventions. L'informateur précisait qu'à cette époque aussi, il n'était pas évident de mesurer les résultats des interventions de santé publique. Un autre participant relevait aussi l'« éclatement » de l'ancien « travail en silos », notamment dans les actions de prévention du décrochage scolaire. À son avis, il s'agissait d'un exemple des « effets obtenus très intéressants » en lien avec le recours à la stratégie, et ce, en dépit du constat que le décrochage scolaire « n'avait pas baissé en termes de chiffres ».
- Dans le même sens, d'autres informateurs ont souligné **l'aspect non mesurable**, à leur avis, **ou non encore mesuré**, des effets qui pouvaient être produits par la mise en œuvre de la stratégie. Selon un participant, cette difficulté à mesurer de tels effets s'expliquerait par des conditions contextuelles. Elle découlerait de changements au niveau du gouvernement ayant amené moins de ressources pour les acteurs de santé publique. Dans la même foulée, leurs rôles auraient changé, on ne leur aurait plus fixé d'objectifs quantifiables, ni fourni de moyens pour atteindre de tels objectifs. Il serait donc devenu difficile de « calculer les effets de tout ça ». D'autres explications se rapportaient à des processus mis en place et susceptibles de contribuer à l'atteinte ultérieure de résultats plus concrets. Par exemple,

l'aspect transversal de la stratégie dans le PAR entraînerait une sorte de « confort » pour ses utilisateurs. Celui-ci ne serait pas associé à des résultats, mais plutôt à « quelque chose de plus large », c'est-à-dire une « grande vague » agissant aux niveaux provincial, national et international et « légitimant l'AI en tant que processus conduisant à des résultats ». Pour sa part, un informateur considérait comme étant « clair et certain » qu'une « grande amélioration » était liée à l'utilisation de l'AI. À son avis, cette stratégie d'action avait amené des partenaires et des démarches associées à Québec en forme et Avenir d'enfants à « investir énormément d'argent pour se donner un portrait au niveau de certains objectifs ». On arriverait, en ce domaine, à l'étape de « commencer à voir certaines données très intéressantes ».

- Par ailleurs, d'autres informateurs ont considéré que la mise en œuvre de la stratégie avait conduit ou était en voie de conduire à des **résultats mesurables (quantitatifs)**, notamment dans le domaine des saines habitudes de vie. Toutefois, leurs propos demeuraient relativement imprécis ou peu étayés. Par exemple, il a été mentionné une baisse du tabagisme observée dans Lanaudière et tout le Québec à la suite de l'entrée en vigueur de la « Loi » et en lien avec « des actions fiscales, des actions par des organismes, municipalités ». De même, par l'entremise de Québec en forme et Avenir d'enfants, des résultats quantitatifs seraient en voie d'être atteints ou le seraient « à moyen terme ». On pourrait s'attendre à en observer dans dix ans et même avant, étant donné que ces programmes fonctionnent « par étapes de trois ans ». Un informateur a affirmé aussi que la santé publique travaillait dans la perspective d'améliorer la santé et le bien-être et que le portrait en ce domaine serait meilleur aujourd'hui qu'il y a quinze, vingt-cinq ans, si on se fie aux « grands indicateurs ». La contribution de la santé publique serait beaucoup dans le sens de valeurs partagées avec ses partenaires et visant à améliorer la « qualité de vie », un concept ayant l'avantage de « sortir du jargon de la santé publique » tout en signifiant que « les gens sont mieux mentalement, physiquement ». Le participant ajoutait que « certaines choses peuvent être mesurées là-dedans », notamment en s'appuyant sur des indicateurs de type suivi de gestion. Toutefois, il se disait incapable de dire « dans quelle proportion » aura été la contribution de la santé publique. Enfin, dans le domaine de la protection, une « amélioration de la santé quantifiable » a été associée à la vaccination. Cependant, l'informateur doutait qu'il s'agisse bien d'une intervention réalisée en AI, étant donné que les écoles étaient seulement invitées à « donner leur assentiment » plutôt qu'à « conjuguer leur action avec la santé ».
- Selon un gestionnaire, la mise en œuvre de la stratégie aurait eu pour effet de **faciliter l'atteinte des objectifs du PAR dans un domaine d'intervention particulier**, celui des saines habitudes de vie. À son avis, on avait « fait un bout depuis quelques années là-dedans » et on pouvait « voir une différence par rapport au tout départ ». A été noté aussi un « avancement dans le secteur École en santé », où on pourrait considérer comme « une plus-value » le fait

d'avoir appris à travailler avec les priorités de chacun. Maintenant, par exemple, la santé publique pourrait « s'inscrire dans les priorités » du secteur de l'éducation.

- Également, un gestionnaire a considéré qu'un des effets obtenus de la mise en œuvre de la stratégie avait été une **sensibilisation des partenaires intersectoriels aux effets de leurs activités sur la santé de la population**. Selon lui, de par son soutien à l'AI, la santé publique chercherait notamment à obtenir une telle sensibilisation des partenaires et on en observerait « quelquefois des démonstrations ». À titre d'exemple, il mentionnait une situation lors de laquelle un acteur du secteur de l'éducation aurait déclaré : « Maintenant, je comprends comment vous pouvez nous aider ».
- Dans trois des groupes de discussion, on a jugé que la mise en œuvre de la stratégie avait eu pour effet **d'avoir contribué à la mobilisation des communautés**. De façon générale, on reconnaissait à la santé publique « un certain leadership de mobilisation ». Même dans le domaine de la protection, on a affirmé que les actions de santé publique et l'application de la stratégie pouvaient « avoir éventuellement le résultat de mobiliser davantage les communautés ». On précisait : « Au pire, ça ne changera rien; au mieux, ça aura probablement un certain impact. » En lien avec d'autres domaines, ont été citées en exemple la mobilisation de la communauté consécutive à un projet de recherche sur les liens de proximité et la mobilisation autour du décrochage scolaire. Toutes deux ont été jugées consécutives à de l'AI. Dans le deuxième cas, un informateur précisait que la santé publique pouvait « avoir une impulsion, des fois, de lancer des choses », et laisser ensuite « le milieu repartir et apprendre à travailler ensemble sur la question ».
- Plusieurs informateurs ont fait **référence au temps** comme à un facteur influençant l'éventuelle atteinte de résultats consécutifs à la mise en œuvre de la stratégie. Par exemple, ils ont mentionné que c'était « une question de temps » pour que la santé publique « contribue à développer la conscience, chez les partenaires, de l'action qu'ils exercent sur la santé et le bien-être des gens »; que les acteurs de santé publique devaient parfois « taper toujours sur le même clou » avant d'obtenir des changements et d'en « retirer des bénéfices »; que l'impact de l'influence de la santé publique était « long à arriver », mais qu'il finissait par « faire quelque chose qui est durable » et qui « persiste dans le temps »; et qu'avec le temps, on avait « vu que c'est rentable de développer l'intersectorialité ». Un informateur a fait référence à l'expérience intersectorielle du PLI pour expliquer en quoi consistait maintenant le travail de la santé publique et quelle période de temps était nécessaire pour espérer en obtenir des résultats. Il s'agissait, selon lui, de « s'asseoir avec d'autres acteurs qui sont pas mal plus importants que nous par rapport à la santé », de manière à ce que chacun « colle ses morceaux » avec ceux des autres. Si, pour l'instant, les résultats n'étaient « pas optimaux », ce serait parce qu'il faut prévoir une évolution qui prend plusieurs années et parce que « tout le monde manque de sous, de ressources ». Mais comme tout le monde « travaille plus

ensemble, de façon complémentaire » et se donne ensemble des plans d'action concertés, on pourrait s'attendre à obtenir tôt ou tard des « résultats plus intéressants ».

- Ont été signalés également des **nuances, écarts ou incohérences entre les attentes et les possibilités réelles de résultats**, en lien avec le **facteur temps**. Par exemple, un informateur notait que ça prend des dizaines d'années avant d'observer des effets sur la santé, alors que les plans d'action avaient seulement des durées limitées de quatre ou cinq ans. En même temps, des partenaires auraient tendance à souhaiter voir des effets rapidement, par exemple sur l'indice de défavorisation et la pauvreté. Il faudrait donc que la santé publique rappelle que ça prend des années avant d'observer des effets dans les données. L'organisation devrait rappeler également qu'un des effets obtenus est « ce travail-là qu'on fait en commun » et « les objectifs qu'on se donne ensemble ». Référant à d'autres exemples, un participant expliquait qu'il n'était pas possible de mesurer « à l'échelle de périodes financières » des résultats sur la santé et le bien-être concernant des phénomènes tels les ITSS, l'utilisation du condom, l'obésité et le tabagisme chez les jeunes, ainsi que l'activité physique dans les écoles. Il soulignait que ça avait pris une vingtaine d'années avant d'observer des changements positifs à propos du tabagisme.
- **Les moyens utilisés pour générer les effets obtenus ou les conditions jugées nécessaires pour générer de tels effets** ont aussi été abordés. D'abord, même s'ils considéraient que la mise en œuvre de la stratégie était appropriée, des informateurs ont expliqué les effets obtenus limités par : un manque de ressources humaines et financières, des conditions du contexte, le fait que les concertations n'aient pas été « toujours claires », ou encore le fait que des partenaires comme les CSSS n'avaient « pas fait leurs devoirs » en cette matière. Au contraire, d'autres informateurs étaient d'avis que des résultats intéressants pouvaient être obtenus en dépit de moyens limités. Par exemple, même si on n'obtenait pas encore de « résultats optimaux », ceux-ci pourraient être atteints ultérieurement grâce au recours à des plans d'action concertés, imprégnés d'une « vision commune » et de « valeurs communes », Autrement dit, par le fait que « le message soit porté par plusieurs personnes ». De même, une situation marquée par des moyens limités pouvait inciter à « travailler autrement pour atteindre les résultats, dans cette perspective-là qu'on s'est donnée, d'AI », si on arrêta de considérer « les ressources humaines et financières comme étant la solution ultime ». Enfin, un autre exemple a été soulevé, en lien avec le contexte particulier de partenariat entre les instances gouvernementales et des fondations privées. Un informateur affirmait ainsi que lorsque « l'argent n'est pas chez nous », il fallait « tricoter fort », mais que cela pouvait amener à développer une vision et des objectifs communs et à partager des ressources humaines et financières. Ce type de processus pourrait donc permettre la « faisabilité » de l'AI.
- Par ailleurs, des informateurs ont discuté des **moyens** qui pourraient être utilisés afin **de mesurer les effets** de la mise en œuvre de la stratégie. L'un d'eux exprimait ainsi la nécessité

de « regarder quels outils on peut se donner » afin d'arriver un jour à mesurer de tels résultats. À son avis, un outil utile serait un « PAG de santé publique » inspiré de l'ancienne *Politique de santé et bien-être*, et conçu dans une perspective interministérielle en vue d'« essayer de voir s'il y a des effets ». Un autre a fait état, à partir d'une perspective critique, de l'évolution des orientations gouvernementales en matière de pratiques évaluatives à laquelle les organisations comme l'Agence et la DSP ont dû se plier. Selon lui, celles-ci devraient maintenant avoir recours à des évaluations de type suivi de gestion (plans d'action, résultats attendus, indicateurs prédéfinis) et elles n'auraient plus les moyens de réaliser des évaluations d'impact afin de voir si les comportements avaient été changés à la suite des interventions.

- Enfin, des informateurs ont attiré l'attention sur des **éléments susceptibles d'avoir contribué à rendre difficile l'évaluation des effets**. Ils ont mentionné la multiplicité des facteurs pouvant avoir contribué à générer certains effets observés et, en corollaire, la difficulté à isoler la part d'« impact direct » attribuable aux actions de la santé publique dont la mise en œuvre de la stratégie. De plus, cette action s'inscrivait dans « plein de circonstances » simultanées, voire dans un « mouvement de société » marqué par des « tendances lourdes » telles la mondialisation dont il serait difficile de ralentir ou stopper la progression. Un participant précisait que, malgré les efforts investis par la DSP, il pouvait être encore plus difficile de mettre en évidence des résultats dans certains dossiers particuliers, tel celui des traumatismes non intentionnels.

Points de vue de l'externe de la DSP

- **Dans l'ensemble**, les informateurs de l'externe de la DSP ont discuté des effets obtenus grâce à la mise en œuvre de la stratégie en se référant à des dimensions ou des points de vue qui rejoignaient souvent ceux pris en compte par les informateurs de la DSP.
 - ✓ Les informateurs **de l'intrasectoriel** ont fait état principalement d'effets obtenus de nature qualitative ou concernant le processus. Ils ont également mentionné la contribution possible de la stratégie à l'amélioration de la santé et abordé quelques conditions permettant d'obtenir des résultats, et d'autres permettant de les évaluer.
 - ✓ Pour ceux **de l'intersectoriel**, les principaux effets obtenus se situaient aussi dans le registre d'éléments de processus ou celui des relations entre partenaires. Ils référaient moins à de possibles améliorations au niveau de l'état de santé et de bien-être de la population.
- Des informateurs **de l'intrasectoriel** ont affirmé que la mise en œuvre de la stratégie donnait **des résultats**, mais **sans préciser** de quels résultats il s'agissait.

- ✓ Par exemple, l'un d'eux déclarait : « *Les gens ont été tellement sollicités au cours des dernières années pour être dans des concertations qu'ils ont oublié que ça donne des résultats concrets.* » Un autre laissait entendre implicitement que l'AI, avec ses « *actions posées concrètement* » et son « *mouvement* », pouvait « *donner un résultat concret* », contrairement à la concertation qui « *reste du blabla* ». Un « *effet positif* » a été associé au fait que, par rapport plan d'action, « *même si on n'est pas rendu où on rêve d'être rendu* », des actions seraient posées et on cheminerait sur la route. Il a été question aussi d'un « *effet positif* » observé dans le domaine des saines habitudes de vie appliquées dans les CPE. Ce serait le cas, par exemple, à la suite des actions mises de l'avant pour améliorer les repas et faire plus d'activités physiques avec les tout-petits.
- La mise en œuvre de la stratégie semblait conduire surtout à des **effets qualitatifs et sur le processus** du point de vue des informateurs de l'externe de la DSP.
 - ✓ Ceux **de l'intrasectoriel** ont mentionné beaucoup d'effets de cette nature, notamment au niveau d'une meilleure connaissance mutuelle des partenaires et d'un partage entre eux de leurs connaissances, leur permettant par la suite de « *mieux travailler en complémentarité par rapport aux besoins de la population* » et de « *référer les gens correctement aux bons endroits* », notamment en « *favorisant tous les mécanismes de vases communicants* ». Par exemple, l'expérience du CRÉVALE montrerait que le recours à plusieurs « *paires de lunettes* » favoriserait « *une lecture plus globale que le symptôme* ». Cette « *somme de connaissances* » conjuguées aiderait à « *voir que c'est complexe pis on peut pas être tout seul tout le temps pour travailler une affaire* ». Dans le même ordre d'idée, une « *retombée super importante de l'intersectorialité* » serait la possibilité « *d'apprendre l'un de l'autre et d'essayer de travailler avec les mêmes manières de faire* », notamment en vue de « *mettre le patient au centre* »⁹.

Il a été question également d'une meilleure compréhension de la situation des familles et de leurs besoins à partir de ce que les gens vivent, des liens de confiance qui se développent et se travaillent et d'un changement de culture qui s'installerait tranquillement avec l'AI devenue une préférence. Également, on a considéré que l'intersectorialité amenait « *une ouverture, une souplesse* » et qu'elle pouvait « *briser l'isolement* ». De plus, le fait de porter ensemble l'objectif et le projet aurait pour effet de leur assurer une pérennité, même si un des partenaires se retirait, dans la mesure où un noyau poursuivrait l'action et trouverait d'autres stratégies pour la maintenir.

⁹ Certains informateurs tendaient à confondre l'AI et une approche interdisciplinaire dans l'intervention clinique auprès d'un même patient ou client.

Des effets de nature organisationnelle ont aussi été identifiés. Ainsi, la mise en œuvre de la stratégie amènerait une meilleure connaissance des différentes offres de services existantes, la possibilité que les partenaires en développent ensemble et une meilleure utilisation des services. La stratégie permettrait « *la mise en place de projets qui n'existaient pas avant* » à partir de l'identification de besoins et des ressources présentes, ainsi que des forces sur lesquelles on peut compter dans la communauté. Elle permettrait autant d'« *augmenter le panier de services* » que d'éviter que chacun développe les mêmes services (par exemple, une halte-garderie).

- ✓ Ceux **de l'intersectoriel** ont aussi parlé de la connaissance acquise des organisations partenaires résultant de la stratégie. Cette connaissance aurait « *une influence sur les plans d'action et sur la façon d'organiser les services et les activités de chacun* ». De même, il a été question d'un « *partage d'expertises* » associé à l'image de « *se passer nos paires de lunettes* » et de la prise en compte de « *la vision ou l'avis de l'autre* ». Au point de vue relationnel, la concertation aurait conduit à « *un rapprochement* » entre organisations impliquées, et même à « *des côtés le fun* », dont une « *complicité* » entre les organisations. De façon plus générale, la stratégie amènerait les partenaires à avoir « *plus de réunions et plus de discussions* », c'est-à-dire un investissement susceptible « *en bout de ligne probablement de sauver sur des choses* » qu'ils auraient dû « *peut-être refaire* » s'ils n'avaient pas « *tenu compte de l'autre* » et de « *l'impact que ça avait sur eux* ».
- Plusieurs des **effets qualitatifs ou au niveau du processus étaient associés à la DSP-même** par des informateurs **de l'intersectoriel**. Ces effets ont été présentés comme découlant d'une évolution historique associée à l'habitude de recourir à la stratégie développée graduellement au sein de l'organisation.
 - ✓ La DSP aurait évolué vers une « *démocratisation de l'accès aux données analysées sur la population et sur le territoire* ». Auparavant, ces données auraient été « *dans le coffre-fort des spécialistes de l'agence* », c'est-à-dire « *des gens très difficiles d'accès* » et qui rendaient les données elles-mêmes « *inaccessibles* ». Un changement d'attitude serait survenu « *au niveau national* ». Les acteurs de la santé publique seraient aussi passés du statut de « *semeurs de subventions* » à celui d'« *acteurs dans les milieux, parfois leaders, parfois accompagnateurs, parfois souteneurs* ». Et les partenaires de la DSP pourraient avoir « *développé des habitudes de travail avec des niveaux de réflexion, de compétences, qui sont quand même assez élevés* ».
- Parmi les effets de la mise en œuvre de la stratégie, les informateurs **de l'intersectoriel** ont considéré des **éléments liés aux contenus ou aux thématiques privilégiées** dans les démarches d'AI. Une bonne partie des commentaires à ce propos s'avéraient plutôt critiques.

- ✓ Le fait de prendre part aux démarches d'AI aurait « apporté des priorités d'action un petit peu plus communes » aux organisations concernées. Ont été mentionnées comme exemple des « thématiques qui ne sont plus juste une question de santé publique », telles les saines habitudes de vie, la sécurité alimentaire et la lutte au tabagisme. On a noté, toutefois, que l'adoption de nouvelles thématiques d'AI était beaucoup liée à des possibilités de financement, notamment pour les organismes communautaires. On observerait ainsi un certain « effet pervers », compte tenu d'un « enjeu global de sous-financement du milieu communautaire », du fait que ces organismes « veulent survivre » mais ne disposent pas « d'argent pour permettre la réalisation de la mission ». Ils choisiraient donc de « rentrer dans les cases de financement ». D'après un informateur, aussi, la relative « attractivité » de la DSP dans des démarches d'AI comme celles associées au PLI pouvait se faire « parfois au détriment des organismes communautaires autonomes » et des « plus vieilles concertations multisectorielles ». Dans le même sens, une des retombées de la mise en œuvre de la stratégie en lien avec le PLI serait un « effet pervers » découlant des « mandats qui arrivent d'en haut » et auxquels « on répond parce qu'il y a du fric ». On aurait ainsi « peut-être perdu de vue la stratégie globale de l'action concertée » et « le sens de cette stratégie-là, à quoi elle devait servir », c'est-à-dire être « au service de la communauté ». Dans le même sens, le constat a été émis d'une « perte de vision et de cohérence de cette stratégie-là avec l'arrivée des mandats », de même qu'un souhait à l'effet que « les réflexions régionales de cohérence entre les différents lieux de concertation multisectorielle » puissent permettre de « réviser les rôles ». De plus, vu l'importance accordée aux saines habitudes de vie, notamment au niveau local, on observerait une certaine « inégalité » par rapport aux « autres thématiques qui sont des déterminants hyper-importants au niveau de la santé ».
- ✓ Par ailleurs, des avis plus favorables ont aussi été exprimés à l'égard des mandats liés à de l'AI ou de la concertation dévolus à la DSP et à l'Agence. Il serait, ainsi, « raisonnable pour l'État de donner un mandat » à « un organisme qui est tributaire de ses financements », lesquels sont puisés à l'impôt et aux taxes. D'après un informateur, « ça s'appelle gouverner » et il s'agit de quelque chose de « légitime ». De plus, dans la perspective croissante d'une « gestion efficace des organisations », il faudrait s'attendre à ce que ces dernières se voient attribuer « des mandats précis avec une reddition de comptes ». Selon un autre, l'Agence de la santé se verrait attribuer « à l'heure actuelle effectivement beaucoup de mandats qui viennent du gouvernement », et ce, « plus qu'à d'autres ministères ». De plus, on exigerait des organisations que les mandats qui leur sont confiés soient « faits en concertation ». Donc, on assisterait à « une multiplication de concertations au niveau de tout ce qui est programme ». On observerait aussi une nouvelle « perméabilité » de la DSP à

l'égard d'« orientations d'action » et de « modes d'intervention sur les territoires » adoptées par le gouvernement « avec un philanthrope derrière pour une période de dix années ». Le philanthrope en question est la Fondation Lucie et André Chagnon et « l'adaptation » du gouvernement à cette nouvelle situation serait quelque chose de « bon ». Ainsi, ce dernier aurait choisi de « prendre le meilleur cheval pour aller là où il nous mène ».

- Quelques informateurs de l'externe de la DSP ont fait allusion à d'éventuels **effets ou impacts sur la santé et le bien-être** de la mise en œuvre de la stratégie. Des exemples ont été apportés.
 - ✓ Parmi ceux **de l'intrasectoriel**, on a mentionné qu'il était « très payant » de déléguer des intervenants sur des comités pour « mettre des actions en place puis arriver à des résultats concrets sur la santé dans quelques années ». À titre d'exemple, ont été cités la prévention des chutes (rôle des municipalités dans l'aménagement physique ayant un impact physique sur la santé) et la prévention de l'abus envers les aînés (dépistage des abus économiques en collaboration avec les policiers municipaux et les caisses populaires).
 - ✓ Par ailleurs, chez ceux **de l'intersectoriel**, on a plutôt questionné la difficulté de mesurer des « résultats concrets » de la mise en œuvre de la stratégie au chapitre du nombre de « gens en santé », de « gens pauvres » et de « gens éduqués ». Par contre, un informateur a fait état d'un « changement net » observé récemment et constituant un « impact au niveau de la qualité de l'eau », découlant d'actions ayant porté sur « des infrastructures » et le « traitement des eaux ».
- Les informateurs **de l'intersectoriel** se sont intéressés aux **distinctions entre paliers d'intervention** concernant les effets de la mise en œuvre ou non de la stratégie.
 - ✓ D'abord, à propos de l'articulation entre les paliers régional et local, il a été question du retrait de la DSP des comités locaux de développement social, assimilé à une relative non-application de la stratégie. Deux conséquences négatives éventuelles ont été associées à cette situation : la possibilité d'affecter le caractère « démocratique » des pratiques de l'organisation, et la perception possible dans les milieux locaux d'un « éloignement des spécialistes » par rapport à eux. Par contre, un effet positif pourrait avoir été une « responsabilisation » d'autres organisations à l'égard du milieu et leur capacité à y « prendre plus de place » sans ressentir le besoin « d'avoir tout le temps le spécialiste à côté d'eux ».

- ✓ Puis, concernant l'articulation entre le palier national et les deux autres, des conséquences négatives ont été associées au fait que des programmes exigeant une concertation intersectorielle « descendante » du gouvernement. Il a été mentionné que les paliers régional et local seraient « un peu victimes finalement de ce que le gouvernement décide », et ceux qui en « paient les frais » seraient « souvent les organismes sous-financés ». On a déploré, dans la même foulée, que l'intersectoriel qui « se fait en haut » ne soit peut-être pas « assez branché sur la base », alors que ces discussions et décisions peuvent avoir des « implications sur le territoire ». À titre d'exemple, on a mentionné l'annonce de programmes par des ministres désireux de se faire du « capital politique » bien plus que de « répondre à des besoins ». Également, il a été question des « concertations escamotées » ayant conduit à « un atterrissage chaotique dans les milieux », par exemple lors de campagnes de vaccination (H1N1 et rougeole) décrétées au niveau national « sans nécessairement s'assurer de la faisabilité ».
- Parmi les informateurs **de l'intrasectoriel**, on a fait allusion au **facteur temps** abordé aussi par ceux de la DSP.
 - ✓ Il a été mentionné que déléguer des intervenants sur des comités « était payant » dans l'optique de « mettre des actions en place puis arriver à des résultats concrets dans quelques années ».
- Également, comme les informateurs de la DSP, ceux **de l'intersectoriel** ont identifié certaines **conditions permettant d'obtenir des résultats** avec la mise en œuvre de la stratégie.
 - ✓ Selon un informateur, « pour que ça donne des résultats, il faut des prérequis », soit : une composition des comités, des mandats, des objectifs et une durée qui doivent être clairs.
- Enfin, des informateurs **de l'intersectoriel** ont aussi fait état de certaines **conditions d'évaluation** des résultats de la mise en œuvre de la stratégie.
 - ✓ Il a été mentionné que, lorsqu'on travaille en intersectorialité, il demeure difficile et complexe d'évaluer la contribution spécifique du CSSS à l'amélioration de la santé de la population. Par exemple, il serait difficile de dire si la diminution observée de l'utilisation du tabac peut être attribuable à l'intervention du CSSS.

2.3 RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE

Contrairement aux groupes de discussion, le questionnaire ne visait pas les trois groupes d'acteurs ciblés par l'évaluation, mais seulement les organisations partenaires (intrasectorielles et intersectorielles) de la DSP. Le recours à cette autre méthode de collecte avait pour but d'obtenir des éléments d'information complémentaires à ceux obtenus avec les groupes de discussion, à l'égard de la plupart des thèmes et sous-thèmes qui avaient déjà été abordés. Plus précisément, les questions visaient à vérifier certaines informations déjà obtenues et à en explorer certains autres aspects, et ce, auprès d'un échantillon plus vaste d'organisations partenaires.

L'analyse descriptive des résultats a été réalisée de manière à distinguer les points de vue respectifs des acteurs de l'intrasectoriel et de l'intersectoriel.

2.3.1 Les ancrages de la stratégie

Au moyen du questionnaire, les ancrages de la stratégie parmi les organisations partenaires de la DSP ont été appréhendés par le biais de la connaissance et de la compréhension qu'en avaient les répondants, ainsi que d'une relative reconnaissance qu'ils y accordaient. Aucune question ne portait sur l'appropriation de cette stratégie par les acteurs.

Dans l'ensemble, l'analyse permet de penser que les acteurs de l'intrasectoriel auraient une meilleure connaissance du PAR et de la stratégie de soutien à l'AIFSBE que ceux de l'intersectoriel, et qu'ils auraient également une plus grande ouverture à la poursuite de démarches d'AI en partenariat avec la DSP de Lanaudière.

Par ailleurs, les acteurs des deux groupes semblent se situer davantage au même niveau en ce qui concerne leur façon d'expliquer le recours actuel à l'AI dans la région de Lanaudière ainsi que leur façon de concevoir des liens entre l'AI et les déterminants de la santé, le développement des communautés et l'EIS.

Les réponses aux deux questions de cette catégorie laissent supposer que les acteurs de l'intrasectoriel pouvaient mieux connaître autant le PAR que sa stratégie de soutien à l'AIFSBE.

L'analyse met en évidence que les répondants de l'intrasectoriel et de l'intersectoriel tendent à se rejoindre dans leur façon d'expliquer le recours actuel à l'AI dans la région de Lanaudière. Il en est de même pour leur façon de concevoir certains liens entre l'AI et les déterminants de la santé, le développement des communautés et l'EIS.

2.3.1.1 Connaissance générale

D'entrée de jeu, la connaissance générale qu'avaient les répondants de la stratégie du PAR a été abordée en lien avec ce qu'ils savaient d'abord du PAR lui-même. Les réponses aux deux questions de cette catégorie laissent supposer que les acteurs de l'intrasectoriel pouvaient mieux connaître autant le PAR que sa stratégie de soutien à l'AIFSBE.

- Dans l'ensemble, interrogés sur **leur connaissance du Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2009-2012 de Lanaudière** (annexe 14, q4, tableau 1, p. 283), un plus grand nombre de répondants (n = 232), soit plus du tiers (89 répondants ou 38 %), ont affirmé n'en avoir « *jamais entendu parler* ». Le second choix retenu par les répondants (58 répondants ou 25 %) était : « *Oui, j'en ai déjà entendu parler* ».
 - ✓ Pour leur part, une plus grande proportion de ceux **de l'intrasectoriel** (n = 41) (20 répondants ou 49 %) ont plutôt retenu l'énoncé : « *Oui, j'en ai pris connaissance et je m'y réfère à l'occasion.* » En second lieu, près du quart des répondants de ce groupe (10 répondants ou 24 %) ont retenu l'énoncé : « *Oui, mon organisation en a un exemplaire qui peut être consulté par moi et mes collègues, mais je n'en ai pas pris connaissance.* »
 - ✓ Parmi ceux **de l'intersectoriel** (n = 191), 84 répondants (44 %) ont déclaré : « *Non, je n'en ai jamais entendu parler* ». Puis, 54 autres répondants (28 %) ont affirmé : « *Oui, j'en ai déjà entendu parler* ».
- Quant à **leur connaissance du fait que le Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2009-2012 propose une stratégie de soutien à l'AI** (annexe 14, q5, tableau 2, p. 283), dans l'ensemble, plus de la moitié des personnes qui ont répondu à cette question¹⁰ (n = 142) (83 répondants ou 59 %) ont affirmé que « oui », ils savaient que le PAR proposait une telle stratégie.
 - ✓ Parmi ceux **de l'intrasectoriel**, la proportion de personnes ayant répondu « oui » était plus élevée, soit 27 répondants sur les 36 qui ont répondu à cette question (75 %).
 - ✓ Parmi ceux **de l'intersectoriel**, 56 personnes parmi les 106 qui ont répondu à la question (53 %) ont déclaré que « oui », elles savaient que le PAR proposait une stratégie de soutien à l'AI.

¹⁰ Il faut noter que 90 répondants sur le total de 232 n'ont pas répondu à cette question, pour la plupart parce qu'elle ne s'appliquait pas à leur situation, étant donné qu'ils avaient répondu « non » à la question précédente.

2.3.1.2 Éléments conceptuels

Contrairement aux participants des groupes de discussion, les répondants au questionnaire n'ont pas été invités directement à formuler une définition de la stratégie du PAR ou de l'AI. Par contre, quatre questions permettaient d'estimer leurs connaissances ou d'explorer leur point de vue sur des éléments conceptuels en lien avec les fondements de la stratégie.

L'analyse met en évidence que les répondants de l'intrasectoriel et de l'intersectoriel tendent à se rejoindre dans leur façon d'expliquer le recours actuel à l'AI dans la région de Lanaudière. Il en est de même pour leur façon de concevoir certains liens entre l'AI et les déterminants de la santé, le développement des communautés et l'EIS.

- Dans l'ensemble, parmi onze choix de réponses proposés, les 232 répondants ont considéré que **la principale explication du recours actuel à l'AI dans la région de Lanaudière** était « l'évidence de l'efficacité de ce type d'approche » (annexe 14, q13, tableau 3, p. 284). Un cinquième des répondants (48 répondants ou 21 %) ont retenu cette explication.

- ✓ Parmi ceux **de l'intrasectoriel**, la même explication principale a été retenue, mais dans une proportion plus grande, soit 15 répondants ou 37 %.

Un répondant de ce groupe a choisi une explication un peu plus spécifique que l'une de celles proposées, soit « l'influence de la Table des partenaires en développement social de Lanaudière ». Un autre a émis un commentaire en lien avec la question. Il a souligné : « Il y a des limites à rester dans SSS. La santé est plus large!!! Il faut sensibiliser les autres secteurs sur les impacts sur la santé. »

- ✓ Parmi ceux **de l'intersectoriel** (n = 191), c'est aussi la même réponse qui a été retenue par le plus grand nombre de répondants, mais dans une proportion moindre, soit 33 répondants ou 17 %.

Quelques répondants de ce groupe ont formulé d'autres explications du recours actuel à l'AI dans la région de Lanaudière. Il a été question de l'« historique important de concertation » de la région; de l'« importance de travailler ensemble entre partenaires »; et de « la planification globale du développement de notre région en vue d'une augmentation de la population », liée à l'« organisation des ressources ». Un autre a exprimé un point de vue plutôt critique en précisant que l'explication à ce recours à l'AI ne serait « surtout pas l'influence d'Avenir d'enfants », qui constituerait une « très mauvaise concertation ».

- Parmi huit choix proposés, les répondants devaient identifier les trois **déterminants de la santé qu'il était possible d'influencer en utilisant l'AI** (annexe 14, q8, tableau 4, p. 285) En ordre décroissant, pour l'ensemble d'entre eux (n = 232), les répondants en plus grand nombre ont retenu respectivement : « *les habitudes de vie et les comportements des individus* » (172 répondants ou 74 %); « *les milieux de vie (familial, de garde et scolaire, de travail, d'hébergement, communauté locale et voisinage)* » (146 répondants ou 63 %); ainsi que « *les systèmes (éducation et services de garde à l'enfance, santé et services sociaux, aménagement du territoire, soutien à l'emploi et solidarité sociale, etc.)* » (120 répondants ou 52 %).
 - ✓ Parmi ceux **de l'intrasectoriel** (n = 41), les trois mêmes choix ont été priorisés, mais dans des proportions plus élevées : « *les habitudes de vie et les comportements des individus* » (35 répondants ou 85 %); « *les milieux de vie* », ainsi que « *les systèmes* » (27 répondants ou 66 % chacun).
 - ✓ Parmi ceux **de l'intersectoriel** (n = 191) également, les mêmes trois premiers choix ont été retenus dans le même ordre, mais selon des proportions différentes : « *les habitudes de vie et les comportements des individus* » (137 répondants ou 72 %); « *les milieux de vie* » (119 répondants ou 62 %); ainsi que « *les systèmes* » (93 répondants ou 49 %).

On peut noter qu'un répondant de l'intersectoriel a ajouté une précision au sujet d'un déterminant identifié : « *Les systèmes : selon la volonté des individus en place dans ces systèmes* ».

- Concernant **les liens entre la stratégie visant à soutenir l'AIFSBE et celle visant à soutenir le développement des communautés**¹¹ (annexe 14, q18, tableau 5, p. 286), un plus grand nombre des répondants ont considéré, dans l'ensemble (n = 232), que trois des six énoncés proposés correspondaient à ce type de liens. Ce sont, par ordre décroissant : « *Elles poursuivent l'objectif ultime d'améliorer les conditions de vie ou la qualité de vie de la population* » (129 répondants ou 56 %); « *Elles nécessitent l'implication de partenaires de plusieurs secteurs d'activité* » (126 répondants ou 54 %) et « *Elles sont basées sur une vision globale et transversale* » (98 répondants ou 42 %).
 - ✓ Ceux **de l'intrasectoriel** (n = 41) ont retenu les mêmes trois principaux énoncés et dans le même ordre d'importance. Ainsi, respectivement : 33 répondants (81 %) ont considéré que les deux stratégies « *poursuivent l'objectif ultime d'améliorer les*

¹¹ Il faut noter que les répondants pouvaient faire plusieurs choix de réponses. Cela explique que les totaux de répondants, pour chacun des choix de réponse proposés, pouvait dépasser 100 %.

conditions de vie ou la qualité de vie de la population »; 30 répondants (73 %) qu'« Elles nécessitent l'implication de partenaires de plusieurs secteurs d'activité »; et 29 répondants (71 %) qu'« Elles sont basées sur le partage d'une vision globale et transversale ».

Deux répondants de ce groupe ont proposé d'autres liens : « Elles font des miracles dans les communautés » et « La présence de représentant de la clientèle desservie ».

- ✓ Ceux **de l'intersectoriel** (n = 191) ont aussi retenu les mêmes trois principaux énoncés, dans un ordre légèrement différent et des proportions moindres. Ainsi, le même nombre de répondants (96 répondants ou 50 %) a retenu les deux premiers choix, soit : « Elles poursuivent l'objectif ultime d'améliorer les conditions de vie ou la qualité de vie de la population » et « Elles nécessitent l'implication de partenaires de plusieurs secteurs d'activité ». Par ailleurs, 69 répondants (36 %) ont considéré que les deux stratégies « sont basées sur le partage d'une vision globale et transversale ».

D'après un répondant de ce groupe : « La stratégie pour la santé et le bien-être a besoin d'une vraie démarche de développement des communautés, mais l'inverse n'est pas entièrement nécessaire... »

- Dans l'ensemble, près de la moitié des répondants (n = 232) (107 répondants ou 46 %) ont affirmé qu'ils « ne savaient pas » **ce qui distinguait l'AIFSBE et l'évaluation d'impact sur la santé (EIS)**¹² (annexe 14, q19, tableau 6, p. 286). Quant au second choix retenu par le plus grand nombre de répondants, parmi les quatre proposés (par seulement 35 répondants ou 15 %), c'était que « L'EIS s'intéresse plus spécifiquement aux effets sur la santé de politiques, de programmes et de projets publics ».
 - ✓ Plus de la moitié de ceux **de l'intrasectoriel** (n = 41) (24 répondants ou 59 %) ont aussi affirmé qu'ils « ne savaient pas ». Puis, 9 répondants (22 %) ont retenu le choix « L'EIS s'intéresse plus spécifiquement aux effets sur la santé de politiques, de programmes et de projets publics ».
 - ✓ Pour leur part, 83 répondants (44 %) **de l'intersectoriel** (n = 191) ont déclaré qu'ils « ne savaient pas », et 26 autres (14 %) ont considéré aussi que « L'EIS s'intéresse plus spécifiquement aux effets sur la santé de politiques, de programmes et de projets publics ».

¹² Voir note 11, p. 132

Un informateur de ce groupe a ajouté un commentaire selon lequel la question serait peut-être « *un peu trop pointue* ».

2.3.1.3 Reconnaissance de la pertinence

Dans le prolongement analytique des questions concernant la connaissance de la stratégie et les liens établis entre elle et certains concepts, une seule autre touchait, mais indirectement, la reconnaissance de la pertinence de cette stratégie. En fait, cette question se présente comme un élément intermédiaire entre la reconnaissance de la stratégie et sa mise en œuvre.

On note que les répondants de l'intrasectoriel se montrent, en proportion, plus favorables que ceux de l'intersectoriel à ce que leur organisme poursuive son engagement dans des démarches d'AI avec la DSP.

- Plus précisément, invités à se prononcer sur la **pertinence de la poursuite de l'engagement de leur organisme dans des démarches d'AI auxquelles prend part la DSP de Lanaudière**, la moitié de tous les répondants (n = 232) (120 répondants ou 52 %) ont répondu « oui » (annexe 14, q21, tableau 7, p. 287).
 - ✓ Parmi ceux **de l'intrasectoriel** (n = 41), ce sont 36 répondants (88 %) qui étaient du même avis positif.
 - ✓ Puis, parmi ceux **de l'intersectoriel** (n = 191), 84 répondants (44 %) ont aussi jugé qu'il était pertinent que leur organisme poursuive son engagement dans des démarches d'AI auxquelles prend part la DSP de Lanaudière.

2.3.2 La mise en œuvre de la stratégie

De même qu'avec les groupes de discussion, le thème central de la mise en œuvre de la stratégie a été abordé en fonction de deux angles principaux. Le premier était celui d'un état de situation et le second, celui des facteurs pouvant faciliter la mise en œuvre ou y faire obstacle.

Dans l'ensemble, la contribution du questionnaire à l'ébauche d'un état de situation a été de mettre en évidence les quelques informations principales suivantes : une bonne partie des organisations partenaires semblent participer à des démarches de concertation intersectorielle auxquelles la DSP de Lanaudière ne participe pas, les trois niveaux d'intervention du réseau de la santé et des services sociaux (MSSS, DSP, CSSS) tendent à être considérés comme des instances appropriées pour soutenir des démarches d'AI, trois secteurs d'activité sont associés à de plus grandes difficultés pour la DSP quand il s'agit de travailler en AI (l'économie, les affaires municipales et de l'aménagement du territoire, et les transports), et deux rôles principaux sont

reconnus à la DSP dans les démarches d'AI auxquelles elle participe (expert de contenu et initiateur des démarches).

Quant aux principaux facteurs identifiés comme étant susceptibles de faciliter la mise en œuvre de la stratégie ou d'y faire obstacle, une attention particulière a été accordée à des facteurs d'ordre organisationnel. Au début du processus, notamment, les répondants étaient d'avis que les partenaires devaient : partager une « *volonté de construire quelque chose ensemble* » et désigner les « *bonnes personnes* » pour les « *bonnes démarches* ». En cours de processus, il faudrait, selon eux : assurer une « *circulation d'information égale entre les partenaires* », éviter qu'un partenaire « *impose son contrôle ou ses visées aux autres* » et « *respecter les rôles et les missions des autres* ». Par ailleurs, des répondants de l'intrasectoriel et de l'intersectoriel ont également retenu trois facteurs d'ordre politique ou contextuel. Ils ont : considéré important d'ancrer les AI au niveau local ou terrain; exprimé leur préférence à voir adopter par la DSP un rôle de soutien qu'un rôle de contrôle; et déploré le caractère parfois prédéterminé ou imposé de certaines façons de faire de l'AI (larges concertations ou attitude de la DSP). Enfin, plus de la moitié des répondants ont aussi jugé qu'il fallait des habiletés ou compétences particulières pour participer à des démarches d'AI, et ils en ont identifié plusieurs.

2.3.2.1 État de situation

Les quatre questions devant contribuer à préciser l'état de situation de la mise en œuvre de la stratégie rejoignent trois des quatre angles d'analyse retenus à propos du contenu des groupes de discussion. Il s'agit respectivement : d'une observation de nature générale, des différents niveaux d'intervention du réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que des objectifs des différents partenaires (sous-aspects articulation des objectifs des partenaires, et articulation de leurs rôles, responsabilités et pouvoirs).

On note que, dans l'ensemble, les répondants de l'intrasectoriel et de l'intersectoriel tendaient à exprimer des avis principaux relativement concordants au sujet : de la participation de l'organisme des répondants à des démarches de concertation auxquelles la DSP de Lanaudière ne participait pas (oui, à des démarches intersectorielles); de l'instance du réseau de la santé et des services sociaux la plus appropriée pour soutenir l'AI à laquelle participe leur organisation (les trois instances proposées, puis les deux CSSS); des secteurs d'activité avec lesquels la DSP aurait le plus de difficulté à travailler en AI (l'économie, les affaires municipales et de l'aménagement du territoire, puis les transports), ainsi que du rôle que la DSP peut jouer dans les démarches d'AI auxquelles elle participe avec leur organisation (expert de contenu, puis initiateur des démarches).

La nuance la plus notable concerne le deuxième choix de réponse retenu à propos de la participation de l'organisme des répondants à des démarches de concertation auxquelles la DSP de Lanaudière ne participe pas. À cet égard, les répondants de l'intrasectoriel ont été

proportionnellement plus nombreux à déclarer que leurs organismes participaient à des démarches intrasectorielles auxquelles la DSP de Lanaudière ne participait pas. Par contre, ceux de l'intersectoriel ont été proportionnellement plus nombreux à affirmer que leurs organismes ne participaient à aucun autre type de concertation.

- Concernant **la participation de l'organisme des répondants à des démarches de concertation auxquelles la DSP de Lanaudière ne participait pas**¹³ (annexe 14, q12, tableau 8, p. 287), dans l'ensemble (n = 232), deux choix de réponses ont été retenus par une proportion similaire de répondants. D'une part, 88 répondants (38 %) ont répondu : « *Oui, à des démarches intersectorielles (impliquant des organisations de plusieurs secteurs d'activités)* ». D'autre part, 80 répondants (35 %) ont déclaré : « *Non, à aucun type de concertation* ».

- ✓ Les choix de réponses retenus par ceux **de l'intrasectoriel** (n = 41) étaient différents en proportion. Ainsi, les deux tiers (27 répondants ou 66 %) ont affirmé « *Oui, à des démarches intersectorielles* » et le tiers (14 répondants ou 34 %) ont déclaré : « *Oui, à des démarches intrasectorielles (impliquant des organisations du même secteur d'activités que le vôtre)* ».

Un informateur de ce groupe a identifié une instance de concertation spécifique, la « *concertation pauvreté, développement des communautés* ». Deux autres ont déclaré qu'ils « *ne savaient pas* ».

- ✓ Parmi ceux **de l'intersectoriel** (n = 191), 82 répondants (43 %) ont déclaré que « *oui* », leur organisme participait à « *des démarches intersectorielles* » auxquelles la DSP de Lanaudière ne participait pas. Puis, 76 répondants (40 %) ont affirmé : « *Non, à aucun type de concertation* ».

Des informateurs de l'intersectoriel ont aussi identifié des instances de concertation spécifiques, soient : « *les tables de soutien à domicile des MRC* », la « *Table clinique dépendance* », ainsi que « *Immigration, solidarité internationale, développement de l'économie sociale* ». Un autre a affirmé qu'il « *ne pouvait se prononcer* ».

- En ce qui concerne **l'instance du réseau de la santé et des services sociaux la plus appropriée pour soutenir l'AI à laquelle participe l'organisation du répondant**, parmi l'ensemble des répondants (n = 232), un plus grand nombre d'entre eux a considéré que c'était les trois niveaux d'instance proposées (annexe 14, q9, tableau 9, p. 288). En effet, 84

¹³ Voir note 11, p. 132.

répondants ou 36 % ont répondu « *toutes ces réponses* ». En second lieu, 53 répondants (23 %) ont retenu « les deux Centres de santé et de services sociaux (CSSS) de Lanaudière ». Puis, 44 répondants (19 %) ont opté pour « *La Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Lanaudière* ».

- ✓ Parmi ceux de **l'intrasectoriel** (n = 41), les réponses principalement retenues étaient légèrement différentes. Ainsi, 19 répondants (46 %) ont opté pour « *toutes ces réponses* » et 11 répondants (27 %), pour « *les deux Centres de santé et de services sociaux (CSSS) de Lanaudière* ». Par contre, aucun répondant n'a considéré que la DSP de Lanaudière était l'instance la plus appropriée pour soutenir l'AI à laquelle participait leur organisation, et 8 répondants (20 %) ont affirmé qu'ils « *ne savaient pas* ».

Un répondant a précisé que c'était, selon lui, le « *CSSS au niveau local et au niveau régional, la DSP* ».

- ✓ Les choix de réponses principaux de ceux **de l'intersectoriel** (n = 191) correspondaient à ceux de l'ensemble des répondants. Ainsi, 65 répondants (34 %) ont choisi « *toutes ces réponses* »; 39 répondants (20 %) ont retenu les deux CSSS; et 36 répondants (19 %), la DSP de Lanaudière.

Deux répondants ont proposé des choix d'instances différents, soit « le CLSC », ainsi que « *la DSP* » jumelée à un autre choix. Des répondants ont aussi émis des commentaires rattachés à cette question. Selon l'un d'eux, « *aucune de ces réponses* » ne serait appropriée, car elles seraient « *trop liées à la santé* ». Un autre précisait qu'il s'agissait de « *rester collé sur les besoins et d'être en interaction avec d'autres acteurs terrain* ». Puis, deux répondants ont formulé des commentaires concernant des problématiques spécifiques. Un premier affirmait que « *la liste d'attente était très longue* » et que « *les parents devaient aller au privé* ». Un deuxième déclarait que son regroupement devait « *souvent agir en ce sens* » et qu'il fallait « *du leadership de certains établissements de la SSS* ». Il précisait que l'OPHQ « *assurait aussi un bon leadership en ce qui concerne les dossiers relatifs aux PH* ».

- Dans l'ensemble, les répondants (n = 232) ont identifié trois **secteurs d'activité**, parmi les huit proposés, qui seraient **ceux avec lesquels la DSP de Lanaudière aurait le plus de difficulté à travailler en AI**¹⁴ (annexe 14, q11, tableau10, p. 289). Il s'agit de « *l'économie (travail, emploi, entreprises)* », retenu par 52 des 232 répondants (22 %); des « *affaires municipales et de l'aménagement du territoire* », retenu par 49 des 232 répondants (21 %); et des « *transports* »,

¹⁴ Voir note 11, p. 132.

identifié par 48 des 232 répondants (21 %). Il faut noter que 98 des 232 répondants (42 %) ont répondu « je ne sais pas » à cette question.

- ✓ Ceux **de l'intrasectoriel** (n = 41) ont opté pour les mêmes trois choix de réponses principaux, dans des proportions différentes. Ainsi, 18 répondants (44 %) ont retenu le secteur de « l'économie »; 16 répondants (39 %) ont retenu celui des « affaires municipales et de l'aménagement du territoire »; et 15 répondants (37 %), celui des « transports ». Puis, 15 répondants (37 %) ont déclaré « je ne sais pas ».

Dans ce groupe, deux répondants ont apporté des commentaires en complément de leurs réponses. L'un d'eux a fait remarquer que, comme il « ne connaissait pas tout ce qui se fait à la DSP », il était possible qu'il « parle à travers de son chapeau ». L'autre précisait que la DSP « travaillait dans les mêmes plates-bandes que les CSSS », mais qu'elle devrait « aller plus loin comme municipalités, transport ».

- ✓ Ceux **de l'intersectoriel** (n = 191) ont aussi retenu les trois mêmes choix de réponses principaux. Parmi les répondants, 34 (18 %) ont retenu le secteur de « l'économie »; 33 (17 %) celui des « affaires municipales et de l'aménagement du territoire »; et aussi 33 (17 %), celui des « transports ». Dans ce groupe, 83 répondants (44 %) ont affirmé qu'ils « ne savaient pas ».

Des répondants de ce groupe ont identifié deux autres secteurs d'activité avec lesquels la DSP de Lanaudière aurait, à leur avis, le plus de difficulté à travailler en AI. Ce sont : « le communautaire » (deux répondants) et « la sécurité civile » (un répondant). D'autres répondants ont apporté des commentaires en lien avec cette question. L'un d'eux a affirmé : « Malgré que la situation s'améliore, il y a encore beaucoup à faire ». D'après un autre, il fallait « concevoir que la culture pourrait faire partie de la liste ». Puis, un troisième était d'avis que « toutes les réponses » proposées pouvaient s'appliquer. Il ajoutait qu'il fallait « développer cette compétence à construire ensemble et non pas vouloir faire le plus fin que l'autre ».

- Pour ce qui est des **rôles que peut jouer la DSP de Lanaudière dans les démarches d'AI auxquelles elle participe avec ses partenaires**¹⁵, parmi sept rôles proposés, quatre ont été retenus en plus grand nombre par l'ensemble des répondants (n = 232) (annexe 14, q10, tableau 11, p. 290). Ainsi, 125 répondants (54 %) ont choisi le rôle d'« expert de contenu »; 118 répondants (51 %), celui d'« initiateur des démarches »; 111 répondants (48 %), celui de

¹⁵ Voir note 11, p. 132.

« leader des démarches »; et 103 répondants (44 %), celui d'« expert de méthode ou de processus ».

- ✓ Parmi ceux **de l'intrasectoriel** (n = 41), les choix de réponses principalement retenus étaient légèrement différents, mis à part les deux premiers. Ainsi, 29 répondants (71 %) ont opté pour le rôle d'« expert de contenu »; et 23 répondants (56 %), pour celui d'« initiateur des démarches ». Puis, 22 répondants (54 %) ont retenu le rôle d'« expert de méthode ou de processus »; et 21 répondants (51 %), celui de « bailleur de fonds ».

Un répondant a précisé qu'à son avis « cela dépendait du contexte et des démarches »; et également que « le bailleur de fonds serait l'ASSS et non la DSP ».

- ✓ Les choix des répondants **de l'intersectoriel** (n = 191) correspondaient à ceux de l'ensemble des répondants. Ainsi, 96 répondants (50 %) ont retenu le rôle d'« expert de contenu »; 95 répondants (50 %), celui d'« initiateur des démarches »; 93 répondants (49 %), celui de « leader des démarches »; et 81 répondants (42 %), celui d'« expert de méthode ou de processus ».

Quelques répondants de ce groupe ont émis des commentaires en lien avec la question. L'un d'eux choisissait comme rôles attribuables à la DSP « un peu toutes ces réponses ». Deux autres exprimaient une légère préoccupation concernant la place occupée par la DSP dans les démarches d'AI. L'un d'eux soulignait que cette organisation devait travailler « au même titre que les autres dans un principe d'égalité des intervenants au sein d'une concertation ». D'après l'autre, il fallait mettre en place « une vraie collaboration », c'est-à-dire « travailler ensemble en réunissant nos différentes compétences afin d'être plus efficaces mais sans venir dire quoi faire à l'autre ». Puis, deux répondants ont affirmé respectivement : « je ne sais pas » et « ne peux me prononcer ».

2.3.2.2 Facteurs facilitants et limitants

La majeure partie de l'ensemble des informations obtenues par le moyen du questionnaire portaient sur les facteurs susceptibles de faciliter la mise en œuvre de la stratégie ou d'y faire obstacle. Cinq questions, dont deux ouvertes ou qualitatives, ont permis de documenter cet aspect. Deux exploraient les facteurs organisationnels; une autre, les habiletés et compétences des participants; et une dernière, plus générale, les éléments pouvant aider à améliorer les démarches d'AI.

En ce qui concerne les facteurs organisationnels susceptibles d'influencer le bon fonctionnement d'une démarche d'AI, que ce soit au début ou en cours de processus, on constate que les

répondants de l'intrasectoriel et de l'intersectoriel se rejoignent dans la grande importance qu'ils accordaient en plus grand nombre aux mêmes facteurs, mis à part quelques nuances. Au début du processus, il s'agissait de : la « *volonté de construire quelque chose ensemble* » et de la désignation des « *bonnes personnes* » pour les « *bonnes démarches* ». En cours de processus, les facteurs priorités étaient la « *circulation d'information assurée également entre les partenaires* », la « *non-imposition de son contrôle ou de ses visées aux autres* » par un partenaire, ainsi que le « *respect des rôles et des missions des autres* » partenaires. Les répondants des deux groupes attribuaient également le moins d'importance au même facteur, en début de processus; c'est-à-dire à l'investissement de ressources, notamment financières, par tous les partenaires.

Pour ce qui est des habiletés ou compétences nécessaires pour participer à des démarches d'AI, le plus grand nombre des répondants des deux groupes¹⁶ étaient d'avis que oui, il fallait en posséder. Quant à celles qui ont été identifiées par le plus de répondants (question ouverte), c'était dans l'ensemble les mêmes dans les deux groupes, et elles étaient souvent désignées à l'aide des mêmes mots-clés principaux : ouverture, écoute, communication, vision, travail d'équipe, leadership, respect. Les répondants des deux groupes ont aussi fait état de différentes autres qualités personnelles ou aptitudes recherchées chez les participants aux AI, à des éléments de connaissance ou à d'autres associés à la volonté ou au désir des participants. Quelques éléments mentionnés s'apparentaient plutôt à des conditions de réussite ou des façons de faire de l'AI.

Enfin, des répondants de l'intrasectoriel et de l'intersectoriel ont formulé des commentaires ou des suggestions en vue d'améliorer les démarches d'AI auxquelles leur organisme participait avec la DSP de Lanaudière. Dans les deux groupes, des éléments de diverses natures ont été mentionnés. Selon les cas, ils étaient de type politique ou contextuel, structurel ou organisationnel, fonctionnel, ou encore, en lien avec les ressources. Bien qu'exprimés de façons différentes, quelques éléments ont été relevés dans les deux groupes de répondants. Il s'agit, par exemple, de l'importance d'ancrer les AI au niveau local ou terrain, du rôle de soutien que l'on préfère voir adopter par la DSP plutôt qu'un rôle de contrôle, ainsi que du caractère parfois prédéterminé ou imposé de certaines façons de faire de l'AI (larges concertations ou attitude de la DSP).

- Dans l'ensemble, la moitié et plus des répondants (n = 232) ont attribué le niveau « *très important* » à quatre **facteurs organisationnels pouvant influencer le bon fonctionnement d'une démarche d'AI auxquels il faudrait accorder de l'importance au début du processus** (annexe 14, q14, tableau 12, p. 291). Ces trois facteurs étaient : 1) « *Qu'une volonté de construire quelque chose ensemble soit partagée par les organisations partenaires* » (retenu

¹⁶ En soustrayant ceux qui n'ont pas répondu à la question.

par 134 répondants ou 58 %); 2) « Que les bonnes personnes (intervenants terrain ou gestionnaires) soient désignées pour représenter leur organisation aux « bonnes démarches » (retenu par 125 répondants ou 54 %); 3) « Que les partenaires précisent dès le départ les modalités de la démarche : le mandat et sa durée, qui y participe, le mode de fonctionnement, etc. » (retenu par 115 répondants ou 50 %); et 4) « Que chacune des organisations partenaires sache clairement au départ le rôle qu'elle souhaite et peut jouer au sein de la démarche » (retenu par 115 répondants ou 50 %).

Par ailleurs, parmi les douze facteurs organisationnels proposés, celui qui a été jugé le moins important par l'ensemble des répondants était : « Que chacune des organisations partenaires soit en mesure d'investir des ressources (notamment financières) dans la démarche ». Ainsi, 28 répondants (12 %) ont jugé ce facteur « pas du tout important » et 58 autres (25 %) l'ont jugé « un peu important ».

- ✓ Les quatre mêmes facteurs organisationnels ont été retenus par le plus grand nombre des répondants **de l'intrasectoriel** (n = 41) (annexe 14, q14, tableau 13, p. 292). Ainsi, dans l'ordre : 1) 35 répondants de ce groupe (85 %) ont considéré comme un facteur « très important » le facteur concernant la « volonté de construire quelque chose ensemble »; 2) 33 répondants ont aussi jugé « très important » le facteur consistant à désigner les « bonnes personnes » pour les « bonnes démarches »; 3) 29 répondants (71 %) ont accordé le même niveau d'importance au facteur portant sur la précision des « modalités de la démarche »; et 27 répondants (66 %) ont attribué ce niveau d'importance supérieur au facteur ayant trait à la clarté du « rôle que chacune des organisations souhaite et peut jouer au sein de la démarche ».

Le facteur organisationnel jugé le moins important par les répondants de l'intrasectoriel était également « Que chacune des organisations partenaires soit en mesure d'investir des ressources (notamment financières) dans la démarche ». Ainsi, 5 répondants (12 %) l'ont considéré « pas du tout important » et 15 autres répondants (37 %) ont déclaré qu'il était « un peu important ».

Des répondants de ce groupe ont identifié d'autres facteurs organisationnels ou éléments dont il leur apparaissait utile de tenir compte au début d'une démarche d'AI. Il a été question de : « reconnaissance de ce travail » par les directions des organisations, d'intégration dans les discussions de préoccupations pour la « pérennisation » des projets, d'entente à conclure sur des « mécanismes de partage de l'information » en fonction de « valeurs de transparence et de respect », de « la légitimité de chaque représentant en regard de son organisation » qu'il fallait préciser, de la nécessaire « présence d'un leadership partagé par les partenaires », ainsi que de caractéristiques souhaitées pour « les indicateurs dans la reddition de

comptes » (qu'ils soient « davantage qualitatifs et tiennent compte de la réalité des organismes et des concertations »).

- ✓ Un plus grand nombre des répondants **de l'intersectoriel** (n = 191) ont également attribué une importance « très grande » aux quatre mêmes facteurs organisationnels au début d'une démarche d'AI. Ainsi, respectivement, 99 répondants (52 %) ont accordé ce niveau d'importance au facteur 1; 92 répondants (48 %) l'ont accordé au facteur 2; 88 répondants (46 %) l'ont fait pour le troisième facteur; et 86 répondants (45 %) pour le quatrième facteur. (annexe 14, q14, tableau 14, p. 293).

Le facteur organisationnel jugé le moins important par les répondants de l'intersectoriel était également celui qui portait sur l'investissement des organisations partenaires en ressources, notamment financières. Parmi ces répondants, 22 (12 %) étaient d'avis que ce facteur n'était « pas du tout important », et 43 autres (23 %), qu'il était « un peu important ».

Des répondants de ce groupe ont identifié quelques autres facteurs organisationnels dont il faudrait tenir compte au début d'une démarche d'AI. Il a été question de « passer par-dessus l'utopie que d'asseoir des partenaires ensemble va nécessairement débloquer sur quelque chose », de savoir « utiliser les compétences de chacun comme une richesse », d'éviter que les démarches s'appuient sur une approche « du haut vers le bas » en favorisant la « participation du bas » ou du milieu dès le début de la démarche, de s'assurer que les démarches soient « bien encadrées et bien préparées afin d'être efficaces », et également de préférer « l'action concrète » à « la réunionite ». Des répondants ont aussi émis des commentaires en lien avec la question. En lien avec un des choix de réponses, l'un d'eux a fait remarquer que des indicateurs étaient « déjà disponibles ». Un autre a souligné que ce n'était « pas tous les partenaires qui pouvaient investir de l'argent ». Selon un troisième, la concertation de partenaires intersectoriels constituait une « expertise qui dépasse le simple « leadership » d'un partenaire au sein du groupe ». Il ajoutait : « De toute façon, en étant « leader », le représentant néglige sa participation en tant que partenaire ».

- En ce qui concerne les **facteurs organisationnels susceptibles d'influencer le bon fonctionnement d'une démarche d'AI en cours de processus** (annexe 14, q15, tableau 15, p. 294), dans l'ensemble, les répondants (n = 232) ont été plus nombreux à considérer comme étant « très importants » trois des sept facteurs proposés. Ces facteurs étaient : 1) « Que la circulation d'information soit assurée également entre tous les partenaires » (retenu par 126 répondants ou 54 %); 2) « Que les organisations partenaires n'imposent pas leur contrôle ou leurs visées aux autres » (retenu par 124 répondants ou 53 %); et 3) « Que chacune des

organisations partenaires respecte les rôles et les missions des autres » (retenu par 120 répondants ou 52 %).

- ✓ Les répondants **de l'intrasectoriel** (n = 41) ont aussi été plus nombreux à considérer comme étant « *très importants* » les trois mêmes facteurs organisationnels (annexe 14, q15, tableau 16, p. 295), mais selon un ordre différent. Ainsi, 32 répondants (78 %) ont retenu le facteur « *Que les organisations partenaires n'imposent pas leur contrôle ou leurs visées aux autres* »; 30 répondants (73 %) ont retenu le facteur « *Que chacune des organisations partenaires respecte les rôles et les missions des autres* »; et 29 répondants (70 %) ont retenu le facteur « *Que la circulation d'information soit assurée également entre tous les partenaires* ».

Des répondants de ce groupe ont mentionné d'autres facteurs organisationnels susceptibles d'influencer le bon fonctionnement d'une démarche d'AI en cours de processus. Il s'agirait de : s'assurer de disposer de « *compétences en animation tout le long du processus* », de « *ne pas avoir d'agenda caché* », et que cette participation à des démarches d'AI « *fasse partie des rôles, responsabilités des gens qui s'y impliquent* ».

- ✓ En ce qui concerne ceux **de l'intersectoriel** (n = 191), un plus grand nombre d'entre eux a également jugé comme étant « *très importants* » les trois mêmes facteurs organisationnels (annexe 14, q15, tableau 17, p. 296), et cette fois, selon le même ordre de priorité que l'ensemble des répondants. Ainsi, 97 répondants de ce groupe (51 %) ont retenu le facteur « *Que la circulation d'information soit assurée également entre tous les partenaires* »; 92 répondants (48 %) ont retenu le facteur « *Que les organisations partenaires n'imposent pas leur contrôle ou leurs visées aux autres* », et 90 répondants (47 %) ont retenu le facteur « *Que chacune des organisations partenaires respecte les rôles et les missions des autres* »;

Quelques autres facteurs organisationnels pouvant influencer le bon fonctionnement d'une démarche d'AI en cours de processus ont été identifiés par les répondants de ce groupe. Il a été question de : « *prendre des décisions qui font consensus* », de mettre en place un « *langage commun* »; ainsi que d'« *arrimer les vitesses de fonctionnement* » des participants afin que les démarches ne soient pas « *trop longues et très intellectuelles* », qu'elles puissent « *donner du sens plus rapidement* » et conduire grâce à l'action à des « *résultats concrets* ».

- Au sujet de la **nécessité de posséder des habiletés ou compétences particulières pour participer à des démarches d'AI** (annexe 14, q16, tableau 18, p. 296), dans l'ensemble (n = 232), plus de la moitié des répondants (122 répondants ou 53 %) ont considéré que c'était le

cas. Par ailleurs, 50 répondants (22 %) ont jugé que « non », et 60 autres (26 %) n'ont pas répondu à la question.

- ✓ Parmi ceux **de l'intrasectoriel** (n = 41), ce sont 34 répondants (83 %) qui étaient d'avis que « oui », il fallait des habiletés ou compétences particulières pour participer à des démarches d'AI.
- ✓ Puis, 88 répondants **de l'intersectoriel** (n = 191), soit 46 %, ont considéré aussi qu'il fallait des habiletés ou compétences particulières pour prendre part à des démarches d'AI.
- En réponse à une question ouverte, la moitié de l'ensemble des répondants (115 répondants sur 232 ou 50 %) ont identifié des **habiletés ou compétences spécifiques** qui leur apparaissaient **nécessaires pour participer à des démarches d'AI** (annexe 14, q17, tableau 19, p. 297).
 - ✓ Parmi ceux **de l'intrasectoriel** (n = 41), ce sont 33 répondants (81 %) qui ont mentionné de telles habiletés ou compétences. Ou encore, il pouvait s'agir de qualités personnelles, d'attitudes ou de dispositions, et également de conditions de réussite ou de façons d'aborder ou de faire de l'AI.

Les principales habiletés ou attitudes jugées nécessaires par les répondants de ce groupe ont été identifiées par plusieurs d'entre eux. Elles avaient trait : à la communication (13 répondants); à l'ouverture, l'ouverture d'esprit ou l'ouverture à la différence (11 répondants); au respect, notamment des autres et des différences (9 répondants), au travail d'équipe (8 répondants); au leadership, notamment au leadership partagé ou collaboratif (7 répondants); à la vision qui devait être globale, commune, partagée ou stratégique (7 répondants); ainsi qu'à l'écoute (5 répondants).

De nombreux autres éléments ont été identifiés seulement par un ou deux répondants. Certains réfèrent à des connaissances : de son milieu, des principes de base de l'AI, des attitudes de base pour participer à l'AI, du sujet, de l'organisme que l'on représente (sa mission, sa vision, ses valeurs, ses services, ses limites, etc.), des besoins de la population desservie pour être capable de les faire valoir. D'autres étaient de l'ordre des capacités ou habiletés : habiletés stratégiques ou à prendre position; capacité de construire, de négocier, d'animer des groupes qui ont des mandats et des visions différents, d'arrimer les actions et les interventions, de dégager des énergies de production, ainsi que de prévenir et gérer les conflits. En outre, quelques éléments ont été formulés de termes de compétences en « gestion » : des partenariats, des résultats, de soi et des différences, des conflits; ainsi que gestion centrée sur la réponse au besoin du client.

Des qualités personnelles que devraient posséder les participants aux AI ont aussi été mentionnées par des répondants individuels : le discernement, la patience, la souplesse, l'audace, le savoir-être, le sens des responsabilités et l'esprit de synthèse. Des éléments similaires se rapportaient davantage à des dispositions des participants ou des attitudes qu'ils devraient adopter : la motivation, la disponibilité, l'implication, le goût du dépassement, la passion, l'« *orientation clientèle* », l'acceptation des forces et des idées des autres, la foi en la démarche, la foi en l'autre et l'intérêt à l'autre, de même que la disposition à trouver des solutions ensemble.

Dans le même ordre d'idées, quelques éléments se rapportaient à une volonté ou un désir des participants : volonté de « *faire les choses autrement* »; désir de s'engager, de se laisser influencer, ainsi que « *d'aller plus loin en partageant les pensées et en créant de nouvelles avenues et façons de faire* ».

Quant aux conditions de réussite et aux façons d'aborder ou de faire de l'AI, il a été question : d'« *être soutenu par son organisation avec un mandat clair et des moyens pour y arriver* », de disposer de temps, d'un « *langage commun* » et de « *latitude de gestion* », de partager les objectifs ainsi que les rôles et responsabilités, de « *faciliter la conscientisation de l'impact que chacun peut avoir sur la santé* », et aussi de recourir à l'éthique clinique.

- ✓ Puis, parmi ceux **de l'intersectoriel** (n = 191), 81 répondants (42 %) ont aussi identifié des habiletés ou compétences particulières requises dans les démarches d'AI. Parfois, également, il s'agissait d'attitudes, de dispositions, de valeurs ou encore de conditions de réussite ou de façons d'aborder l'AI ou d'en faire.

Les principaux éléments mentionnés rejoignaient ceux qui avaient été identifiés par les répondants de l'intrasectoriel. En fait, les répondants de ce groupe ont souvent employé les mêmes mots-clés principaux. Il a été question particulièrement : ouverture (28 répondants); d'écoute (16 répondants); de communication (15 répondants); de vision, qui pouvait être globale, d'ensemble, large, etc. (14 répondants); de travail d'équipe (13 répondants); de leadership (12 répondants); et de respect, notamment des différences entre les organisations (10 répondants).

Certains éléments formulés en termes de capacités ou compétences ont été mentionnés par un ou quelques répondants. Il s'agissait d'abord que les participants à une AI puissent analyser, faire des liens, suivre le dossier et faire valoir des idées. Des répondants ont considéré qu'ils devaient savoir aussi : travailler de concert avec divers milieux ou établissements, se regrouper, penser globalement et agir localement,

représenter clairement les orientations de son organisation, se positionner, être challengé dans ses positions, construire avec l'autre, saisir les opportunités de changement, résoudre des problèmes, questionner les projets déposés et accepter des compromis.

Ont été identifiées aussi, par un ou quelques répondants, des qualités personnelles ou aptitudes recherchées chez les participants aux AI : la disponibilité ou l'assiduité, l'honnêteté ou l'intégrité, la souplesse ou capacité d'adaptation, la ténacité, la diplomatie, le jugement, l'initiative, le sens du partenariat, la créativité, la curiosité, l'expertise, la motivation, la transparence, la débrouillardise et le sens de l'organisation. Certains s'attendaient à ce que les participants soient : conciliateurs ou conciliants, innovateurs, responsables, rassembleurs.

Également, d'autres éléments soulevés par un ou quelques répondants se rapportaient à des connaissances : du milieu surtout et de ses besoins; puis des enjeux territoriaux, du sujet ou dossier en cause, de l'organisation et de son rôle, du réseau et de l'intersectoriel, des clientèles et des programmes, ainsi que des bases de la gestion.

Des répondants ont fait état d'éléments liés à la volonté ou au désir des participants, notamment de : collaborer ou travailler ensemble, travailler pour le bien commun ou pour améliorer des situations données, faire avancer les choses de façon globale ou partager. D'après l'un d'eux, ils devaient faire preuve de « *volontariat* ».

Certains éléments se présentaient plutôt comme des attitudes ou dispositions attendues des participants aux AI. Des répondants individuels pensaient, par exemple, que les participants devaient : manifester un intérêt non personnel pour le développement de la nouvelle instance et pour la collaboration, être à l'aise de travailler en concertation et en partenariat, exprimer une fierté de réaliser des choses en équipe, faire montre de motivation et d'intérêts en lien avec la santé de la population, être en mesure d'adresser globalement une problématique ou de s'engager activement dans le processus, avoir la mission à cœur, tendre vers un même résultat ou être déterminés à atteindre des objectifs collectivement adoptés, de même que porter le souci d'agir pour le bien-être de la clientèle-cible avant de viser le bien-être de leur organisation. D'après d'autres, ils devaient : être des piliers dans leur domaine, être des personnes habituées à travailler au développement de la communauté (de façon bénévole ou dans le cadre d'une expérience de travail), ou avoir une expérience significative dans la concertation et le développement. Ils devaient, en outre, rechercher le bien commun ou le consensus, adopter une approche collaborative, voire une approche écosystémique, et entretenir des rapports égaux.

Enfin, deux éléments s'apparentant davantage à des conditions de succès ont été notés. Ainsi, les participants aux AI devraient disposer du « *temps de libération* » nécessaire à ces activités et s'assurer d'être « *les bonnes personnes à la bonne place* ».

- Au terme du questionnaire, les répondants étaient invités à faire part de leurs **commentaires ou suggestions concernant ce qui pourrait améliorer les démarches d'AI auxquelles leur organisme participe avec la DSP de Lanaudière** (annexe 14, q22, tableau 20, p. 297). Dans l'ensemble, 29 des 232 répondants (13 %) ont émis un commentaire ou une suggestion.
 - ✓ Parmi ceux **de l'intrasectoriel**, ce sont 10 des 41 répondants (24 %) qui ont exprimé au moins un commentaire ou une suggestion. Souvent, les suggestions émises étaient associées à des constats en lien avec des situations jugées problématiques ou susceptibles d'amélioration.

Le plus grand nombre de ces commentaires ou suggestions portaient sur des éléments de nature contextuelle ou politique. Il s'agissait en général de réajuster le rôle ou la contribution de la DSP par rapport à ceux d'autres partenaires. Ces derniers étaient souvent associés au « *milieu* », au « *terrain* » ou au palier local. Par exemple, un répondant déclarait, à propos du rôle à ce niveau des agents de planification de la DSP :

« Dans les dernières années, on a remarqué que les agents de planification sortaient de moins en moins sur le terrain. Une action intersectorielle suppose de prendre part à ce qui se vit dans les milieux. Même si certains dossiers sont régionaux, il n'en demeure pas moins que les communautés d'appartenance des lanaudois et lanaudoises sont surtout locales et correspondent le plus souvent à leur village ou leur quartier. Quelle pourrait être la contribution de la DSP à cette échelle... Voilà une bonne question à se poser je crois. »

De même, des suggestions formulées en lien avec des constats de nature contextuelle ou politique portaient sur : la « *reconnaissance des territoires comme lieux d'ancrage* » des AI, et l'intérêt de « *favoriser l'implication des municipalités dans l'amélioration de l'état de santé de leur communauté, des déterminants de la santé* ».

Dans une perspective plus générale ou fondamentale, un répondant affirmait qu'il fallait arrêter de « *voir comme un choix* » la participation des organisations à des démarches d'AI. À ses yeux, c'était « *une obligation* » qu'elles travaillent de cette façon pour les raisons suivantes : « *meilleure pratique, payant pour les communautés, limite le dédoubleage, augmente l'efficience* ».

Un répondant a, pour sa part, exprimé un point de vue critique global sur l'articulation des rôles et pouvoirs entre partenaires, notamment dans le contexte de larges concertations impliquant le financement de projets en fonction d'orientations et de façons de faire prédéterminées :

« Si vous souhaitez réellement faire du développement des communautés avec des démarches telles que le PARSIS, redonnez le pouvoir aux communautés locales, écoutez-les et laissez-les décider des modalités, délais et de leurs priorités. Ce sont des démarches qui suivent un rythme naturel qui est propre à chacune des communautés. Pensons également à trouver des façons pour financer les concertations locales qui constituent désormais un incontournable, mais qui n'est pas à la portée de tous les acteurs locaux faute de moyens (temps et argent). En ce qui concerne les sociétés de gestion de la Fondation Chagnon, arrêtons de prétendre que ça a pour but de faire du développement des communautés. Les cibles sont déjà décidées, les meilleures façons d'y arriver aussi. Tout ça demeure dans une logique de développement de programme parachuté dans les milieux sans qu'aucune de ces initiatives se soient arrimées. RÉSULTAT : les acteurs du milieu sont fatigués, ceux œuvrant auprès des enfants, des jeunes et de leurs familles sont sur-sollicités et le citoyen moyen n'y comprend rien. »

Des répondants se sont préoccupés d'éléments de nature plutôt structurelle ou organisationnelle en abordant la répartition des rôles, responsabilités et pouvoirs entre les instances intrasectorielles que constituent le CSSS et la DSP. Par exemple, un participant mentionnait que la première organisation « *entreprendait des démarches avec ses communautés dans lesquelles la DSP n'est pas* ». À son avis, c'était « *ok comme cela* », toutefois, cette situation devait « *être reconnue* ». Pour sa part, un autre proposait que la DSP « *montre un leadership fort* », mais en agissant comme « *une entité de support et non que de commandes en lien avec la reddition de comptes* ». Il exprimait le souhait : « *Que nous sentions sur le terrain que nous formons une équipe de collaborateurs* ».

Un répondant a noté le peu de contacts entre la DSP et un « *établissement de réadaptation spécialisé de deuxième ligne* », en dépit du fait que les deux organisations fassent partie « *du même continuum pour la clientèle* ». Il précisait que le CSSS agissait souvent comme « *le pont entre les deux* ».

D'autres éléments structurels ou organisationnels se rapportaient plutôt à l'interne des organisations individuelles susceptibles de participer aux démarches d'AI. Il a été question de la nécessité qu'elles se dotent d'une « *vision organisationnelle* » favorisant l'AI, ainsi que de l'importance de « *réfléchir à la pérennisation des projets* »

Quelques suggestions exprimées faisaient référence à des éléments de nature fonctionnelle. Il a été question de fournir aux participants aux AI « des avis sommaires » ou « des résumés avec des cibles bien communiquées », compte tenu qu'on leur soumettrait « parfois beaucoup trop d'écriture », ce qui leur ferait « perdre le sens ou l'intérêt ». Concernant la reddition de comptes, des répondants ont mentionné que celle-ci devrait « tenir compte des démarches d'action intersectorielle et de développement des communautés », et inclure « des cibles de suivi de la performance » qui seraient associées à « des co-responsables de la reddition de comptes ». Un participant a aussi proposé que l'on se dote d'un « prix reconnaissance lanaudois sur l'action intersectorielle » qui s'adresserait aux individus et aux collectivités.

En ce qui concerne les commentaires ayant trait aux ressources, deux répondants ont rappelé qu'il fallait « des moyens » (notamment du temps et de l'argent) pour prendre part à des démarches d'AI.

- ✓ Quant aux répondants **de l'intersectoriel**, 19 sur 191 (10 %) ont aussi émis des commentaires ou des suggestions en vue d'améliorer les démarches d'AI auxquelles leurs organismes participaient avec la DSP.

Comme les répondants de l'intrasectoriel, ceux de ce groupe ont formulé des suggestions en vue de remédier à des lacunes identifiées. Plusieurs concernaient des éléments de nature contextuelle ou politique. Par exemple, il a été question de « faire plus de place aux organismes communautaires, créés pour répondre à des besoins de la population », et également de considérer leur participation comme celle de « partenaires égaux, faisant partie aussi des réflexions en début de processus, et non seulement comme des exécutants de parties de programmes ». D'autres suggestions se rapportaient à des aspects plus généraux. À ce chapitre, il a été question : d'« augmenter la participation de partenaires « terrain » car ils présentent une vision et une réalité que certains gestionnaires n'ont malheureusement plus »; de « tendre davantage vers une démarche d'AI avec une vision globale plutôt que de multiplier les démarches... et surtout pas par clientèles »; de faire en sorte que « le leadership soit partagé entre les partenaires »; d'éviter qu'un organisme se sente « obligé de participer activement à une action ou un projet initié par un autre organisme », étant donné que « la mission fondamentale d'un organisme doit toujours prévaloir sur les buts recherchés par les autres »; d'« accepter d'être la cible de critiques »; de « revoir le positionnement de bailleurs de fonds » dans une perspective d'« indépendance des rôles » et de « collaborer de manière ouverte et transparente sans agenda caché ».

Des commentaires et suggestions de nature politique étaient adressés de façon plus spécifique à la DSP. Un répondant invitait les acteurs de cette organisation à

« se présenter au moins une fois par année dans une assemblée MRC afin de discuter avec les élus d'un secteur, une MRC ». Un autre exprimait plutôt des critiques à l'égard de la DSP et de son attitude dans les AI :

« La DSP devrait faire attention à ne pas tenter de contrôler les démarches et résultats en laissant plus de place réelle aux partenaires et en respectant davantage les actions locales. Les démarches d'AI nécessitent des attitudes respectueuses des individus et des organisations qui y participent. L'attitude d'expert et le vocabulaire très spécialisé utilisé par certains intimide plusieurs partenaires, particulièrement du secteur communautaire, qui n'osent pas s'exprimer ou prendre leur place. Il y a parfois apparence de manque de transparence (on dirait un agenda caché) – cette situation est en lien avec certains individus et non tous. »

Dans le même sens, un autre déplorait que, trop souvent, on leur propose des programmes ou que « des gens de la santé arrivent avec la réponse à leurs problèmes », en tant qu'« experts ». Pourtant, on pourrait se demander si ces « solutions toutes faites » peuvent « prendre vie dans notre région si personne du terrain n'a participé à la démarche ». De l'avis de ce participant, il ne faudrait pas se présenter aux démarches d'AI « avec déjà un plan de match », mais plutôt « avoir un objectif, une vision » tout en étant disposé à « travailler avec les gens sur le comment ». Également, à propos des démarches visant les saines habitudes de vie chez les jeunes et leurs familles, un répondant affirmait qu'il y avait un « cheminement à continuer », et que « environnement, économique et politique devaient être développés en partenariat afin d'assurer les meilleures conditions » dans ce domaine.

Quelques éléments soulevés par les répondants étaient de nature structurelle ou organisationnelle. D'un point de vue général, une mise en garde a été lancée en vue de faire « attention à ne pas surmultiplier les tables et les rencontres inutilement » et d'« utiliser mieux ce qui est déjà en place plutôt que de créer de nouvelles structures ». Également, un répondant a considéré comme étant « très important que l'exemple vienne de haut ». Selon lui, « les grands ministères et organismes fonctionnent trop souvent en silos » tout en « prêchant en même temps les mérites de l'action en réseau ». Il ajoutait que la complexité des problèmes de santé publique faisait en sorte qu'en ce domaine, « une simple action isolée s'avère inefficace ».

À propos des liens entre la DSP et le CSSS, on a jugé qu'ils devraient être « davantage arrimés dans leurs efforts ». Plus spécifiquement, un répondant était d'avis que la DSP devait être « en soutien des démarches d'AI », en s'appuyant notamment sur ces ressources : « du financement, son expertise en recherche et évaluation et ses connaissances de démarches ». Il ajoutait que l'organisation « ne devrait pas être un leader/porteur ».

D'autres commentaires et suggestions se rapportaient aux ressources nécessaires pour prendre part à des démarches d'AI. Il a été question, afin de faciliter la participation des organismes communautaires à ces démarches, de « *soutenir leur revendication pour l'obtention de plus de ressources financières pour pouvoir mieux réaliser leur mandat* ». Également, un répondant était d'avis qu'il fallait « *arrêter de vouloir financer les résultats de la concertation et commencer à financer le processus de concertation effectué par des gens locaux ayant l'expertise pour le faire* ».

On peut noter qu'un répondant a affirmé « *ne pas connaître l'AI* », ce qui rendait difficile pour lui de « *compléter efficacement* » le questionnaire. Pour sa part, un autre souhaitait avoir « *plus d'information* » à ce sujet.

2.3.3 Les retombées de la stratégie

Après des répondants du questionnaire, les retombées de la stratégie ont été abordées uniquement en fonction des objectifs respectifs de la DSP et de ses partenaires prenant part à des démarches d'AI. On peut considérer que ces objectifs s'apparentent à une forme générale de résultats ou d'effets attendus.

On constate que, dans l'ensemble, les répondants ont eu tendance à attribuer à chacune des deux organisations un premier objectif représentant un « équivalent en substance » de l'autre. Il s'agit respectivement de « *l'amélioration de l'état de santé de la population* » pour la DSP, et de « *l'amélioration de la qualité de vie de la population* » pour leur propre organisme. À cet égard, on note que les objectifs comportant l'élément « santé » ont été retenus surtout par les répondants de l'intrasectoriel, sauf pour l'objectif consistant à « *sensibiliser les partenaires de la DSP à l'importance de tenir compte de la santé de la population dans leurs activités* ». En ordre d'importance, c'est le deuxième objectif attribué à la DSP par les répondants de l'intersectoriel.

- D'après l'ensemble des répondants (n = 232), trois **objectifs principaux**, parmi sept proposés, seraient **poursuivis par les acteurs de la DSP (gestionnaires et intervenants) quand ils utilisent la stratégie de soutien à l'AI** (annexe 14, q6, tableau 21, p. 298). Ainsi, 47 répondants (20 %) ont considéré que le principal de ces objectifs était d'« *Améliorer l'état de santé de la population* »; 44 répondants (19 %) étaient d'avis que c'était l'objectif de « *Sensibiliser les partenaires de la DSP à l'importance de tenir compte de la santé de la population dans leurs activités* », et 44 répondants également (19 %) ont plutôt accordé la priorité à l'objectif consistant à « *Développer une complicité avec des partenaires qui pourront aider la DSP à réaliser sa mission* ».
- ✓ Pour leur part, ceux **de l'intrasectoriel** (n = 41) ont retenu surtout deux objectifs principaux dont l'objet ou la substance représentait un relatif équivalent. Ainsi, 12 répondants (29 %) ont choisi l'objectif d'« *Améliorer l'état de santé de la*

population » et 12 répondants également (29 %) ont opté pour celui de « Contribuer à améliorer la qualité de vie de la population ».

Un répondant de ce groupe a proposé un autre objectif, celui de « Contribuer ensemble à l'amélioration de la qualité de vie et à l'état de santé ».

- ✓ Quant aux répondants **de l'intersectoriel** (n = 191), ils ont retenu les trois objectifs principaux suivants : 42 répondants (22 %) ont choisi celui de « Développer une complicité avec des partenaires qui pourront aider la DSP à réaliser sa mission »; 35 répondants (18 %) ont opté pour celui d'« Améliorer l'état de santé de la population » et 30 répondants (16 %) ont retenu celui ce « Contribuer à améliorer la qualité de vie de la population ».

Un répondant de ce groupe a émis un commentaire concernant les « saines habitudes de vie », qu'il associait à un objectif de la DSP en lien avec démarches d'AI. Il se déclarait « un peu tanné de l'entendre », et précisait qu'il y avait « trop de théorie et de statistiques, pas assez de réalisations pour favoriser leur application ».

- En ce qui concerne le **principal objectif poursuivi par l'organisation du répondant quand il participe à des démarches d'AI avec la DSP de Lanaudière** (annexe 14, q7, tableau 22, p. 299), dans l'ensemble, les répondants (n = 232) ont retenu surtout deux des cinq objectifs proposés. Ainsi, 90 répondants (39 %) ont choisi celui de « Contribuer à améliorer la qualité de vie de la population »; et 75 répondants (32 %) ont opté pour celui de « Développer une complicité avec des partenaires qui pourront aider mon organisation à réaliser sa mission ».
- ✓ Ceux **de l'intrasectoriel** (n = 41) ont aussi opté d'abord pour l'objectif de « Contribuer à améliorer la qualité de vie de la population » (16 répondants ou 39 %). Puis, 11 répondants de ce groupe (27 %) ont retenu l'objectif d'« Améliorer l'état de santé de la population »; et 8 répondants (20 %) ont choisi aussi celui de « Développer une complicité avec des partenaires qui pourront aider mon organisation à réaliser sa mission ».
- ✓ On retrouve, parmi ceux **de l'intersectoriel** (n = 191), les mêmes choix que dans l'ensemble des répondants. Ainsi, 74 répondants (38 %) ont opté pour l'objectif de « Contribuer à améliorer la qualité de vie de la population ». Puis, 67 répondants (35 %) ont choisi celui de « Développer une complicité avec des partenaires qui pourront aider mon organisation à réaliser sa mission ».

Des informateurs de l'intersectoriel ont ajouté quelques commentaires ou précisions en lien avec cette question. Un des objectifs proposés a été reformulé ainsi : « Contribuer

à améliorer les CONDITIONS de vie de la population : il y a une GROSSE nuance à faire entre les deux dans le Sud de Lanaudière ». Un autre a suggéré d'« informer le public ».

2.4 LES MODÈLES LOGIQUES DES TROIS GROUPES D'ACTEURS

2.4.1 Le modèle logique des acteurs de la DSP

On trouvera à l'annexe 20 (p. 335) le modèle logique des acteurs de la DSP. Y sont mis en évidence les éléments qui distinguent la compréhension de la stratégie qu'ont ces acteurs, d'après l'analyse des données. Les différences, par rapport au modèle logique initial (voir annexe 1 p. 199), se situent surtout dans le contenu associé aux différentes composantes du modèle.

Dans ce modèle, **les ancrages de la stratégie** englobent les facteurs d'influence antérieurs au PAR 2009-2012 (documents d'orientation, études et pratiques) et l'hypothèse liant la stratégie à ce document d'orientation. Concernant les **documents d'orientation et études** :

- Quelques informateurs ont associé l'un ou l'autre des documents d'orientation à la stratégie. Les documents mentionnés sont : la *Charte d'Ottawa* (1986), la *Politique de santé et bien-être* (1992), la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (mise à jour 2014), le *Programme national de santé publique* (2003, mise à jour 2008), le *Plan d'action régional (PAR) de santé publique de Lanaudière 2004-2007* (2003), et le *Rapport du Directeur de santé publique de Lanaudière* (2007).
- Pourtant, l'ensemble des documents d'orientation identifiés dans le modèle logique initial ont joué un rôle historique ayant conduit à l'inscription de la stratégie dans le PAR 2009-2012 de santé publique de Lanaudière. On peut donc tous les considérer comme des facteurs d'influence, plus ou moins directs, dans l'ancrage de la stratégie chez les acteurs de la DSP. Et ce, même si ces derniers n'en sont pas nécessairement conscients.

« Ça a été mis de l'avant de façon répétée mais peut-être sans nécessairement qu'on réussisse à bien cerner de quoi on parle, pis les processus à mettre en place. Et ça explique beaucoup pourquoi on est assis autour de la table aujourd'hui et pourquoi le ministère s'en préoccupe. »

- Aucun informateur n'a mentionné d'étude spécifique constituant une assise théorique de la stratégie. À cet égard, l'attitude largement observée chez les informateurs consistait à simplement laisser entendre qu'il existait de telles études, qu'on y faisait confiance et qu'il fallait surtout s'appropriier leurs conclusions dans une perspective de mise en pratique. Cette attitude tendait à rejoindre l'esprit de l'approche englobant les données probantes et les

meilleures pratiques, qui justifie la mise en œuvre des pratiques sur la base d'études ayant déjà conclu en amont à leur efficacité.

« C'est bien beau de dire (que) tu vas accompagner un processus, mais ça se fait pas comme ça sur le coin d'une table là. Y'a des façons de le faire. Y'a toute une théorie. Y'a plusieurs théories en arrière de ça, dans l'accompagnement. Donc y'a une appropriation qui nous manque, c'est sûr. »

Concernant les **pratiques « antérieures » au PAR**, il a été question, en fait, de pratiques développées avant et indépendamment du PAR 2009-2012, mais se poursuivant après la publication de ce document.

- La **participation** à des AI a été considérée comme une façon de fonctionner développée depuis des années par la DSP, et caractérisant même cette organisation par rapport à d'autres DSP (une « culture de partenariat »), en lien avec l'importance accordée au développement des communautés. La participation au *Forum sur le développement social* de la fin des années 1990 a été mentionnée comme un événement régional marquant en ce sens. Quelques expériences spécifiques d'AI ont été identifiées (actions en sécurité routière, etc.). La participation à des programmes et des projets particuliers (École en santé, OLO) a aussi été considérée comme une forme de participation à de l'AI.
- Des pratiques de **soutien** à des AI ont été identifiées au Service de surveillance, recherche et évaluation de la DSP (comités de recherche et d'évaluation, diffusion de données de surveillance en réponse à des besoins précis et en vue de documenter les liens entre des déterminants de la santé et l'état de santé de la population, etc.). Un lien a été établi entre la nouvelle gouvernance publique instaurée en 2001 et le passage de l'orientation de participer à l'AI à celle de soutenir l'AI.
- Des **pratiques apparentées** à de l'AI ont été mentionnées surtout par des informateurs des domaines de protection de la santé (santé au travail, santé environnementale et maladies infectieuses) : réponse à des demandes urgentes, avis sur des sujets très précis, notamment pour l'aménagement du territoire, etc. Ces pratiques impliqueraient plutôt des contacts ou collaborations avec des partenaires uniques (MAMROT¹⁷, MAPAQ, MRC, etc.), sans participation à des comités ou tables de concertation.

¹⁷ En mai 2014, le MAMROT est devenu le MAMOT, c'est-à-dire le ministère des Affaires municipales et de l'Occupation du Territoire.

Concernant **l'hypothèse ou le postulat du PAR** :

- Du point de vue des informateurs de la DSP, la stratégie s'appuyait plutôt sur un postulat que sur une hypothèse. Quoi qu'il en soit, il s'agit toujours de la **raison d'être** de l'inclusion de la stratégie dans ce document, que les acteurs concernés en soient conscients ou non.
- Cette raison d'être de la stratégie et de sa prescription aux acteurs de la DSP a été plusieurs fois mentionnée par des informateurs de ce groupe.

« Moi, je te dirais que faire un PAR comme ça sans intersectoriel, ça ne serait pas ambitieux. Ça serait même utopique. Tout tourne autour de. Tu pars de développement des communautés, à intégration sociale, traumatismes, vaccination, tu as besoin d'intersectoriel. Tu ne peux pas tout faire tout seul. Notre expertise n'est pas partout. Elle est dans un créneau particulier qui soutient ça, mais qui n'est pas en intervention nécessairement ou dans le terrain là-dessus là. »

La mise en œuvre de la stratégie inclut, dans ce modèle, les facteurs d'influence concomitants au PAR, ainsi que les ressources nécessaires et utilisées, en plus des activités réalisées elles-mêmes.

- Différents **facteurs d'influence** agissant sur la mise en œuvre de la stratégie pendant celle-ci ont été relevés. Par ordre d'importance, ils étaient respectivement de type structurel/organisationnel, fonctionnel, politique/contextuel, relationnel ou en lien avec les ressources.
- Différents types de **ressources** ont été jugés nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie : des ressources humaines et financières, du temps et un relatif pouvoir en lien avec les autres ressources.
- Quatre types d'**activités** associées à la mise en œuvre de la stratégie ont été distingués : des activités d'AIFSBE et d'AI soutenues par les acteurs de la DSP, et d'autres auxquelles ils participent au même titre que les autres partenaires impliqués. Également, il a été question des activités prévues au PAR pour chacun des domaines d'intervention, ainsi que d'activités souhaitées de promotion, de diffusion et de formation à propos du PAR et de la stratégie à l'étude.

Quant aux **retombées de la stratégie** (résultats, effets et impacts), une modification a été apportée à la grille d'analyse du modèle. Ainsi, la composante « résultats de production » du modèle initial a été supprimée. Puis, celle des « effets obtenus » a été insérée entre celle des « effets attendus » et celle des « impacts souhaités ».

- Les trois **effets attendus**, ou objectifs de résultats intermédiaires, demeurent les mêmes que ceux qui avaient été identifiés dans le cadre du modèle initial.

- On observe une correspondance entre les **effets** considérés comme étant **obtenus** et ceux qui avaient été identifiés en tant qu'effets attendus. Dans l'ensemble, les effets obtenus mentionnés sont plutôt de type qualitatif ou concernant le processus.
- Un deuxième **impact souhaité** a été relevé, en plus de celui qui avait été identifié initialement. Il concerne l'action sur les déterminants de la santé.

« L'action en santé publique, (...) elle vise aussi l'action sur les déterminants de la santé. Et souvent, la poignée pour avoir une action qui va être efficace, pas nécessairement à la Santé publique comme telle, elle se partage entre différents acteurs qui peuvent avoir une action concrète sur ces déterminants-là. Donc, si on veut être plus efficaces et améliorer la santé dans son sens large, il faut absolument qu'il y ait un travail de concertation, de partenariat avec les gens des ministères, les partenaires de l'intersectoriel, de la population. Dans ce sens-là, cette action commune vise à améliorer la santé par l'action sur les déterminants. Moi, c'est comme ça que je le vois et que je le définirais " favorable à la santé et au bien-être " ».

2.4.2 Le modèle logique des acteurs des CSSS

Le modèle logique de la stratégie propre aux acteurs des CSSS est présenté à l'annexe 21 (p. 341). Y sont mis en évidence les éléments spécifiques de leur compréhension de la stratégie, selon l'analyse des données de l'étude. Ce modèle présente des ressemblances avec celui des acteurs de la DSP qui s'expliquent par l'appartenance des deux groupes au même réseau de la santé et des services sociaux.

Concernant **les ancrages de la stratégie** chez les informateurs des CSSS, leurs rapports aux **documents d'orientation et études** sur lesquels elle est basée se sont avérés minimaux.

- Pour les informateurs de ce groupe comme pour ceux de la DSP, l'ensemble des documents d'orientation identifiés dans le modèle logique initial ont joué un rôle historique ayant conduit à l'inscription de la stratégie dans le PAR 2009-2012 de santé publique de Lanaudière. On peut donc tous les considérer comme des facteurs d'influence, même s'ils le sont indirectement et sans qu'ils en aient conscience, dans l'ancrage de la stratégie chez les acteurs des CSSS.
- Les seuls documents d'orientation mentionnés par les informateurs comme étant associés à la stratégie sont les PAL de santé publique. En fait, ils découlent du PAR plutôt que d'avoir influencé son contenu en amont.

« Ben oui, nous, quand même, y'a deux, trois, quatre ans, on avait été impliqués dans les démarches d'élaboration du PAL. (...) Y'avait eu des rencontres publiques avec les partenaires pour, dans le fond, donner le sens local au PAR. Donc, oui, on en a entendu parler. Pis plusieurs

des gens dans les équipes aussi en même temps. On l'a pas ramené toutes les trois semaines sur la sellette. Pis récemment, on a été ré-interpellés. On a retravaillé un peu avec certaines personnes qui avaient été plus impliquées sur un état de situation, un bilan du PAL dans le fond, pour les premières années de mise en œuvre. »

- Comme chez les acteurs de la DSP, aucun informateur des CSSS n'a mentionné d'étude spécifique constituant une assise théorique de la stratégie.

Concernant les **pratiques « antérieures » au PAR**, les informateurs ont plutôt fait état, comme ceux de la DSP, de pratiques développées avant et indépendamment du PAR 2009-2012, et se poursuivant après la publication de ce document.

- La **participation** à des AI a été associée à des programmes ou des projets particuliers du domaine de la santé publique (tel les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance ou SIPPE), ou encore à des démarches ou actions concernant des problématiques spécifiques (persévérance scolaire, saines habitudes de vie, prévention des traumatismes et sièges d'auto).

« Sur le terrain, c'est beaucoup de travail de partenariat avec les partenaires du terrain avec aussi la santé publique, puis dans des actions en lien avec la santé publique. Entre autres : persévérance scolaire, saines habitudes de vie. »

- Des pratiques de **soutien** à des AI ont été attribuées à des acteurs de CSSS. D'autres formes de soutien, qui concernent plus généralement la façon de travailler en AI en tenant compte des réalités locales, ont été associées à la DSP.

« On travaille de plus en plus des qualifications concertées avec les partenaires terrain pour aller vers des actions conjointes où nous, on a un rôle de soutien au niveau du partenariat : soutenir des démarches, soutenir des actions. Ça fait qu'on travaille beaucoup dans ce sens-là avec différents partenaires là, que ce soit du partenaire public ou communautaire. »

« La santé publique est bien positionnée pour remonter notre réalité, comment on peut appliquer certaines commandes, comment on peut mieux travailler ensemble dans les différents secteurs, comment être capable de se concerter. Je pense que ça, c'est un des moyens qui est utilisé pis qui peut être efficace. Ça donne pas toujours quelque chose dans la réalité. C'est souvent les constats qu'on a faits. Mais je pense que, de plus en plus, au niveau de la santé publique, l'Agence et tout ça, par en haut, sont conscients. On a vraiment besoin de soutien pour pouvoir remonter. C'est beau descendre, mais faut être capable de remonter les constats de la base aussi. »

- Des **pratiques apparentées** à de l'AI ont été mentionnées plutôt par des informateurs non directement concernés par les domaines de la santé publique. Il s'agissait surtout d'acteurs occupant des fonctions de type clinique ou curatif (par exemple, mise en œuvre du programme IDP¹⁸ et des PSII¹⁹).

« Le programme IDP²⁰, qui est un programme où on fait des PSII²¹, plans de services intersectoriels individuels, c'est de la concertation entre intervenants reliés aux clients, pour avoir une vision commune, des stratégies communes, des objectifs communs pour le bien des... C'est souvent des jeunes là, mais la famille aussi. Et des arrimages d'intervention en lien avec. C'est ça qui découle de la concertation. »

Concernant **l'hypothèse ou le postulat du PAR** :

- Il s'agit toujours de la base ou raison d'être initiale de l'inclusion de la stratégie dans le PAR. Cependant, tous les acteurs des CSSS ne semblaient pas être nécessairement conscients de son existence.
- Certains informateurs de ce groupe ont, à l'occasion, fait allusion à cette raison d'être de la stratégie.

« Je me suis vraiment aperçu, en travaillant avec les partenaires, qu'il y a pas juste le réseau de la santé qui vise l'amélioration de la santé de la population. Y'a beaucoup d'autres gens qui sont vraiment conscients de tout ça pis qui travaillent fort pour le faire. On n'est pas tout seuls, pis y'a vraiment d'autres secteurs qui sont très, très, très liés aussi. Pis oui, le but commun, je le vois, je le sens aussi. »

¹⁸ Il s'agit du programme d'*Intervention différentielle en partenariat*, mis en place à partir des travaux des chercheuses Nadia Desbiens de l'Université de Montréal et Marie-Hélène Gagné de l'université Laval. Ce programme lanadois considéré comme étant novateur « cible les enfants de 6 à 12 ans particulièrement vulnérables en raison d'une histoire de famille difficile et de leurs problèmes de comportements notables depuis le début de la scolarisation ». Il est basé sur une « concertation des acteurs qui interviennent dans la vie de ces enfants, c'est-à-dire, les intervenants des centres jeunesse, des CSSS ainsi que du milieu scolaire, sans oublier la contribution des parents ». (Centres jeunesse de Lanaudière. « Le gouvernement fédéral octroie une subvention de 2,3 millions aux Centres jeunesse de Lanaudière », communiqué, 8 novembre 2010, 2 p.)

¹⁹ Les PSII, ou plans de services individualisés et intersectoriels, sont liés à une entente de complémentarité entre les réseaux de l'éducation et de la santé et des services sociaux visant une plus grande continuité et complémentarité des services aux jeunes.

²⁰ Il s'agit du programme d'*Intervention différentielle en partenariat*, mis en place à partir des travaux des chercheuses Nadia Desbiens de l'Université de Montréal et Marie-Hélène Gagné de l'Université Laval. Ce programme lanadois considéré comme étant novateur « cible les enfants de 6 à 12 ans particulièrement vulnérables en raison d'une histoire de famille difficile et de leurs problèmes de comportements notables depuis le début de la scolarisation ». Il est basé sur une « concertation des acteurs qui interviennent dans la vie de ces enfants, c'est-à-dire, les intervenants des centres jeunesse, des CSSS ainsi que du milieu scolaire, sans oublier la contribution des parents ». (Centres Jeunesse de Lanaudière. « Le gouvernement fédéral octroie une subvention de 2,3 millions aux Centres Jeunesse de Lanaudière », communiqué, 8 novembre 2010, 2 p.) (disparaîtra si la citation est enlevée)

²¹ Les PSII, ou plans de services individualisés et intersectoriels, sont liés à une entente de complémentarité entre les réseaux de l'éducation et de la santé et des services sociaux visant une plus grande continuité et complémentarité des services aux jeunes. (disparaîtra si la citation est enlevée)

« Je pense aussi que, quand on parle santé publique, tous les facteurs de risque, facteurs de protection, y'en a beaucoup qui sont communs à plusieurs problématiques, donc de travailler en intersectorialité. Quand on travaille avec le scolaire qui vise la réussite, mais on sait que la réussite a un impact sur la santé. Donc nous, on travaille avec eux. La municipalité, on sait que les environnements favorables, les pistes cyclables, tout ça, ont un impact sur la santé, sur la scolarité. Ça fait qu'en travaillant tout le monde ensemble aux mêmes facteurs de risque, facteurs de protection, bien on risque d'avoir des actions plus efficaces. »

Dans ce modèle comme dans celui des acteurs de la DSP, **la mise en œuvre de la stratégie** comprend les activités réalisées, auxquelles s'ajoutent les facteurs d'influence concomitants au PAR, ainsi que les ressources nécessaires et utilisées.

- Différents **facteurs d'influence** agissant sur la mise en œuvre de la stratégie pendant cette mise en œuvre ont été relevés. Par ordre d'importance, ils étaient respectivement de type fonctionnel, relationnel, politique/contextuel, structurel/organisationnel, ou en lien avec les ressources.
- Les informateurs des CSSS ont identifié les mêmes types de **ressources** que ceux de la DSP comme étant nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie : des ressources humaines et financières, du temps et un relatif pouvoir en lien avec les autres ressources.
- Trois types d'**activités** associées à la mise en œuvre de la stratégie ont été distingués : des activités d'AIFSBE soutenues par les acteurs de la DSP, et d'autres soutenues plutôt par des acteurs des CSSS. Également, il a été question des activités prévues aux PAL.

Quant aux **retombées de la stratégie**, elles comportent des effets attendus, des effets obtenus et un impact souhaité.

- Les trois **effets attendus**, ou objectifs de résultats intermédiaires identifiés par les informateurs des CSSS, demeurent les mêmes que ceux qui avaient été identifiés dans le cadre du modèle initial et de celui des acteurs de la DSP. Ce sont : la contribution des démarches de soutien à l'AIFSBE à l'atteinte des objectifs du PAR, la sensibilisation des partenaires intersectoriels aux effets de leurs activités sur la santé de la population, et la mobilisation des secteurs d'activité et des communautés.
- Aucune correspondance n'a été observée entre les effets considérés par les informateurs de ce groupe comme étant obtenus et ceux qui avaient été identifiés en tant qu'effets attendus. Les **effets obtenus** mentionnés demeurent de type qualitatif ou concernant le processus.

- Le seul **impact souhaité** relevé demeure celui qui avait été identifié dans le modèle initial. Il s'agit de l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population lanauoise.

2.4.3 Le modèle logique des partenaires intersectoriels

Le modèle logique de la stratégie propre aux partenaires de la DSP est présenté à l'annexe 22 (p. 347). Y sont soulignés les éléments distinctifs de leur compréhension de la stratégie, selon l'analyse des données de l'étude.

Les principaux éléments distinctifs de ce modèle, par rapport au modèle initial et à ceux des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux (DSP et CSSS), découlent de la non-appartenance des partenaires intersectoriels au réseau de la santé et des services sociaux.

De prime abord, on peut considérer que **les ancrages de la stratégie** comme telle, parmi les partenaires de la DSP, étaient pratiquement inexistantes. En fait, cette stratégie était surtout proposée aux acteurs de la DSP comme un des outils d'un PAR visant à baliser leur propre action. Pour des raisons similaires, aucune connaissance des **documents d'orientation et études** sur lesquels la stratégie est basée n'a été relevée chez les informateurs représentant les partenaires de la DSP.

- Il n'en demeure pas moins que l'ensemble des documents d'orientation identifiés dans le modèle logique initial, et issus du secteur de la santé et des services sociaux, ont joué un rôle historique ayant conduit à l'inscription de la stratégie dans le PAR 2009-2012 de santé publique de Lanaudière.
- Des informateurs ont fait allusion, mais sans référence précise, à des documents d'orientation propres aux secteurs auxquels sont rattachés les partenaires intersectoriels de la DSP, qui pourraient influencer leur participation à des démarches d'AI.
- De façon plus évidente encore que chez les acteurs de la DSP et ceux des CSSS, aucun informateur des partenaires intersectoriels n'a mentionné d'étude spécifique associée aux fondements théorique de la stratégie de soutien à l'AIFSBE du PAR.

Concernant les **pratiques « antérieures » au PAR**, les informateurs ont fait état d'AI développées en lien ou pas avec la DSP, son PAR, ses objectifs propres ou ses façons de faire. En fait, les informateurs de ce groupe, comme ceux des CSSS, ont parlé indifféremment de pratiques tenues avant la publication du PAR ou pendant sa mise en œuvre.

- Parfois, une certaine influence a été attribuée aux acteurs de la DSP, en lien avec leur PAR, concernant la **participation** de partenaires **à des AI**.

« Le document, je l'avais déjà vu. Je connaissais le fait que la DSP travaillait à l'AI. Je pense qu'on a tous été influencés par ses façons de faire au fil du temps, mais disons que le document, je pense qu'on le vit. Je le vivais plus que je le connaissais. »

- À l'occasion, un rôle particulier de **soutien à des AI** a été associé à la DSP.

« La santé publique est en soutien, mais moi, je le voyais plus comme un rôle de coordination des acteurs qui sont autour de la table. Parce que là, dans le fond, c'est le bien-être de la personne et les saines habitudes de vie. Bien oui, dans chacun de nos ministères, on a des bouts de ça, mais c'est pas notre principale mission. (...) Donc moi, je pensais plus, en m'en venant ce matin, que c'est, dans ma tête à moi, la santé publique, c'est eux qui coordonnaient chacun de nos secteurs ici pour qu'on enlève nos actions pour justement essayer de promouvoir la santé et les saines habitudes de vie. »

- Dans d'autres cas, l'AI a été considérée comme une façon de travailler pas nécessairement rattachée à la DSP.

« Aujourd'hui, lorsqu'on travaille, dans l'ensemble des milieux, on est obligés de travailler sur l'intersectoriel. C'est devenu une méthode de travail, c'est devenu incontournable, et c'est quasiment la seule façon de faire. A priori, est-ce que ça, c'est un choix intelligent de société ou c'est un choix déterminé par une organisation, une institution comme l'Agence, ou c'est défini autrement? Parce que, dans toutes les régions au Québec, on travaille sensiblement de la même manière. Donc on se distingue pas plus que ça, que d'autres là. »

« Y'a des économies à faire en travaillant entre partenaires. Y'a des compétences à mettre en commun, finalement pour desservir toujours à peu près la même clientèle. Donc, on s'adresse toujours aux mêmes citoyens. (...) On a vu des exemples par le passé, des gens qui travaillaient en silos, et puis ça donne pas des résultats qui seront vus. On est mieux de travailler... Bien c'est de travailler en équipe l'idée derrière tout ça. Je comprends qu'ici, on a une préoccupation commune qui est la santé, mais y'a d'autres tables qui sont de nature plus économique ou autre. Alors je vois l'intersectorialité comme ça là. On a plus de points en commun en ce moment, les gens autour de la table. »

Concernant **l'hypothèse ou le postulat du PAR** :

- Le même postulat demeure la base ou la **raison d'être** de l'inclusion de la stratégie dans le PAR. Cependant, tous les partenaires intersectoriels de la DSP ne semblaient pas en être nécessairement conscients.
- Certains informateurs de ce groupe ont, à l'occasion, fait allusion à cette raison d'être de la stratégie. La clarté des propos à ce sujet était variable.

« Je me dis « Qui est l'organisation la mieux placée pour parler de santé? Donc c'est l'Agence de la santé, mais qui est très consciente, finalement, qu'elle ne peut pas faire seule. Elle ne peut pas agir seule sur les déterminants de la santé. Donc de s'allier finalement avec, en élargissant, finalement, l'action plus terrain. »

« Quelque part, on le fait tous pour... On fait pas de l'action concertée juste pour le plaisir de s'asseoir. pis je vous trouve bien beaux, bien fins, mais on veut d'autres choses en plus. Si c'est en réussite éducative, c'est clairement un déterminant de la santé. Si on est en transport, si on est en saines habitudes de vie, en développement communautaire, quelque part derrière tout ça règne une volonté d'un mieux-être de notre population. Donc, le libellé n'est pas inscrit tel que tel, mais y tend vers ça et y prend différentes routes, différents déterminants. Mais y prend le véhicule de l'AI pour s'y rendre. »

« C'est un modèle de gestion des actions qui permet à la fois de faire de la reddition de comptes au gouvernement et de justifier les sommes qui sont investies. Et les objets de cela, c'est effectivement l'amélioration des conditions de vie des populations, en partant des déterminants de la santé. Et j'imagine que, pour avoir une influence réelle et obtenir des résultats concrets, de manière à pouvoir ventiler l'utilisation des budgets nationaux ou internationaux, on se doit de se baser sur des méthodes comparatives similaires d'un pays à l'autre. Donc, quand on regarde l'OMS, l'Office mondial de la Santé [Sic], c'est exactement ce qui se produit. Donc, le mode de gestion d'un état n'est plus qu'un seul mode de gestion national là. C'est un mode de gestion comparable à d'autres modèles similaires d'autres pays. »

Dans ce modèle comme dans les trois autres, on distingue dans **la mise en œuvre de la stratégie** : des activités réalisées, des facteurs d'influence concomitants au PAR, ainsi que des ressources nécessaires et utilisées. Il faut rappeler, toutefois, que les partenaires intersectoriels ne sont pas directement responsables de la mise en œuvre de cette stratégie du PAR.

- Quelques **facteurs d'influence** agissant sur la mise en œuvre de la stratégie pendant cette mise en œuvre ont été relevés. Ils étaient principalement de type relationnel. D'autres étaient de type politique/contextuel ou en lien avec les ressources.
- Les informateurs représentant des partenaires intersectoriels ont identifié les mêmes types de **ressources** que ceux de la DSP et des CSSS comme étant nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie. Il a été question de ressources humaines et financières, de temps et d'un relatif pouvoir en lien avec les autres ressources.
- Trois types d'**activités** associées à la mise en œuvre de la stratégie ont été distingués. Selon les informateurs de ce groupe, les partenaires intersectoriels pouvaient participer à : des AI avec la DSP, des AI avec les CSSS, ou encore des AI ou concertations n'impliquant pas ces organisations du réseau de la santé et des services sociaux.

Quant aux **retombées de la stratégie**, elles comportent des effets attendus, des effets obtenus et un impact souhaité.

- Les informateurs représentant des partenaires de la DSP ont mentionné trois **effets attendus**, ou objectifs de résultats intermédiaires, de la mise en œuvre de la stratégie. Deux d'entre eux avaient été identifiés aussi dans les trois autres modèles. Ce sont la sensibilisation des partenaires intersectoriels à l'importance de tenir compte de la santé de la population dans leurs activités et la contribution à la mobilisation des communautés. L'autre les concernait plus directement : l'atteinte des objectifs propres aux partenaires.
- Aucune correspondance n'a été observée entre les effets considérés par les informateurs de ce groupe comme étant obtenus et ceux qui avaient été identifiés en tant qu'effets attendus. Les **effets obtenus** mentionnés demeurent de type qualitatif ou concernent le processus. Ils sont de nature relationnelle et rejoignent les principaux facteurs d'influence identifiés comme étant concomitants au PAR 2009-2012.
- Deux **impacts souhaités** ont été relevés. D'abord, l'un de ceux que l'on retrouve dans les trois autres modèles a été reformulé, les conditions de vie de la population remplaçant sa santé et son bien-être. Puis, un impact économique a été considéré par plus d'un informateur.

2.5 ÉLÉMENTS DE RÉTROACTION

Le groupe de discussion de rétroaction tenu en mars 2014 a permis d'obtenir, dans un contexte d'échanges intersectoriels, la réaction de participants (n = 16) des trois groupes d'acteurs à certains des principaux résultats de l'évaluation. Les trois grandes thématiques de l'étude ont été abordées avec eux, soit les ancrages, la mise en œuvre et les retombées de la stratégie.

2.5.1 Sur les ancrages de la stratégie

Ont été notés, parmi les propos des participants ayant trait aux ancrages de la stratégie :

- **Une relative satisfaction de certains informateurs devant le niveau de connaissance de la stratégie révélé notamment par le questionnaire.** Un niveau de connaissance plus élevé aurait toutefois été attendu de la part des acteurs de la DSP. Par contre, des participants ont jugé que les partenaires intersectoriels semblaient s'en tirer assez bien, compte tenu que leur mission première n'est pas en lien direct avec la santé et le bien-être de la population.

- **Un étonnement de certains informateurs devant le niveau de connaissance assez peu élevé de la stratégie par les acteurs de la DSP**, toujours selon le questionnaire. Cette situation a été expliquée par un recours spontané à l'AI chez ces acteurs, donc sans s'appuyer nécessairement sur le PAR. Par ailleurs, un besoin de formation afin de développer des compétences en la matière a été mentionné à nouveau.

« Au niveau de l'interne, je trouve qu'il y a une évolution, mais c'est une compétence à développer pareil comme d'autres. On n'est pas nécessairement formés. On a souvent été reconnus comme des experts de contenu et ça veut pas dire qu'on est des experts de stratégies de ce type-là. Loin de là. Donc, y'a des compétences à développer. » (informateur de la DSP)

- **Le constat d'un clivage général entre les paliers de santé publique se reflétant notamment dans la conception du PAR et des PAL, ainsi que dans la façon respective de penser l'AI des acteurs de la DSP et des CSSS**. Une gestion plus systémique de la santé publique a été mentionnée comme une solution possible.

« Je pense que les constats de ça démontrent quand même la fragilité de notre réseau en termes de fragmentation. Donc, que le CSSS pense d'une façon, que la DSP pense d'une façon, pis que les partenaires locaux des autres services pensent d'une autre façon ou sont à des niveaux différents de la compréhension de l'AI. Déjà là, y'a un enjeu important. » (informateur d'un CSSS)

- **L'observation d'une popularité de l'AI qui ne tiendrait pas toujours compte des exigences de ce type de pratique, ou encore qui ne serait pas justifiée dans tous les cas**. Il a été mentionné que l'AI nécessitait des outils et des ressources et qu'elle ne constituait pas une panacée. Il fallait plutôt y recourir pour des problématiques bien déterminées et en fonction de critères précis.

« C'est efficace, mais c'est aussi des pratiques qui ont leurs exigences. Pis je pense qu'il faut pas oublier que c'est pas une fin en soi. Pis quand on fait de l'AI, ça prend des outils. Souvent, ce sont ce que les gens vont dire, c'est que sur le terrain, on n'a pas tout le temps des ressources pour faire de l'AI de concertation. Je pense qu'il faut pas l'oublier, parce que je pense que c'est des stratégies victimes de leur succès ou de leur popularité à l'heure actuelle. Mais je pense qu'il faut se dire que c'est une stratégie pis qu'il faut bien l'utiliser. » (informateur d'un CSSS)

« Je pense que, dans l'étude des besoins populationnels, quand l'Agence fait vraiment une étude de sa région, c'est pas tout qui peut être géré en intersectoriel (...). Souvent, on fait de l'intersectorialité, mais on sait pas pour quelles raisons on le fait en amont. » (informateur d'un CSSS)

« Quand on nous dit de l'utiliser « partout », moi, je pense qu'il faut faire attention. L'intersectorialité, ce n'est pas non plus une panacée de résolution d'un paquet de problèmes. Je dirais, encore une fois, pour des problématiques bien identifiées, bien priorisées en fonction de critères bien précis, moi, je pense que l'intersectorialité devient un levier fondamental. » (informateur d'un CSSS)

- **L'affirmation de la pertinence que la DSP diffuse un message clair concernant les fondements dans son PAR de l'AI à laquelle elle convie ses partenaires.** Il s'agirait de préciser pourquoi les acteurs de la DSP recourent à l'AI, afin d'améliorer la compréhension des partenaires à ce sujet.

« Ça reste quand même que la Direction de santé publique, de par son partenariat (...), mais l'action de réunir tout le monde, vous l'avez quand même amenée sans dire que ça fait partie du PAR. Ça fait qu'il y a eu une façon d'amener ça tranquillement. Mais je suis d'accord pour dire que c'est important de dire pourquoi on le fait. Peut-être que c'est ce message-là qui manque, parce qu'il y a des gens qui comprennent plus ou moins. » (informateur représentant un partenaire intersectoriel)

- **L'indice d'une attitude peu proactive de certains partenaires intersectoriels conviés à participer à des AI avec la DSP.** En vertu d'une mission spécifique n'incluant pas l'AI dans le quotidien, ils attendraient d'être interpellés pour prendre part à de telles démarches, par exemple « en soutien à la santé ».

« (Dans le secteur X), on est là en soutien à la santé quand vous nous le demandez, mais on ne se sent pas nécessairement faire partie de l'AI au jour le jour, parce qu'on a notre mission à accomplir. (...) Ça dépend de l'action qu'on a à prendre. On est interpellé quand on a une action à prendre au ministère, mais dans le quotidien ou même dans le mensuel, dans l'annuel, c'est pas quelque chose qu'on a tout le temps en tête quand on travaille ou quand on fait nos plans d'action. » (informateur représentant un partenaire intersectoriel)

- **Des réactions de surprise concernant un apparent paradoxe.** La reconnaissance de principe de l'approche intersectorielle semblait s'opposer à la relativement faible proportion de répondants au questionnaire, parmi les partenaires intersectoriels, ayant jugé pertinent pour leur organisme de poursuivre son engagement dans des démarches d'AI auxquelles prend part la DSP de Lanaudière. Peut-être faudrait-il comprendre que, pour les partenaires de la DS, la pertinence de l'AI n'est pas nécessairement associée à la présence de la DSP dans les démarches.
- **D'autres réactions de surprise devant l'affirmation selon laquelle l'AI serait associée à des économies à faire.** Au contraire, on entendrait souvent dire que l'AI mène à du « gaspillage » de temps et de ressources humaines coûteuses. Également, les éventuelles économies d'échelle seraient contrebalancées par l'étirement des démarches d'AI. On a aussi

mentionné que la mise en commun de forces, connaissances et savoir pouvait créer une forme de richesse différente plutôt que des économies.

« Ça me surprend, parce que souvent, en tout cas sur le terrain, quand on parle qu'on veut travailler ensemble, ce que ça demande aux gens de se concerter, tout ça, ben j'ai l'impression que c'est du gaspillage de temps. Et quand t'additionnes le salaire de tout le monde, ça coûte cher. » (informateur représentant un partenaire intersectoriel)

« Oui, t'as des économies d'échelle, mais le piège de l'intersectorialité, c'est de rester dans la stratégie, dans l'intersectorialité. » (informateur représentant un partenaire intersectoriel)

« Les économies à faire, si elles en sont pas démontrées, y'a un enrichissement collectif qui vient de se produire, parce que les forces, les connaissances t les savoirs ont été mis. Je sais pas si c'est vraiment des économies que de la richesse ou de la création de richesse différente au service des personnes. » (informateur représentant un partenaire intersectoriel)

- **Une reconnaissance de l'existence de partenariats artificiels liés à des exigences de bailleurs de fonds, et une tendance à dénoncer ce type de situation.** Il faudrait permettre davantage aux acteurs locaux d'adapter les programmes à leur réalité territoriale, et tenir compte davantage des structures et des dynamiques existantes. On éviterait ainsi des pertes d'énergie et on y gagnerait en efficacité et en efficience.

« Il faut absolument être sensible à ce qu'on va demander comme exigences pour que ça se place bien, pis que ça suive vraiment les structures qui existent pis les dynamiques territoriales, parce qu'elles sont différentes d'une place à l'autre. Quand ça part d'en haut pis que c'est ben ben balisé là, pis qu'il faut retrouver ce modèle-là au niveau territorial, je trouve que ça perd de son sens. (...) Après avoir développé une concertation au niveau régional, comment on peut faire en sorte qu'au niveau territorial ou local, ça va s'installer avec les structures et la dynamique qui est là autour de la table. Ça fait que toute la question de l'efficacité, de l'efficience, mais aussi comment ça peut vivre au niveau local. Moi, c'est des préoccupations que je trouve qu'il faut avoir beaucoup, beaucoup. Pis se le répéter, pis pas embarquer dans des affaires si on trouve que ça fait pas de sens, parce que je trouve qu'on perd de l'énergie. Pis c'est là que je me dis : « Non là, c'est pas vrai. C'est pas une sauce qu'on peut mettre partout, tu sais, à toutes les actions ou à tous les projets. » Ça fait que moi, je suis très critique par rapport à ces éléments-là. Ça fait que je suis content de le voir dans le texte. » (informateur de la DSP)

2.5.2 Sur la mise en œuvre de la stratégie

Les échanges à propos des constats de l'étude sur la mise en œuvre de la stratégie ont mis en évidence :

- **La reconnaissance de rôles particuliers dévolus aux acteurs de la DSP dans les AI auxquelles cette organisation prend part.** Ces rôles rejoignent, dans l'ensemble, ceux qui ont été identifiés au cours de l'étude. Ils gravitent autour du soutien à la mise en œuvre de la stratégie ou de l'AI, de l'expertise, parfois du leadership et de l'initiation de démarches. Un rôle d'influence a été aussi mentionné.

« Je pense que le rôle de la DSP par rapport à la stratégie est vraiment très important, parce que la DSP, l'Agence, sont à la jonction justement de ce qui arrive du national, pis de la réalité, pis de ce qu'on vit au niveau local. Pis elle peut nous aider à faire en sorte que la stratégie va descendre d'une manière qui soit efficace pour tout le monde, qui permet la participation pis le soutien à ça de la DSP. Moi, je pense qu'il y a des rôles à jouer qui sont très spécifiques, pis on a besoin de ces acteurs-là sur le terrain, dans le soutien de la mise en œuvre de la stratégie. Ça, c'est indéniable. Pis des fois aussi pour aider ce canal-là, vertical vers le haut. OK, c'est quoi notre marge de manœuvre pour être capables d'en faire quelque chose qui a un sens pour ce qu'on a à faire avec les acteurs sur le terrain. » (informateur d'un CSSS)

« La Direction de la santé publique, dans son rôle de soutien, a vraiment fait un boulot qu'elle a bien mené. Je pense qu'elle l'a fait avec quand même, dans les dernières années, si on prend les derniers dix ans, y'a beaucoup de convictions. Mais il reste quand même encore du travail. Le bâton de pèlerin, il faut souvent le reprendre, même si on pense que tout le monde a compris pis que c'est une reconnaissance là, y'a quand même, autant en haut qu'en bas, y'a du travail de communication à faire, et de précision. » (informateur représentant un partenaire intersectoriel)

« Au niveau de l'interne, je trouve qu'il y a une évolution, mais c'est une compétence à développer pareil comme d'autres. On n'est pas nécessairement formés. On a souvent été reconnus comme des experts de contenu et ça veut pas dire qu'on est des experts de stratégies de ce type-là. Loin de là. Donc, y'a des compétences à développer. » (informateur de la DSP)

« La DSP devient comme l'expert. (...) Comment on arrive à descendre au local? (...) Il faut soutenir le local, mais même le régional qui va au local, y'est pas nécessairement aussi soutenu dans les moyens. Alors, y'a vraiment besoin d'être outillé, parce que la DSP n'aura plus de territoire. Donc, faut qu'on soit outillé. Pis là, j'étais en train de penser que, si on arrive à faire des propositions de comment on va faire ça, mais va falloir que les organisations régionales soient vraiment soutenues par la DSP, sans nécessairement devenir une extension là, pour pouvoir vivre cette AI-là, là où est le besoin. » (informateur représentant un partenaire intersectoriel)

« La DSP peut être un leader pour certains enjeux, dans certains dossiers qui la préoccupent, qui sont en lien avec sa mission. Moi, je pense qu'elle peut être un leader. Pis moi, je pense qu'il faut qu'elle le soit dans certains dossiers. Par contre, dans d'autres, il faut qu'il s'assure que le groupe en question en prenne l'imputabilité, que lui fasse un transfert de connaissances à ce

groupe-là en disant : « Tu devrais, selon moi, agir en intersectorialité. Pis voici quelque chose qui peut t'aider à bien agir en intersectorialité. » Pis lui donner les coordonnées, les biens, les informations, soutenir la mise en place. Moi, je pense qu'il faut qu'elle demeure les deux. Elle peut pas être l'un ou l'autre. » (informateur d'un CSSS)

« Moi, je trouve que les quatre, leader et initiateur de démarches, ça va souvent ensemble. Pis le soutien de démarches pis l'expert de contenu, ça va aussi ensemble. Parce que, quand tu soutiens, faut que tu ailles le contenu. (...) Des fois, la DSP devrait être leader, des fois, elle devrait être en soutien. » (informateur représentant un partenaire intersectoriel)

« Je reviens encore avec mes trois paliers. Je trouve qu'il y a un rôle incontestable d'influence, de mobilisation, de la Direction nationale de santé publique par rapport aux autres ministères. Pour faire en sorte qu'il y ait des choses qui s'attachent au niveau national, dans des stratégies intersectorielles pis, après ça, avec les marges de manœuvre qu'il faut négocier aussi. Parce que souvent, on part, on cadre pas mal les choses. (...) Pis au niveau régional, ben c'est ça. Y'a déjà des instances, le Directeur de santé publique participe à cette instance-là. Donc y'a un rôle majeur à jouer là aussi pour faire en sorte que les stratégies soient bien campées, pis qu'on mobilise les secteurs quand c'est nécessaire de le faire. Pis d'être là aussi en recherchant une marge de manœuvre pour le local et le territorial. Alors quand y'a des actions précises qui doivent être mises en place, ben quels sont les acteurs locaux qui doivent être mobilisés par ces instances régionales-là. Donc, attacher le plus possible ces acteurs-là au niveau régional, mais aussi au local, pour faire en sorte que ça respecte la dynamique territoriale et locale. Et là, au niveau local, y'a un autre rôle que la santé publique peut jouer, mais régional aussi, c'est vraiment le transfert d'expertise. Pis je trouve qu'il y a un virage intéressant, au cours des dernières années, qui a été fait par les directions de santé publique. C'est de donner plus d'information sur c'est quoi les bonnes pratiques, pis c'est quoi les résultats. (...) Perdez pas votre temps, votre énergie à faire telle et telle chose. Allez-y sur ces actions-là. Je trouve qu'il y a un rôle au niveau local pis régional, c'est de documenter pis de transférer cette expertise-là le plus possible. » (informateur de l'ASSSL)

- **Une réaction de surprise, puis de défense, devant le constat que l'AI serait moins utilisée, au sein même de la DSP, dans les domaines des maladies infectieuses, de la santé au travail et de la santé environnementale.** Ces propos dénotent, chez certains informateurs, une compréhension persistante de l'AI qui ne correspond pas nécessairement à une démarche de concertation à moyen terme impliquant plus de deux partenaires.

« C'est quand même assez impressionnant que la DSP elle-même, que les AI soient moins utilisées dans ces secteurs-là. » (informateur d'un CSSS)

« Dans mon service (...), on a probablement dit qu'on connaissait peu la stratégie. Par contre, ce qu'on connaît très bien, c'est les lois sur la santé et les services sociaux, l'article 373 qui nous dit que : « On devrait déterminer où l'AI devrait être établie, là où y'en a pas. » Ça, on le connaît très bien. Ça fait que (...) on n'existe pas sans l'AI. On fait pas d'échantillonnage, de

terrain. Toute l'information qu'on obtient, c'est les partenaires qui nous la fournissent. Donc, oui, on est toujours dans l'intersectoriel. » (informateur de la DSP)

« Santé au travail, c'est un partenaire du milieu du travail, partenaire avec la CSST. Donc, c'est toujours de l'interaction avec quelqu'un d'intersectoriel quelque part. » (informateur de la DSP)

- **Des explications proposées à un constat du questionnaire, selon lequel 66 % des répondants des CSSS étaient d'avis que leur organisation participait à des démarches d'AI auxquelles la DSP ne participait pas.** Les informateurs ont fait état des rôles respectifs des différents paliers d'intervention de la santé publique. Ils ont questionné toutefois l'association de certains de ces rôles à de l'AI (notamment, l'articulation du réseau local de services) ou suggéré que certaines AI ne seraient pas reconnues comme telles par les acteurs y participant. En outre, l'importance de préserver la marge de manœuvre du palier local et celle de respecter le leadership existant à ce niveau ont été soulignées.

« Je pense que le CSSS, on a pris notre place au niveau local. C'est peut-être ce qui explique que 66 %, on participe à des actions, mais pas nécessairement avec la présence de la DSP. Je pense que ce travail là, au courant des dernières années, a permis de clarifier nos rôles à différents paliers, que ce soit local ou régional. » (informateur d'un CSSS)

« Il y aurait une redéfinition de certains modèles émergents d'intersectorialité. Parce que, effectivement, les CSSS en font, mais y'en font au niveau de ce que le local leur donne. C'est rare que moi, je vais interpellier le système de l'éducation, dire au ministère de venir siéger sur ma table. Je vais utiliser mon municipal, mon organisme communautaire, je vais utiliser je sais pas moi. Y'a comme des niveaux d'intervention différents qui laissent présager de bien identifier l'AI qui peut se faire aussi à différents paliers. » (informateur d'un CSSS)

« Certains dossiers, comme prévention des ITSS ou grossesses, on travaille en intersectoriel local, avec la commission scolaire, avec les partenaires communautaires, où on va regarder en intersectoriel comment on peut développer une continuité d'action, une démarche de planification du travail à l'école, dans la communauté. Tout ça, c'est du domaine de l'intervention de la santé publique, plus au niveau d'ITSS, contraception, même au niveau des saines habitudes de vie. Quand on regarde en persévérance scolaire, on va travailler localement aussi. Mais y'a toujours, tantôt quand vous disiez qu'il y a une gradation d'intervention, y'a toujours un lien entre ce qui va se faire au niveau national, régional, local. Y'a comme une ligne de conduite qu'on essaie d'ajuster. » (informateur d'un CSSS)

« Mais j'suis pas sûr qu'on va la définir comme AI. Moi, je vais le définir comme articuler mon réseau local de services. Comprenez-vous ce que je veux dire? Je l'appellerai peut-être pas AI. C'est plus ma responsabilité populationnelle d'articuler mon réseau local pour améliorer l'état de santé. » (informateur d'un CSSS)

« Y'a plein de monde qui font de l'intersectoriel, mais qui l'appellent pas comme ça. Ce que je peux voir, pis ce que je retiens aussi beaucoup entre le national, le régional pis le local, c'est de prévoir au national les marges de manœuvre nécessaires, au régional et au local, pour pouvoir bien adapter leurs actions tantôt intersectorielles, ou tantôt peu importe. Je pense que c'est plus ça qu'il faudrait. En tout cas, moi, à mon ministère, c'est un petit peu là-dessus qu'on essaie de travailler. » (informateur représentant un partenaire intersectoriel)

« Laissez les acteurs faire leur travail au niveau local. Je pense que ça doit demeurer ça. Moi, je suis plus de cette école-là, de dire qu'il y a des leaders au niveau local, pis ça doit être eux qui prennent en charge ces AI, avec le soutien de la DSP. » (informateur de l'ASSSL)

- **La reconnaissance de la nécessité de prendre en compte un ensemble de conditions favorisant la mise en œuvre de la stratégie.** Ne pas en tenir compte empêcherait de profiter de la puissance de ce levier.

« Je pense que ça demande un ensemble de conditions favorables, autant du contexte que de la personne qui est assise autour de la table, de la mobilisation, déléguée avec une marge de manœuvre. Je vais m'arrêter ici, parce qu'il y en a beaucoup. Mais le fait qu'il y en a beaucoup, c'est pas un obstacle à en faire moins, loin de là. C'est juste de se dire peut-être que c'est intéressant qu'on soutire davantage, parce qu'on voit qu'il y a des exigences. Pis de pas en tenir compte, ben ça nous empêche de profiter de la puissance de ce levier-là, je pense. » (informateur d'un CSSS)

- **Une impression de confusion devant les multiples facteurs de différentes natures susceptibles de faciliter la mise en œuvre de la stratégie ou de l'AI, identifiés par les participants aux étapes précédentes de l'étude.** La présentation un peu en vrac de ces résultats semblait contribuer à cette confusion. Le souhait a été émis que le rapport d'évaluation, s'il est destiné aux acteurs engagés dans des AI afin de faciliter leur travail, puisse être simplifié et vulgarisé. En fait, une préoccupation semblait émerger, de voir traduits les résultats de l'évaluation en outils pratiques utiles à ces acteurs.

« On semble, avec la question, mélanger un paquet de concepts qui nous amènent dans toutes sortes de directions. Quand je fais la lecture de ça, je vois trois grandes choses émerger : le profil de compétences nécessaires, le mode de fonctionnement, donc le processus avec lequel on le fait, et les grands principes directeurs de l'intersectorialité. Pis pour moi, un profil de compétences collectif est totalement différent. On se donne des objectifs communs, on se donne une façon de faire, on se donne des indicateurs de performance. Y'a une grande différence, pour moi, entre les compétences recherchées et les principes directeurs de l'intersectorialité et les modes de fonctionnement. On mélange tout ça là-dedans. Pis moi, je pense que, si votre codage est bien fait, vous devriez voir émerger trois grands concepts qui se construisent par rapport à ça, pour essayer de faire une triangulation qui a du sens. Parce qu'on a de la misère à faire ressortir. J'ai de la misère à voir quels sont les éléments qui facilitent la mise en œuvre de la stratégie. (...) On voit pas les grands piliers. (...) Moi, je pense,

dépendamment de comment vous allez faire votre rapport, je pense qu'il pourrait y avoir dans l'analyse : « Nos trois grands principes pis nos trois enjeux pour faciliter la mise en œuvre sont ça, ça, ça. » Parce que là, c'est mélangé entre processus, compétences, principes, définitions. J'a de la misère. Mais fait aussi penser au lecteur qui va dire : « Je vais utiliser ça pour améliorer mon AI. » Faut que ça soit vulgarisé un peu, parce que c'est dur. Pis là, on entre là-dedans les relations de pouvoir. C'est une dynamique intéressante. » (informateur d'un CSSS)

« En préalable à tout ça, c'est d'utiliser le bon outil au bon endroit. Pis, en parallèle à ça, ce sur quoi je travaille, c'est quoi le milieu qui va recevoir ça? Comment lire mon milieu? Où est-ce qu'il est rendu? Y'est-tu hyperconcerté? Y'est-tu pas concerté du tout? J'ai tu un travail de formation avant? Pis les outils sont pas les mêmes, les compétences recherchées sont pas les mêmes, pis l'application de l'approche intersectorielle sont peut-être pas les mêmes. D'où je pars? Pis pourquoi je l'utilise? Ça fait que t'as aussi ce questionnement-là avant, pour venir faciliter l'utilisation de ça. Je trouve que c'est bien important à bien définir avant pour pas peindre tout égal avec la même couleur. » (informateur représentant un partenaire intersectoriel)

- **Des avis divers, plus complémentaires qu'en opposition, sur les facteurs facilitant la mise en œuvre de la stratégie auxquels il faudrait accorder le plus d'importance.** La diversité de ces avis tendait à refléter, voire confirmer, certains résultats de l'évaluation ou l'aspect foisonnant de ces résultats. Il a beaucoup été question de conditions préalables à toute démarche d'AI, notamment : un partage des connaissances; une bonne connaissance des mandats et des obligations légales des partenaires; l'identification du partenaire détenant le levier réglementaire; l'existence d'une volonté politique; la définition des rôles et une préoccupation pour les éventuels transferts de rôles; le choix des bonnes personnes pour y participer; l'adoption d'une structure ou d'une planification claire comportant des objectifs, des balises, une fiche-mandat, un échancier de travail, des indicateurs à mesurer, un processus rigoureux et une étape d'évaluation; ainsi que l'orientation d'aller vers l'action. A été mentionnée aussi la nécessité, en cours de processus, de faire la démonstration de réalisations susceptibles de maintenir la mobilisation. Finalement, les participants ne se sont pas entendus sur une priorisation des conditions facilitantes.

« Le partage. Faut que le monde s'entende sur ce qu'ils vont se faire comme processus. Je pense que ça revient tout de suite, la connaissance, le partage, mettre tout le monde au même niveau avant d'entreprendre quoi que ce soit. » (informateur représentant un partenaire intersectoriel)

« Moi, on travaille toujours avec l'interministériel au niveau régional, pis je dirais que, d'entrée de jeu, ce qui est très important, c'est qu'on connaisse très bien les mandats et les obligations légales des partenaires. À partir du moment que tu sais, tu t'en vas autour d'une table pis tu sais qui a le levier réglementaire pour agir, à ce moment-là, ton rôle est celui de soutien, de conseils prudents, etc. Donc, d'entrée de jeu, de savoir qui a les leviers. Parfois, c'est pas clair.

Parfois, faut que tu fasses du défrichage. Pis, OK, moi, je peux faire quelque chose pour ça. Mais à partir du moment que tu as ciblé tes leviers, ben, d'expérience, ce que je perçois, c'est que ça se fera pas sans volonté politique. Quand t'as ciblé tes leviers, t'as ciblé si la volonté est là d'agir, je pense que le monde autour de la table, c'est plus facile d'agir pis de se rallier autour de la table. » (informateur de la DSP)

« Je retiens de se donner des objectifs au début. Un peu comme on le fait en ce moment, tu sais. On fait une fiche à quatre pis on regarde c'est quoi le contexte, c'est quoi les objectifs, qu'est-ce qu'on veut atteindre, c'est quoi les indicateurs qu'on veut mesurer au fil du temps, ça va durer combien de temps. On se donne de telle date à telle date, tu sais. Je pense que ça prend une espèce de structure. On se donne combien de rencontres, pis après ça on l'évaluera, pis si on a besoin de repousser, ben on repoussera. Mais faut que ça soit balisé. Je pense pas que des tables intersectorielles doivent ad vitam aeternam. Ça prend un processus plus rigoureux, même si c'est leadé par l'Agence ou par quelqu'un d'autre. Moi, je pense que ça prend une fiche-mandat pour savoir pourquoi on vient à l'attaque et à quoi on va contribuer. » (informateur d'un CSSS)

« Je sais pas si on peut dire qu'il y a des préalables, mais je pense que de bien structurer les objectifs et tout permet de choisir la bonne personne qui va avoir le plus de marge de manœuvre. Parce qu'en effet, parmi les gens sur place, ne sachant pas bien le mandat, ça va amener que la marge de manœuvre n'est pas toujours claire. De choisir les bonnes personnes selon la nature du mandat, l'échéancier et tout, ça va permettre de faire avancer des conditions de réussite. » (informateur de la DSP)

« Oui, le processus bien préparé, mais aussi, ce qui est important et gagnant, c'est aussi le processus. Faut pas rester dans le processus. On se donne un échéancier de travail, mais faut pas rester là-dedans pendant trois ans avant de déboucher sur quelque chose. Donc, ce qui est gagnant, c'est d'aller vers l'action, des objets communs qu'on s'est donnés, des réalisations qu'on fait ensemble, pis ça a été quoi notre façon de fonctionner. Ça a été quoi le plus, le moins. Je pense que c'est gagnant. Pis de pas trop tarder non plus à aller là-dedans. C'est une démonstration qu'on a travaillé ensemble. » (informateur de la DSP)

« Les rôles. Pour y arriver, il faut définir les rôles. On oublie souvent. Dépendamment qui est délégué autour de la table. » (informateur représentant un partenaire intersectoriel).

« C'est comment maintenir cette mobilisation-là. En partant, t'as des devoirs à faire. Mais en cours de route aussi t'en as. De démontrer des réalisations fait en sorte que tu maintiens cette mobilisation-là. » (informateur représentant un partenaire intersectoriel)

« Tu faisais référence à des processus plus d'AI dans la planification. Mais quand on tombe, je pense que c'est comme une chute. Des fois, on échappe du monde. Le transfert des rôles ne se fait pas nécessairement à l'intérieur des organisations. Alors ça peut être super bien planifié, mais quand on commence, ça y est, ça se met en action, je trouve qu'il y a probablement de l'outillage puis des stratégies plus claires à définir. Ou des fois, ça parle de l'action, puis là on

veut influencer au niveau de la planification et des décisions, pis là, on n'est pas capable de remonter la chute, si je pourrais dire. Je vois ça en cascades. » (informateur représentant un partenaire intersectoriel)

- **L'affirmation de la nécessité de s'en tenir à travailler sur des éléments sur lesquels on a une emprise ou un contrôle, et qui relèvent de nos responsabilités.** Par exemple, il serait inutile pour les acteurs de s'acharner à vouloir changer une loi, mais il serait plus judicieux qu'ils s'en tiennent aux compétences et aux mandats relevant du niveau d'intervention auquel ils sont associés.

« Moi, je pense que c'est facile de se donner un processus local ou un mode de fonctionnement. Si y'a des choses qu'on contrôle pas ou qu'on contrôlera jamais, faut pas s'attarder à changer une loi ou dire que c'est pas ta responsabilité. Moi, je pense qu'on a une responsabilité opérationnelle à ce niveau-là. On a une emprise sur ça. » (informateur d'un CSSS)

« Ça fait aussi partie de notre éthique de pas travailler sur ce qu'on ne contrôle pas, mais bien de bien contrôler nos compétences pour les amener au bout. Je pourrais pas décider, ça me prendrait une politique nationale, Je ne suis pas à la bonne place pour faire ça mais, par contre, je connais ma patinoire, je connais mes compétences, je connais mes mandats, mes responsabilités. Comment je peux aller au bout de ça? C'est beaucoup moins, c'est beaucoup plus portant, d'une façon positive, de ce qu'on a et d'être conscient d'avoir la bonne lecture de nos compétences, de nos rôles. Pis quand t'es en approche intersectorielle, t'entraînes tout ton monde. Tu peux les amener loin, comme tu peux les amener dans un cul-de-sac aussi. C'est aussi une responsabilité de réunir tout le monde. » (informateur représentant un partenaire intersectoriel)

2.5.3 Sur les retombées de la stratégie

La présentation des principaux résultats de l'évaluation concernant les retombées de la mise en œuvre de la stratégie a suscité, chez les participants au groupe de discussion :

- **Des interrogations sur les dimensions « efficacité » et « économie » associées aux résultats attendus de l'AI.** Une précision sur la notion d'efficacité a été apportée, en ce sens que l'atteinte de résultats ne témoignerait pas pour autant d'une efficacité des actions. Quant à la notion d'économie, une inquiétude a été émise concernant l'objectif éventuel de rendre moins prioritaires les investissements nationaux dans le domaine de la santé.

« Efficacité dans le sens de résultat? Parce que l'exemple que tu donnes est plus par rapport à des résultats attendus qu'une mesure d'efficacité. Parce qu'atteindre nos résultats veut pas nécessairement dire qu'on est efficace et efficient pour les atteindre. » (informateur représentant un partenaire intersectoriel)

« Pour les partenaires intersectoriels, l'une des phrases, si elle m'étonne, elle m'inquiète aussi : « Ainsi, elle devrait aider à réaliser des améliorations au niveau de l'état de santé de la population sans que ça coûte trop cher. » Qu'est-ce que l'on souhaitait dire? Sans que ça coûte trop cher au système? (...) C'est-tu intéressant? Dans le sens où on dit des choses qu'il faut pas que ça coûte trop cher au système par rapport à quoi? Enfin, faisons de la santé quelque chose de moins prioritaire en termes d'investissements nationaux? C'est un peu ce que ça sous-entend. » (informateur de l'ASSSL)

« Moi, je l'entendrais comme, compte tenu que nous sommes plusieurs partenaires associés, ça devrait avoir un effet sur une diminution des coûts. Là, je dirais à la blague, comme organisation gouvernementale, ça pourrait avoir effet que mon organisation soit moins compressée budgétairement par la suite. » (informateur de la DSP)

- **Une amorce de réflexion sur la perspective à partir de laquelle il faut se rapporter à la stratégie du PAR : doit-on la considérer comme un postulat ou une hypothèse?** Ce choix comporterait des implications importantes quant au type de résultats que l'on doit attendre de la mise en œuvre de cette stratégie.

« Y'a deux choses là-dedans par rapport à l'AI. Est-ce qu'on considère l'ancienne façon de faire comme un postulat, c'est-à-dire qu'on prend pour acquis que, si on s'inscrit dans l'AI, ça va donner des résultats? Si on le considère comme une hypothèse, on va être de tendance de ceux ou de celles qui se disent : « On n'a pas mesuré. » si on le considère comme un postulat, on va agir en conséquence, c'est-à-dire on va mettre des mesures, on va accorder du soutien. Et ce que je vois là-dedans, c'est ce débat-là : est-ce qu'on doit mesurer à tout prix? Je suis à tendance d'être entre les deux. Je pense qu'il faut effectivement, dans la logique actuelle, dans notre système, il faut un minimum d'information pour faire en sorte que nos actions qui sont conservées donnent des résultats à l'égard de cette AI. Moi, je vois ça plus comme un minimum. » (informateur de la DSP)

« Ce que j'aurais dit aujourd'hui et ce qui me touchait le plus, c'est cette idée de postulat et d'hypothèse. Je pense que c'est un virement. On le sent depuis les dernières années, pis y'a une logique pour nous d'agir avec l'AI avec d'autres partenaires. On peut essayer, mais avec le temps et les ressources qui diminuent, c'est comme si on a besoin un peu de, pas de preuves, mais d'indications. Oui, ça donne quelque chose de travailler comme ça. (...) Pis ce quelque chose que ça pourrait donner, pas en termes de chiffres, au bout de la ligne, parce qu'on sait que c'est à long terme. On sait que ça donne quelque chose effectivement. Ça nous remobilise, ça nous recrique pour travailler ensemble au lieu de travailler chacun de notre côté. Je trouve que c'est très parlant des dernières années. » (informateur de la DSP)

- **L'apport de nuances quant à la notion d'atteinte de résultats associés, plus ou moins directement, à la mise en œuvre de la stratégie.** Plus particulièrement, la pertinence de prendre en compte des résultats qualitatifs ou concernant le processus de l'AI a été discutée. Dans la même foulée, un lien a été suggéré entre une tendance croissante à aborder l'approche intersectorielle comme une hypothèse et une moins grande considération accordée aux résultats qualitatifs des démarches intersectorielles. Le souhait que ces dimensions soient davantage étudiées par des ressources compétentes et disponibles a été émis.

« Je pense qu'il faut faire attention à l'atteinte de résultats. On ne doit pas chercher la notion de causalité à tout prix, en disant que cette action-là a un effet sur la santé des populations. En ce moment, le ministère est en train de développer une espèce de PAR qui va permettre à chacune des régions de voir l'effet de l'ensemble des activités de santé publique sous un certain profil donné. Quand on parle de résultats quantitatifs, c'est aussi de dire que la table ou le comité intersectoriel qui siège s'est donné des objectifs et est efficace quand il les atteint, et il est efficace quand il a atteint ses objectifs avec le moins de ressources possibles. Ça peut être aussi quantitatif dans la performance même de cette table-là d'avoir réalisé un taux

d'atteinte respectable de son plan d'action, avoir effectué ce qu'il s'était donné. Donc si y'a pas d'objectifs fixés préalablement, pis qu'y a pas d'action structurante fixée préalablement, pis qu'on voit pas les responsabilités des acteurs post-rencontre, ben c'est dur de quantifier que cette table-là a généré des actions. Et moi, je pense que ces tables-là nous permettent d'interagir, ce qui va nous aider à collaborer. Ça facilite l'interaction et la connaissance du milieu. Après ça, ça va nous permettre de mieux collaborer, parce qu'il y a comme une étape préalable d'apprendre à se connaître, pis après ça, à se faire confiance. Je pense que le quantitatif est beaucoup dans l'efficacité des tables elles-mêmes d'atteindre leurs propres objectifs qu'elles se sont donnés. » (informateur d'un CSSS)

« C'est fascinant d'être en contact avec ces constats-là que c'est cette démarche qualitative-là qui est escamotée dans ce qu'on amène comme données probantes pour dire que le système est efficace. Le système est efficace parce qu'il y a tout ce processus-là. » (informateur de la DSP)

« Je pense qu'on aurait intérêt, sans le faire de manière constante, tout le temps, partout, d'essayer de documenter l'effet qualitatif dans les processus. On l'entend, je pense à vous les organisateurs communautaires, quand des organismes entrent en relation, ça provoque autre chose. Ça, ça peut être compliqué et je trouve que c'est manquant actuellement. On est mal pris à essayer de défendre l'approche intersectorielle à certains moments donnés, surtout devant des gens qui supposent que l'AI comme hypothèse va être porteuse. Y'a un revirement, le vent a changé de côté depuis quelques années. (...) Y'a plus de gens qui posent d'hypothèses que de postulats, à l'inverse de y'a cinq ans. En cinq ans, moi, je trouve que le vent a changé. Mais ça, c'est ma lecture à moi. (...) Moi, je pense qu'on aurait intérêt à aller un petit peu plus loin. Je sais pas si c'est le rôle de la DSP, mais dans les orientations futures, moi, j'aurais le goût de lancer une proposition à la DSP qui a une petite équipe en évaluation, qui pourrait prendre des petits morceaux pis creuser un peu plus. » (informateur représentant un partenaire intersectoriel)

« Moi, j'appuie totalement X. Parce que, sur le terrain, on n'a pas toujours ni le temps, ni les ressources pour pouvoir faire ce travail-là. Mais dans le output, y'est vraiment important de documenter et d'être capable de mesurer. Parce que c'est souvent les organisations qui font déléguer des gens sur les comités ou sur les interventions intersectorielles. (...) Il faut qu'on définisse ce qu'on veut aller décrire en termes qualitatifs pis en termes de contribution. Y'a beaucoup de difficultés. Y'a un des comités que j'accompagne qui a beaucoup de difficultés, qui veut absolument s'évaluer et qui arrive pas à trouver les ressources pour ce faire en termes de ressources extérieures ou d'expertise extérieure, mais qui aimerait pouvoir documenter davantage. On s'ennuie du programme d'évaluation. » (informateur d'un CSSS)

« Dans la réforme de 2003, repose sur un postulat, je dis bien un postulat hein, toute la question d'intégration des services, réseaux locaux de services. Quand, au plan macrosociologique, l'État, OK, le système de santé, nous dit d'aller vers là, il nous dit pas que c'est une hypothèse. Il nous dit que c'est un postulat, OK. D'un point de vue sociologique, OK, on est confronté à savoir si c'est un postulat l'AI, ou si c'est une hypothèse. Alors que de façon

macrosociologique, c'est un postulat. Le problème, c'est qu'il n'y a pas reconnaissance du problème accordé dans le processus dans lequel s'inscrit l'AI. Tout le « flou » indiqué dans les données de la recherche. On a tous de la difficulté avec la question de la reddition de comptes et de la quantification de comptes, quand les gens se trouvent dans le qualitatif. C'était une réflexion. Je pense que tout est là. Je pense que c'est pas une contradiction. Mais, tout de moins, c'est un paradoxe dans lequel tous les acteurs en santé et services sociaux sont inscrits, et pour lequel ils ne sont pas toujours conscients. C'est pour ça qu'on est ici aujourd'hui. Alors moi, je trouve ça. Je vis tout à fait bien avec ce paradoxe-là, sauf que, lorsqu'on a des comptes à donner, lorsqu'on est une table, qu'est-ce qui nous rend imputable, transparent avec nos données probantes si c'est quantifiable? Alors que, l'autre aspect à côté pour lequel, au jour le jour, on se bat au quotidien, c'est comme si le système n'évaluait pas l'aspect le plus important de ce qu'il produit, c'est-à-dire des actions ou des personnes, des organisations, du relationnel, OK. C'est tout ça que ça dit pour moi, et d'où la difficulté. C'est un beau problème complexe mais, en même temps, les données qui sont là sont révélatrices de cette problématique-là. » (informateur de la DSP)

- **L'identification d'une piste de solution contre la difficulté de mesurer les résultats de l'AI, mais aussi contre la « concertation artificielle ».** Cette piste était basée sur l'expertise existante en matière de bonnes pratiques et d'actions reconnues efficaces en amont. Ces bonnes pratiques et ces actions reconnues efficaces pourraient être considérées comme des résultats que l'on devrait viser, mais dont on n'aurait pas à justifier la pertinence. Également, l'importance de se fixer des objectifs réalistes a été soulignée.

« Je trouve qu'on a fait beaucoup d'études qui démontrent qu'il faut agir sur les déterminants de la santé. Ça, c'est incontournable, mais en agissant sur les déterminants de la santé, (...) comment on travaille ensemble? C'est pas juste d'assoir des gens autour d'une table, c'est d'avoir les bonnes personnes autour de la table, de voir sur quel objectif on travaille, pis c'est quoi nos actions qui vont être payantes aussi. Y'a des affaires qu'on a arrêté de faire au cours des dernières années, parce qu'on s'est rendu compte que ça donnait rien. Alors faut donner notre énergie sur des actions qui donnent des résultats aussi. C'est pour ça, quand on parle de concertation artificielle, ben des fois, on est poussé à faire des choses ensemble qui, d'emblée, ne seront pas très payantes dans le sens de résultats. On a avantage à se recentrer. À ce qu'on vise comme attentes, comme résultats. Pis aussi être documenté. Avoir des gens avec une certaine expertise, fournir une expertise pour fournir de bonnes actions qui sont reconnues efficaces. C'est de bien doser ce qui est reconnu efficace avec les bonnes pratiques aussi. » (informateur de l'ASSSL)

« Un mot : objectifs. Mais réalistes aussi. Parce que c'est sûr que, si on s'attend que des actions, des fois où y'a des actions plus précises, comme racontait X, on va aménager quelque chose de très précis. Mais si, dans un plan d'action, on se met des résultats à atteindre qui sont bien trop grands, c'est sûr que ça vaut pas grand-chose. » (informateur représentant un partenaire intersectoriel)

- **Une précision quant au désinvestissement de certains partenaires dans des démarches d'AI, qui ne serait pas nécessairement associé à une absence de résultats observés.** La « sursollicitation » des organisations a été pointée. À l'inverse, également, on a souligné l'importance de pouvoir compter, préalablement à tout investissement dans de telles démarches, sur les moyens et ressources nécessaires à l'atteinte des résultats escomptés.

« Je fais une mise en garde. Effectivement, y'a peut-être un virage, un retrait qu'on a l'impression de vivre, mais faut pas l'attribuer au fait que les gens ne pensent pas que ça donne quelque chose. Je pense qu'il faut vraiment analyser la situation comme il faut. Pis aussi le fait de, bon, y'a des étapes ben, ben claires, qu'à un moment donné, y'a un problème, pis qu'il faut être convaincu qu'ensemble, faut faire quelque chose. Mais, de l'autre côté, faut comprendre aussi pourquoi ce retrait-là et ces changements, pis trouver une façon de la soutenir pis de l'améliorer à quelque part. Parce que les organisations sont mégasollicitées pis, un moment donné, faut qu'elles choisissent aussi. » (informateur représentant un partenaire intersectoriel)

« Il faut vraiment pas faire l'économie par rapport aux moyens dont on doit disposer pour soutenir ces actions-là. Bien moi, mon biais, il est au niveau local. Mais au niveau régional, je suis sûr que c'est pareil. Y'a plusieurs organisations qui veulent participer, contribuer, obtenir des résultats, converger vers des objectifs communs, tout ça. Mais le jus de bras là, y'a encore un problème sur le terrain pour être capable. Parce que, si on veut que ça donne quelque chose, faut avoir le moyen de nos ambitions par rapport à l'énergie résiduelle qu'il y a autour de la table pour faire un pas de plus, pour changer nos pratiques, aller chercher des façons différentes de faire les choses. Et ça, ces outils-là ces moyens-là sont généralement des moyens humains autour de la table. On n'en dispose pas suffisamment pour être capable de. Moi, j'ai une grande préoccupation relativement à ces moyens-là pour être capable de soutenir l'action sur le terrain, à la fois des CSSS, mais à la fois des partenaires. Parce que c'est beau de venir s'asseoir, mais en organisation communautaire, l'Énergie résiduelle pour obtenir des résultats, c'est bien, bien important. » (informateur d'un CSSS)

3. SYNTHÈSE ET DISCUSSION

Les résultats de l'évaluation exposés à la deuxième section de ce rapport permettent de tirer certains constats généraux et de dégager quelques pistes de réflexion concernant l'implantation de la stratégie de soutien à l'AIFSBE, à partir du point de vue de trois groupes d'acteurs. La référence à quelques éléments de la revue de littérature réalisée en marge de cette étude (Poissant, 2013) ajoute un éclairage complémentaire à la compréhension de cette implantation.

3.1 RETOUR SUR LES MODÈLES LOGIQUES

D'abord, les modèles logiques de la stratégie élaborés pour chacun des trois groupes d'acteurs (voir annexes 20, 21 et 22, p. 335, 341 et 347) permettent de schématiser leur positionnement respectif par rapport à celle-ci. De la comparaison de ces modèles, il ressort que :

- Les **écarts** apparus **entre le modèle logique initial et ceux élaborés par la suite pour chacun des trois groupes d'acteurs**, à partir des données de l'évaluation, découlent surtout d'ancrages et d'expériences spécifiques des uns et des autres en lien avec la stratégie. Toutefois, la notion de « *postulat* », qui pourrait éventuellement être substituée à celle d'« *hypothèse* » du PAR, a été prise en compte à la suite du groupe de discussion de rétroaction. Cet élément de réflexion apparaît fondamental pour mieux comprendre et situer en contexte les attentes de résultats associées à la mise en œuvre de la stratégie.
- En principe, les **fondements de la stratégie** inscrite dans le PAR (raison d'être, bases théoriques) demeurent identiques pour tous les groupes d'acteurs, qu'ils les connaissent ou pas, et qu'ils connaissent ou pas la stratégie et le PAR.
- Une **plus grande similarité des modèles logiques est observée entre celui des acteurs de la DSP et celui des acteurs des CSSS**. Cela est peu surprenant vu leur appartenance commune au même réseau de la santé et des services sociaux. Si leurs champs de responsabilité et d'intervention en santé publique sont distincts, les uns et les autres doivent déployer leur action en fonction de balises prescrites dans les mêmes cadres généraux. Ils doivent notamment s'appuyer sur la *Loi sur la santé publique*, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, ainsi que le *Programme national de santé publique*. De plus, pour ces deux groupes, la participation à des AIFSBE vise toujours ultimement l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.
- Le **modèle logique des partenaires intersectoriels de la DSP** se distingue notamment par une référence moins directe à l'aspect « favorable à la santé et au bien-être » de l'AI à

laquelle ces acteurs prennent part, avec ou sans la DSP de Lanaudière. D'ailleurs, les deux objectifs ultimes de leur participation à des AI identifiés chez les informateurs de ce groupe concernent davantage la performance économique du système de santé et l'amélioration de la qualité de vie de la population, que spécifiquement l'amélioration de la santé de cette même population.

- **Peu de documents d'orientation** spécifiques, parmi ceux identifiés dans le modèle logique initial, se retrouvent dans les ancrages des trois autres modèles logiques. Les informateurs de chacun des trois groupes semblent avoir référé surtout à quelques documents ayant pu influencer assez directement leur pratique de l'AIFSBE.
- Seul le modèle logique des acteurs de la DSP inclut, parmi les ancrages de la stratégie mentionnés par les participants, de nombreuses **pratiques** nettement **antérieures au PAR** 2009-2012. Dans les deux autres modèles logiques, ce sont plutôt des pratiques antérieures et concomitantes au PAR 2009-2012 qui ont été identifiées par les participants à l'étude. Autrement dit, « l'avant-PAR » et « l'après-PAR » semblent se distinguer moins nettement dans le développement de leur connaissance et de leur compréhension de la stratégie.
- Dans l'ensemble, les trois modèles logiques incluent l'apport des mêmes types de **ressources nécessaires** à la mise en œuvre de la stratégie, soit des ressources humaines et financières, ainsi que du temps et un certain pouvoir. On note que, pour chacun des trois groupes d'acteurs, l'inclusion de citoyens sur une base individuelle aux pratiques d'AI ne semble pas aller de soi, même si elle n'est pas rejetée d'emblée.
- Quant aux **facteurs concomitants au PAR 2009-2012** ayant pu influencer la mise en œuvre de la stratégie, on retrouve davantage de similarités dans les **deux modèles du réseau de la santé et des services sociaux**, ce qui confirme encore leur parenté. Parmi cinq catégories de facteurs d'influence identifiés, ceux de type fonctionnel apparaissent les plus nombreux dans les modèles logiques de la DSP et des CSSS (quatre chacun). De plus, trois des quatre facteurs de ce type identifiés sont les mêmes dans les deux modèles (temps accordé aux employés participants par leurs employeurs; définition au départ des modes de fonctionnement, des rôles de chacun, d'un mandat précis et d'un échéancier; se doter d'objectifs communs, développer un langage commun). On retrouve aussi, dans ces deux mêmes modèles, des éléments semblables parmi les facteurs de nature politique/contextuelle (la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux) et de nature structurelle/organisationnelle (cadre de travail propre à chacun des services ou domaines d'intervention de la DSP, à chacun des programmes ou des disciplines). Par contre, les deux modèles incluent des facteurs de type relationnel différents. Celui de la DSP relève des éléments qui se rapportent aux personnes participant aux AI (notamment, la connaissance et l'appivoisement des personnes, l'ouverture et l'écoute manifestées, la

transmission de l'expertise aux nouveaux employés). Celui des CSSS retient des éléments référant plutôt à des groupes engagés dans les AI (notamment, la mobilisation des gens du milieu, l'habitude de travailler ensemble conduisant à une connaissance des réalités des différents réseaux, la pérennité des objectifs et des projets favorisée par le fait qu'ils soient portés ensemble).

- À l'égard des **facteurs d'influence concomitants au PAR 2009-2012, le modèle logique des partenaires intersectoriels** se distingue par l'importance accordée principalement à des éléments de type relationnel. Ceux-ci concernent des groupes et des personnes. Aucun élément de nature structurelle/organisationnelle ni de nature fonctionnelle n'a été mentionné, comme si ceux-ci relevaient plutôt du domaine de la santé et des services sociaux auquel se rapporte la stratégie.
- On observe également une plus grande similarité dans le genre d'**activités de mise en œuvre de la stratégie** décrites dans les modèles des acteurs du réseau sociosanitaire. Il s'agit toujours d'activités d'AIFSBE auxquelles les acteurs participent ou qu'ils soutiennent. Certaines d'entre elles apparaissent prévues au PAR ou aux PAL. D'autres sont plutôt souhaitées, notamment des activités de promotion, de diffusion et de formation à propos du PAR et de la stratégie. Quant au modèle logique des partenaires intersectoriels de la DSP, il se distingue encore en faisant état de trois types d'activités : des AIFSBE auxquelles les partenaires participent avec la DSP et d'autres avec les CSSS, ainsi que des AI « tout court » ne visant pas nécessairement des objectifs en matière de santé et n'impliquant pas d'organisation du réseau de la santé.
- On retrouve dans les trois modèles logiques à peu près les trois mêmes principaux **effets attendus** (ou objectifs intermédiaires) de la mise en œuvre de la stratégie. En fait, il s'agit d'éléments issus de la formulation de la stratégie dans le PAR, qui ont été systématiquement repris et proposés aux informateurs des trois groupes d'acteurs. Ils sont demeurés intacts dans les modèles des acteurs de la DSP et des CSSS. Par contre, l'un d'entre eux a été particulièrement modifié dans celui des partenaires intersectoriels, en fonction de la situation différente de ces organisations par rapport à une stratégie conçue pour des acteurs du réseau sociosanitaire. Ainsi, « *la contribution des démarches de soutien à l'AIFSBE à l'atteinte des objectifs du PAR* » est devenue « *la contribution à l'atteinte des objectifs des partenaires* », et ce, en référence à « l'AI tout court » plutôt qu'à l'AIFSBE.

- Pour ce qui est des **effets obtenus** de la mise en œuvre de la stratégie, seul le modèle logique des acteurs de la DSP affiche une relative concordance entre les effets attendus et les effets obtenus. À ces derniers sont ajoutés des effets qualitatifs ou sur le processus. Les deux autres modèles logiques s'en tiennent à faire état d'effets qualitatifs ou sur le processus spécifiques, dont un identique pour ces deux groupes d'acteurs externes à la DSP (une meilleure connaissance mutuelle des partenaires).

3.2 À PROPOS DES ANCRAGES DE LA STRATÉGIE

Les modèles logiques aident à comprendre, d'une façon schématisée, la place relative que prend la stratégie pour les trois groupes d'acteurs. S'appuyant sur une analyse plus fine, l'évaluation a aussi permis de mettre en évidence, comme pistes de réflexion en ce qui a trait aux ancrages de la stratégie :

- **Les limites et une certaine confusion dans la connaissance de la stratégie et celle de son existence dans le PAR, observée parmi les trois groupes d'acteurs.** D'ailleurs, le PAR lui-même est apparu relativement peu connu et utilisé, même parmi les acteurs de la DSP. Il l'était encore moins pour les partenaires intersectoriels à qui ce document d'orientation n'était pas directement destiné et, dans une moindre mesure, pour les partenaires intrasectoriels (acteurs du CSSS).
- **Une tendance, dans les propos des informateurs des trois groupes, à glisser de la stratégie du PAR à l'AI ou à l'intersectorialité « tout court ».** Autrement dit, ils étaient portés à discuter d'AI ou d'intersectorialité en faisant abstraction de deux aspects centraux de la stratégie : sa dimension « favorable à la santé et au bien-être » et celle concernant le « soutien ».
- **Un niveau de connaissance, voire un intérêt, limité à l'égard des fondements théoriques de la stratégie.** Cette situation semble assez peu étonnante en ce qui concerne les acteurs de l'externe de la DSP (intra et intersectoriels), indirectement visés par la stratégie. Par contre, pour les acteurs de la DSP, cette attitude pourrait s'expliquer par une culture liée à l'approche des données probantes et des meilleures pratiques, lesquelles se trouvent accréditées par des experts reconnus en amont d'une mise en œuvre plus généralisée. Ces pratiques revêtiraient alors un certain statut de « *postulat* » pour les acteurs. Ils pourraient donc y recourir en toute confiance, sans se sentir trop pressés de présenter la démonstration de résultats atteints justifiant ce recours. Cette attitude « rassurée » s'oppose toutefois à une interprétation différente, par Bourque (2008, p. 71), d'une observation similaire. De son point de vue, les DSP auraient maintenant de plus en plus tendance à attacher aux concertations intersectorielles thématiques privilégiées

dans leurs programmes « des attentes de résultats basés sur des données probantes qui sont autant de pressions sur un processus qui s'y accommode mal ».

- **Une appropriation de la stratégie par les acteurs des trois groupes qui s'inscrivait en continuité par rapport à ce que chacun en savait.** Toutefois, malgré une connaissance limitée du PAR et de la stratégie à l'étude, il se dégagait des groupes de discussion l'esprit d'une adhésion générale au travail en AI ou en intersectorialité. En fait, cette façon de faire semblait être devenue une évidence pour la plupart des informateurs, qu'ils soient rattachés à la DSP elle-même, à un CSSS ou à un partenaire intersectoriel. Et même si, dans les AI, les partenaires intersectoriels ne poursuivaient pas d'abord des objectifs d'amélioration de la santé, on notait au passage dans leur discours des éléments de vocabulaire propres à la santé publique. Ces indices suggèrent une certaine influence des acteurs de ce domaine sur leurs partenaires.
- **L'existence probable de différents niveaux d'intensité dans la connaissance, la reconnaissance et l'appropriation de la stratégie de soutien à l'AIFSBE, en tant que façon de faire recommandée aux acteurs de santé publique.** Il y aurait d'abord, au sein même de la DSP, une sorte de « noyau dur » d'acteurs plus informés et plus directement engagés dans cette voie. Il serait composé principalement des gestionnaires ainsi que des professionnels du service de prévention et promotion. Autour d'eux semblent graviter les acteurs des autres services de l'organisation puis, un peu plus loin, ceux des CSSS et enfin, un peu plus loin encore, les partenaires intersectoriels de la DSP. Dans l'ensemble, plus on s'éloigne du noyau, moins on connaît le PAR, moins on fait référence à sa stratégie à l'étude et à la dimension « favorable à la santé et au bien-être », et plus on s'en tient à discuter d'AI « tout court ».
- **La représentation plus spontanée, parmi les trois groupes d'acteurs, des participants aux AI comme étant des acteurs sociaux ou des représentants d'organisations partenaires plutôt que des citoyens sur une base individuelle.** La participation de ces derniers n'était pas systématiquement exclue, cependant les modalités de sa réalisation semblaient difficiles à envisager et plutôt éloignées de leurs préoccupations. Ces constats se situent dans le prolongement d'une observation similaire formulée dans le cadre de la revue de littérature (Poissant, 2013, p. 29). On pourrait se demander, toutefois, si une association formelle plus étroite entre les stratégies de développement des communautés (DC) de de soutien à l'AIFSBE n'aurait pas pour effet de désamorcer cette perception peut-être restrictive quant aux lieux possibles de participation des citoyens et des acteurs sociaux en lien avec la santé publique.
- **Une association plus spontanée entre l'AI et le DC, plutôt qu'entre l'AI et l'EIS.** Ce dernier concept apparaissait peu connu au niveau des acteurs régionaux et locaux de

Lanaudière. La parenté conceptuelle et l'évolution entrecroisée des deux notions semble leur avoir échappé, de même que la responsabilité de l'EIS attribuée aux autres secteurs que celui de la santé et son inscription dans la *Loi sur la santé publique* (ibid., p. 44-47). Il faut dire, toutefois, qu'aucune place stratégique n'a été accordée à l'EIS dans le PAR de Lanaudière. Par contre, la dimension interreliée des deux stratégies du PAR 2009-2012 portant sur le soutien à l'AIFSBE et le soutien au DC se reflétait dans les propos de plusieurs informateurs. Certains exprimaient même une difficulté à les distinguer. Peut-être avaient-ils intégré, consciemment ou non, l'approche du précédent PAR 2004-2007 selon laquelle « des éléments en lien avec l'AIFS sont présentés, en quelque sorte, comme des conditions nécessaires aux activités de développement des communautés » (ibid., p. 11).

- **Une confusion occasionnelle entre l'AI et des pratiques apparentées.** Notamment, au sein de la DSP, des acteurs des services de protection tendaient à confondre l'AI avec certaines relations de partenariat (formelles) ou de collaboration (moins formalisées) plutôt ponctuelles impliquant un partenaire spécifique, par exemple en vertu de mandats prescrits par la loi. La dimension plus collective et plus concertée de l'AI, dans le sens d'une démarche organisée et suivie de plusieurs partenaires se dotant ensemble de moyens nécessaires afin d'atteindre des objectifs communs, semblait échapper à leur expérience, voire à leur conception de l'AI. C'était aussi le cas pour certains informateurs des CSSS. À ce niveau local, également, des pratiques cliniques, parfois simplement multidisciplinaires et intraétablissements, réunissant différents intervenants autour de cas individuels de patient, ont été assimilés à des AI. Même si certains de ces intervenants pouvaient provenir de secteurs autres que celui de la santé, il ne s'agissait pas tout à fait de pratiques d'AI. En fait, il faut souligner que, si le terme « concertation » n'est pas littéralement inclus dans l'expression « AIFSBE », les définitions qui en ont été retracées en font pourtant une composante essentielle (ibid., p. 9-20).

3.3 À PROPOS DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE

D'autres pistes de réflexion, et éventuellement d'action, se dégagent de l'évaluation en ce qui concerne la mise en œuvre de la stratégie. Elles sont tirées des résultats combinés d'informations relatives à l'état de situation de la mise en œuvre de la stratégie et aux facteurs pouvant la faciliter et la limiter. Cette analyse a permis une appréciation globale de l'implantation de la stratégie susceptible de contribuer à sa poursuite et à son amélioration. La réflexion et l'action pourront tabler notamment sur :

- **Une cohérence entre les constats relatifs aux ancrages de la stratégie et l'état de situation dégagé concernant sa mise en œuvre.** Ainsi, le recours à cette stratégie du PAR, telle quelle, est apparu plus intense et plus conscient chez les acteurs du service de promotion et prévention de la DSP. Ce recours a semblé moins aller de soi pour ceux des autres services, pour ceux des CSSS et pour les partenaires intersectoriels. Pourtant, il s'avère que tous ces acteurs utilisaient une forme ou une autre d'AI, de concertation ou de pratique apparentée.
- **L'existence reconnue, par les informateurs des trois groupes, d'un large éventail de partenaires qui seraient effectivement engagés avec la DSP dans des démarche d'AI.** Ceux-ci s'avéraient issus de différents secteurs d'activité, des réseaux public et communautaire, et des trois paliers d'intervention.
- **Le fait qu'au chapitre des objectifs respectifs des différents partenaires et de leurs rapports dans les AI, les informateurs de la DSP et des CSSS ont mentionné plus d'éléments de convergence que de divergence.** Par ailleurs, dans le groupe des informateurs de l'intersectoriel, des partenaires intersectoriels ont été identifiés comme ceux avec lesquels la DSP aurait le plus de convergence dans les AI. Ce sont le MESS et le MELS.
- **L'existence constatée de divergences plus fréquentes, dans les AI, avec certains types de partenaires.** Toutefois, les groupes d'acteurs n'ont pas identifié, à ce titre, les mêmes partenaires. Du point de vue des informateurs de la DSP, ce sont surtout deux ministères (le MDDEP et le MTQ) qui ont été mentionnés, pour leurs « façons de voir » différentes. Du point de vue des informateurs de l'intrasectoriel, ce sont plutôt Emploi-Québec et le CLE²². Cette dernière observation rejoint une affirmation de Gagnon, Turgeon et Dallaire (2009) citée dans la revue de littérature (Poissant, 2013, p. 24). Selon ces auteurs, les ministères à vocation économique seraient moins sensibilisés à l'impact possible de leurs actions sur la santé et le bien-être des populations que les ministères à vocation sociale. Il apparaît cependant paradoxal qu'une perception différente, de plus grande convergence, ait été exprimée parmi les informateurs de l'intersectoriel à l'égard d'un partenaire de ce secteur économique (MESS, voir picot précédent).

²² « *Emploi Québec est une agence au sein du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Elle a pour mission de contribuer à développer l'emploi et la main-d'œuvre ainsi qu'à lutter contre le chômage, l'exclusion sociale et la pauvreté dans une perspective de développement économique et social* ». (Site Internet du MESS (www.mess.gouv.qc.ca) consulté en ligne le 15 septembre 2014.) Les centres locaux d'emploi (CLE) sont des instances locales du MESS. « *Ils offrent divers services dont un service d'accueil, une salle multiservice et des services d'aide financière. Des services d'emploi sont également offerts dans la plupart des CLE.* » (ibid.) On retrouve sept CLE dans la région de Lanaudière.

- **L'attribution, par les trois groupes d'acteurs, de deux rôles principaux à la DSP, dans les démarches d'AI.** Ce sont les rôles d'expert de contenu et d'initiateur des démarches. Les informateurs de la santé publique (DSP et CSSS) ont ajouté ceux de leader et de soutien. Par ailleurs, on a relevé des perceptions différentes quant au partage des rôles en matière d'AI et de soutien à l'AI, entre les acteurs associés aux deux instances de santé publique que sont la DSP et les CSSS. Certains (DSP) ont interrogé la disposition des acteurs des CSSS à fonctionner en AI. D'autres (CSSS et intersectoriel) ont jugé que les trois niveaux d'instance (national, régional et local) de la santé et des services sociaux pouvaient soutenir des démarches d'AI.

Quant aux « *inégalités de pouvoir et de ressources* » et aux « *rappports hiérarchiques* » entre la DSP et ses partenaires, associés au statut de structure de l'État québécois de cette dernière (Bourque, 2008, p. 30), ils n'ont pas semblé préoccuper de façon fondamentale les informateurs. Une exception est observée en ce qui concerne les organismes communautaires, considérés comme étant désavantagés en termes de ressources. De même, les échanges n'ont pas particulièrement insisté sur le caractère de « *processus politiques qui mettent en relation et en tension des acteurs aux intérêts organisationnels, aux approches et aux cultures souvent différentes, sinon contradictoires* » des démarches d'AI auxquelles prend part la DSP, selon le même auteur (ibid., p. 14).

Il faut souligner, toutefois, que la majorité des informateurs étaient rattachés à une organisation publique ou institutionnelle, surtout du réseau sociosanitaire. Ainsi, la possible tension entre participants plus investis, respectivement, de « *militantisme* » ou de « *conscience professionnelle* » ne s'est pas spécialement faite sentir (Mercier, Bourque et St-Germain, 2009, p. 57). Par contre, l'existence d'un « *défi de la logique négogène* » (ibid.), c'est-à-dire la conciliation d'une logique ascendante et d'une logique descendante, a été plusieurs fois relevée, notamment par des informateurs du réseau sociosanitaire. À cet égard, les acteurs de la DSP pouvaient représenter des intermédiaires entre ceux du palier national, émetteurs de politiques, de programmes et de directives, et ceux du palier local, responsables de leur application sur le terrain, c'est-à-dire dans des milieux rarement homogènes.

- **Les conditions de succès des AI, ou facteurs facilitant leur mise en œuvre, identifiées par les différents informateurs.** Ces conditions, réparties en cinq catégories²³, sont nombreuses. Elles n'ont pas été soumises à un exercice de priorisation dans le cadre de l'étude. Comme le mentionnait un informateur d'un CSSS, d'un point de vue global, l'AI « *c'est efficace, mais c'est aussi des pratiques qui ont leurs exigences* », et il ne faudrait pas

²³ Rappelons qu'il s'agit des facteurs de type politique/contextuel, structurel/organisationnel, fonctionnel, relationnel et lié aux ressources.

oublier que « *c'est pas une fin en soi* ». Pour les acteurs de la DSP, le soutien à l'AIFSBE constitue une de « leurs » stratégie d'action, inscrite dans « leur » PAR, mais elle nécessite la participation de partenaires. On peut se demander s'il ne serait pas opportun qu'ils entretiennent une sensibilité aux facteurs susceptibles de faciliter sa mise en œuvre du point de vue de ces partenaires, notamment des conditions de type fonctionnel pour les acteurs des CSSS, et surtout des conditions de type relationnel pour les partenaires intersectoriels. Dans cette foulée, une piste d'action suggérée par des informateurs soucieux de doter les acteurs de la DSP de balises un peu plus concrètes pourrait peut-être être explorée davantage. Il s'agit de la mise à leur disposition, voire de l'élaboration à leur intention, d'un inventaire-guide des différents facteurs facilitants connus ou identifiés dans le cadre de l'étude. À cet égard, certains bémols déjà rapportés (Poissant, 2013, p. 43-44) pourraient être pris en compte :

« Une expérience de concertation est très difficilement exportable sur un autre territoire, ou généralisable à l'ensemble des territoires, sans qu'une démarche d'appropriation soit préalablement conduite par les personnes qui veulent reproduire ces actions. Par exemple, les attentes des partenaires peuvent être différentes, selon le milieu, ou l'environnement de concertation peut présenter des caractéristiques distinctes. Ces particularités exigent souvent que des ajustements soient apportés dans les contenus et les modalités. » (Vermette, 2001)

« Les expériences documentées démontrent clairement que le contexte et la culture sont des éléments essentiels du succès des initiatives intersectorielles. Des conditions ou approches procurant des résultats dans un certain secteur ou milieu peuvent ne pas avoir le même effet dans un autre. » (Agence de la santé publique du Canada, 2007, p. 10)

3.4 À PROPOS DES RETOMBÉES DE LA STRATÉGIE

La dimension des retombées de la stratégie a donné lieu à des discussions pertinentes conduisant à questionner la cohérence entre ses assises dans les orientations de la santé publique, l'essence ou les caractéristiques de cette stratégie, les résultats attendus et la mesure des résultats obtenus. La poursuite des réflexions à ce sujet devrait prendre en compte :

- **La perception de la stratégie comme étant quelque chose de « flou ».** Cette perception s'appuyait notamment sur l'absence, dans le PAR, d'objectifs de résultats associés directement à sa mise en œuvre contrairement, par exemple, à l'autre stratégie transversale consistant à soutenir le développement des communautés. Selon les informateurs et en fonction de leurs perspectives propres, cet état de fait apparaissait positif ou négatif. Il était positif du point de vue de ceux qui considéraient la stratégie comme une façon de faire fondamentale et allant de soi pour les acteurs de la DSP. Il était plutôt négatif pour ceux qui associaient la crédibilité d'une pratique, telle la

stratégie de soutien à l'AIFSBE, et l'importance des efforts à y investir à des attentes de résultats précises et clairement formulées, voire à des indicateurs quantitatifs.

- **Le fait que les caractéristiques de la stratégie la prédisposeraient davantage à produire des résultats de type qualitatif ou concernant le processus.** Qu'il s'agisse d'effets attendus ou d'effets obtenus, seuls des éléments de type qualitatif ou portant sur le processus ont été identifiés par les différents informateurs. Même ceux (de la DSP et des CSSS) qui souhaitaient voir inclure dans le prochain PAR des « *indicateurs précis* », idéalement « *réalistes et clairs* », en vue de mesurer quantitativement l'atteinte de résultats associés à la mise en œuvre de la stratégie, n'ont pas semblé capables d'en proposer. Ils ont, tout au plus, émis quelques idées quant aux éléments de contenu dont on pourrait tenir compte dans la réflexion concernant de tels indicateurs.
- **Une certaine discontinuité observée entre les résultats attendus et obtenus.** En fait, cette discontinuité a été constatée surtout auprès des informateurs externes à la DSP. Les effets attendus reflètent ceux qui ont été soumis à la discussion des groupes, puis jugés pertinents par les informateurs. Quant aux effets obtenus, identifiés par ces derniers, ils s'avèrent relativement plus précis, bien qu'ils demeurent de type qualitatif ou concernant le processus.
- **L'intérêt et la possibilité de développer des indicateurs quantitatifs de type suivi de gestion et des évaluations de résultats de cette nature, ou encore de développer des évaluations de résultats à partir de données probantes.** Rappelons que l'Agence de la santé publique du Canada (2007, p. 40) avait identifié, comme un des trois « *défis clés* » des AI dans le domaine de la santé, l'évaluation des résultats, compte tenu d'une difficulté éprouvée à « *repérer des données probantes attestant l'efficacité de l'action intersectorielle en matière de santé* ». Au contraire, Bourque (2008, p. 71) avait attiré l'attention sur le fait que les DSP auraient de plus en plus tendance à attacher à la concertation intersectorielle thématique privilégiée dans leurs programmes « *des attentes de résultats basés sur des données probantes qui sont autant de pressions sur un processus qui s'y accommode mal* ». Pourtant, l'évaluation n'a pas retrouvé la trace, dans les discours des différents informateurs, de ce type de pression, sinon de façon diffuse.

Par ailleurs, l'étude a conduit à la formulation de quelques questions à propos de la mesure des résultats associés aux AIFSBE auxquelles prennent part les acteurs de la DSP. Faudrait-il renoncer d'emblée à toute possibilité sérieuse de relever et d'attribuer à la mise en œuvre de la stratégie, de façon causale, toute amélioration ultérieure de l'état de santé de la population? Cela pourrait signifier de renoncer à l'intention de mesurer, quantitativement ou qualitativement, les impacts souhaités (à long terme) de la mise en œuvre de la stratégie. En termes de résultats quantitatifs, la collecte de simples résultats

de production (nombre et fréquence des activités tenues, nombre de partenaires participants, etc.) serait-elle davantage envisageable, si on s'inscrit dans une perspective de suivi de gestion? Demeurerait-il plus complexe d'entreprendre l'élaboration d'indicateurs quantitatifs en vue de mesurer et d'évaluer l'atteinte d'objectifs intermédiaires tels : la contribution des démarches de soutien à l'AIFSBE à l'atteinte des objectifs du PAR, la sensibilisation des partenaires intersectoriels aux effets de leurs activités sur la santé de la population et la mobilisation des secteurs d'activité et des communautés? Pourrait-on explorer davantage quelques pistes d'éléments de contenu identifiées par des informateurs des CSSS et susceptibles d'être incluses dans l'élaboration d'indicateurs quantitatifs? Parmi celles-ci, rappelons : l'efficacité de la stratégie, les liens entre les organismes prenant part aux comités et tables de concertation, la fluctuation du nombre des partenariats, ainsi que le réflexe d'impliquer tout le monde.

- **Les conditions permettant de générer les résultats attendus et de les mesurer.** À cet égard également, d'autres questions ont été soulevées par l'étude. Faudrait-il concentrer les efforts autour des effets à court et moyen terme associés à la mise en œuvre de la stratégie? À titre d'exemples, les informateurs de la DSP ont mentionné le recours possible à des moyens tels la formulation de lignes directrices et l'élaboration d'un guide, susceptibles de compléter les quelques « énoncés » et « grandes lignes » contenues dans le PAR. Toutefois, pour être en mesure de concevoir de tels outils, ne faudrait-il pas s'entendre d'abord sur le type de résultats attendus privilégiés? S'agirait-il de résultats quantitatifs de type suivi de gestion ou fondés sur des données probantes, ou d'autres types de résultats davantage qualitatifs, à l'image des effets attendus et obtenus mis en évidence dans les trois modèles logiques des différents acteurs?
- **La considération de la stratégie comme une hypothèse (résultats à démontrer, justification) ou comme un postulat associé aux orientations de la santé publique.** Cet élément de réflexion, introduit dans l'évaluation à sa toute fin, devrait-il être considéré comme étant fondamental quant à la formulation des prochaines orientations de la DSP de Lanaudière à l'égard de sa stratégie de soutien à l'AIFSBE? Pourrait-il constituer un fil conducteur permettant de dénouer les principaux nœuds révélés par l'étude, et entourant autant les ancrages de la stratégie que sa mise en œuvre et ses retombées, sans compter la possible mesure de ces dernières? Toutefois, peut-être faudrait-il inclure dans la réflexion d'autres éléments déterminants? Parmi ceux-ci, devrait-on demeurer sensible à l'existence d'un « *paradigme de la performance* » (Jacob, 2009, p. 201) inspiré par la nouvelle gestion publique, dans lequel doit évoluer la santé publique au sein du système sociosanitaire québécois? Devrait-on tenir compte aussi des limites décisionnelles de la DSP, dans ses orientations qui doivent demeurer cohérentes avec les directives du palier national?

CONCLUSION ET ORIENTATIONS

Le projet d'évaluation qui se termine en ces pages en fut un de longue haleine et d'une ampleur respectable, compte tenu des ressources de la DSP de Lanaudière. Il s'agit également d'une première évaluation ayant porté sur un objet transversal relatif au PAR 2009-2012 de l'organisation. La DSP avait considéré que l'implantation de la stratégie de soutien à l'AIFSBE pouvait concerner l'ensemble des acteurs de la DSP, et éventuellement retenir leur attention et leur intérêt, de même que ceux des principaux partenaires. Et ce, même si, de prime abord, les fondements ainsi que les tenants et aboutissants de ladite stratégie ne se situaient pas tout à fait dans les priorités d'action et les préoccupations quotidiennes.

Au terme de la démarche, on constate tout au moins que la participation des uns et des autres a été acquise. On peut également présumer que la dimension formative de l'étude s'est actualisée au fur et à mesure de son déroulement, ne serait-ce qu'à travers les échanges suscités dans les différentes étapes de la collecte des données. Rappelons toutefois qu'une adaptation apportée à la démarche proposée initialement concernait la volonté de la concevoir elle-même comme une sorte d'AI concertée avec les principaux partenaires de la DSP qui s'étaient montrés également préoccupés par des objets d'évaluation similaires. Pour des raisons échappant aux responsables de l'étude, celle-ci est demeurée finalement centrée sur des objectifs propres aux acteurs de la DSP, bien qu'ils témoignaient toujours d'une ouverture et laissaient place aux points de vue des principaux partenaires de l'organisation.

Quant aux quatre objectifs généraux retenus (voir p. 16), on peut considérer que, dans l'ensemble, ils ont été atteints. En fait, ils ont été successivement réaménagés en fonction de quatre objets d'évaluation qu'il fallait aborder²⁴, puis de trois thèmes d'analyse qui ont été retenus²⁵. Pour ce qui est du premier objectif initial visant à ébaucher un modèle logique reposant sur la théorie sous-tendue par la stratégie du PAR, il a été transformé en technique d'analyse donnant lieu à la production de quatre modèles logiques distincts (voir p. 29).

Les résultats de l'évaluation se sont avérés relativement denses et riches. Ils ont permis de documenter d'une façon inédite les ancrages, la mise en oeuvre et les retombées de la stratégie du point de vue des trois groupes d'acteurs ciblés. En quelque sorte, selon une approche essentiellement qualitative, la démarche a permis de « raconter l'histoire » de la stratégie dans Lanaudière (Werner, 2004, p. 81). Le corpus ainsi constitué représentait une source

²⁴ Ces quatre objets d'évaluation étaient, respectivement : 1) la pertinence de la stratégie en fonction des actions prévues au PAR pour les différents domaines d'intervention; 2) le processus d'appropriation et de mise en oeuvre de la stratégie; 3) les retombées de la stratégie; 4) l'articulation de la stratégie avec les objectifs visés par les partenaires au moyen de la concertation, du partenariat et de l'action intersectorielle.

²⁵ Les trois thèmes d'analyse retenus étaient : 1) les ancrages de la stratégie; 2) la mise en oeuvre de la stratégie; 3) les retombées de la stratégie.

d'informations précieuses en vue de mieux comprendre différentes facettes de l'implantation de cette stratégie dans la région, et en vue d'y apporter des améliorations, si nécessaire.

D'ailleurs, la précédente partie du présent rapport, consacrée à une synthèse et à une discussion portant sur les principaux résultats de l'étude, a mis en évidence un certain nombre de pistes de réflexion dont il s'avérait pertinent de tenir compte lors de la formulation des orientations de la DSP à l'égard de la stratégie. Le comité ESSAI, en effet, avait convenu de proposer au Directeur de santé publique et à son comité de gestion des orientations plutôt que des recommandations, au terme de l'évaluation. Il s'agissait, d'une façon ou d'une autre, de souligner les façons de faire à poursuivre et de mettre en évidence les principaux ajustements possibles en vue d'améliorer les pratiques des acteurs de l'organisation en matière d'AI.

Selon toute vraisemblance, les pratiques d'AI seront appelées à se poursuivre dans la prochaine version du PNSP, de même que dans le prochain PAR de santé publique de Lanaudière. Quelle que soit la façon dont elles seront formulées, on peut s'attendre encore à ce que les nouvelles attentes ou directives en la matière soient adressées aux acteurs de la DSP, chargés de la mise en œuvre de « leur » PAR. Les orientations ici proposées s'inscrivent dans cette logique. Elles ont été rédigées en adoptant la perspective des acteurs de la DSP, avec la préoccupation de refléter le plus possible les principaux constats de l'évaluation, et le souhait d'alimenter peut-être la réflexion entourant la révision du PNSP à l'égard de l'intégration des stratégies transversales (notamment l'AI et le DC). Ces orientations, toutefois, devront être soumises à un processus d'adoption par la DSP, en vue d'être intégrées éventuellement dans le prochain PAR, et peut-être d'influencer aussi le contenu des prochains PAL²⁶.

Orientations proposées par le comité ESSAI

- Considérant l'intérêt du MSSS pour la « stratégie ministérielle de soutien à l'action intersectorielle », notamment dans le cadre des travaux en vue de l'élaboration du prochain PNSP, et de la future Politique gouvernementale de prévention en santé, ainsi que de ceux relatifs à l'exercice de la responsabilité populationnelle (MSSS, 2014) et des politiques publiques favorables à la santé;
- Considérant l'adoption en santé publique et dans les autres programmes services de politiques, stratégies, plans d'action et interventions à portée intersectorielle (ibid.);

²⁶ Voir note 5, p. 16

- Considérant l'importance accordée à l'AI par les informateurs des trois groupes (DSP, intrasectoriel et intersectoriel) ayant pris part à l'évaluation d'implantation de la stratégie du PAR de santé publique de Lanaudière;
- Considérant les besoins de soutien à l'AI identifiés dans l'étude lanauoise et les actions de soutien reconnues par le MSSS (ibid.), dont celles : de « sensibiliser les acteurs des différents secteurs à l'égard de la santé et de ses déterminants »; de « partager les connaissances entre les secteurs », de « développer les capacités des acteurs des différents secteurs », de « concevoir et diffuser des outils pratiques en soutien à la collaboration et aux actions favorables à la santé dans les différents secteurs », et de « favoriser le réseautage et le partage d'expériences entre les secteurs »;
- Considérant l'importance de mieux intégrer la stratégie de soutien à l'AIPSBE et la stratégie de soutien au DC, notamment dans les prochains PAR et PAL²⁷, afin de renforcer les interventions de santé publique, particulièrement celles portant sur la responsabilité populationnelle des CSSS, les inégalités sociales de santé, l'aménagement et le développement durable, ainsi que l'occupation du territoire;

Le Comité ESSAI propose au Directeur de santé publique de Lanaudière et à son comité de gestion les orientations suivantes en vue de poursuivre la mise en œuvre régionale et locale de la stratégie de soutien à l'AIFSBE :

- Développer une stratégie de diffusion et d'appropriation des résultats de l'évaluation visant prioritairement les acteurs de la DSP;
- Développer une stratégie de diffusion des résultats de l'évaluation visant les CSSS et les partenaires intersectoriels concernés;
- Développer, au sein de la DSP, une vision globale permettant de mieux intégrer, notamment dans les prochains PAR et PAL²⁸, les stratégies de soutien à l'AIFSBE et au DC, afin de renforcer les interventions de santé publique, particulièrement celles portant sur la responsabilité populationnelle, les inégalités sociales de santé, l'aménagement et le développement durable, ainsi que l'occupation du territoire, et cela dans une approche de collaboration et de co-construction avec les CSSS et les partenaires intersectoriels concernés.

²⁷ Ibid.

²⁸ Ibid.

Afin d'actualiser ces orientations, le Comité ESSAI suggère quelques pistes d'action ou moyens, appuyés sur les résultats de l'évaluation :

- Poursuivre la réflexion afin de préciser si possible la position de la DSP quant au statut de « postulat » ou « d'hypothèse » conféré à la stratégie ou à l'AIFSBE, en s'appuyant sur les orientations du palier national. Il s'agit de déterminer si on doit considérer le soutien à l'AIFSBE et y recourir en tant que façon de faire dont la pertinence et l'efficacité sont déjà reconnues en amont ou plutôt en tant que façon de faire dont il faudra davantage justifier le recours par l'atteinte de résultats prédéterminés;
- Renforcer la stratégie de soutien à l'AIFSBE et au DC auprès des acteurs concernés des paliers régional et local, en s'appuyant sur des orientations, politiques, programmes et ressources (outils pratiques, guides, formations) développées au palier national;
- Poursuivre la réflexion concernant les résultats attendus de la mise en œuvre de la stratégie de soutien à l'AIFSBE et au DC, et leur mesure, en tenant compte des résultats de l'évaluation lanadoise et des travaux en la matière qui pourraient être menés aux paliers national et international;
- Définir des mesures et un calendrier de travail à mettre en place pour rendre opérationnelles les orientations susmentionnées qui seront retenues par le Directeur de santé publique et le comité de gestion.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE. *Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière 2009-2012*, sous la direction de Laurent Marcoux, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, 2009, 234 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE. *Ensemble pour la santé et la qualité de vie de la population lanaudoise. Rapport du Directeur de santé publique de Lanaudière, Édition 2007*, Joliette. Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation 2007, 34 p.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Au croisement des secteurs. Expériences en action intersectorielle, en politique publique et en santé*, 2007, 52 p.

BOURQUE, Denis. *Concertation et partenariat. Entre levier et piège du développement des communautés*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2008, 142 p.

CÔTÉ, Nathalie, Marie-Pier SAINT-LOUIS et Denis BOURQUE. *Pratiques de concertation sur le territoire de la MRC Les Moulins. Rapport de la démarche de recherche participative. Comité de développement social les Moulins*, 2010, 82 p.

GAGNON, France, Jean TURGEON et Clémence DALLAIRE. « L'évaluation d'impact sur la santé au Québec : lorsque la loi devient levier d'action », dans *Télescope*, vol. 14, no 2, printemps-été 2008, p. 79-94.

GUERNON, Sébastien, Marie-Noëlle GUÉDON et Patrick MALBOEUF (coll.). *Rapport d'évaluation sur la concertation dans la MRC L'Assomption. Rapport complet*, Repentigny, Table de concertation des organismes communautaires de la MRC L'Assomption, Conférence régionale des élu(e)s de Lanaudière, 2009, 29 p.

JACOB, Steve. « Opération chloroforme ou la réinvention de l'État rationnel : l'évaluation et les données probantes », *Criminologie*, vol. 42, no 1, p. 201-223.

Lalonde, Marc. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Gouvernement du Canada, 1974, 83 p.

MERCIER, Clément, Denis BOURQUE et Lise ST-GERMAIN. *Participation citoyenne et développement des communautés au Québec : enjeux, défis et conditions d'actualisation*, Rapport réalisé dans le suivi du Séminaire sur la participation citoyenne et le développement des communautés, tenu à l'initiative de la revue Développement social et de l'ARUC-ISCD le 4 avril 2008, 2009, 74 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégie ministérielle de soutien à l'action intersectorielle. Présentation des travaux et discussion. Réseau national de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle*, Rencontre du 16 mai 2014, Document de travail, 28 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La Politique de la santé et du bien-être*, Québec, ministère de la santé et des Services sociaux du Québec, 1992, 192 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA et ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Une conférence nationale pour la promotion de la santé*, 1986, 5 p.

POISSANT, Céline. *Soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être. Évaluation d'implantation d'une stratégie transversale du Plan d'action régional (PAR) 2009-2012 de santé publique de Lanaudière. Synthèse*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2014c, 19 p.

POISSANT, Céline. *Soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être. Évaluation d'implantation d'une stratégie du plan d'action régional (PAR) 2009-2012 de santé publique de Lanaudière. Rapport d'évaluation*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2014b, 118 p.

POISSANT, Céline. *L'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être : Portrait des démarches d'action intersectorielle auxquelles contribuent les acteurs de la DSP de Lanaudière. Fascicule 2 de la revue de littérature/recherche documentaire réalisée dans le cadre de l'Évaluation d'implantation de la stratégie de soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être du Plan d'action régional (PAR) 2009-2012 de santé publique de Lanaudière*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2014a, 31 p.

POISSANT, Céline. *L'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être : Quelques balises conceptuelles et contextuelles. Fascicule 1 de la revue de littérature/recherche documentaire réalisée dans le cadre de l'Évaluation d'implantation de la stratégie de soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être du Plan d'action régional (PAR) 2009-2012 de santé publique de Lanaudière*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2013, 59 p.

POISSANT, Céline. *Proposition d'évaluation portant sur la stratégie de soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être du Plan d'action régional (PAR) 2009-2012 de santé publique de Lanaudière*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2011, 13 p.

QUÉBEC (PROVINCE). *Loi sur les services de santé et les services sociaux : LR.Q., c. S-4.2 : à jour au 1^{er} août 2014*, Éditeur officiel du Québec, 2014, non paginé.

QUÉBEC (PROVINCE). *Loi sur l'administration publique: LR.Q., c. A-6.01 : à jour au 1^{er} août 2014*, Éditeur officiel du Québec, 2014, non paginé.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE. *Agir ensemble pour mieux vivre. Aujourd'hui et demain dans Lanaudière. Plan d'action régional de santé publique 2004-2007*, sous la direction de Laurent Marcoux, Saint-Charles-Borromée, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, 2003, 153 p.

SÉNÉCAL, Gilles, Geneviève CLOUTIER, Léa MÉTHÉ MYRAND, Amélie DUBÉ et Andréanne CHEVALIER. *Les effets de la concertation. Étude sur les Tables intersectorielles de quartier de Montréal*, Montréal, INRS, Centre Urbanisation Culture Société, 2010, 141 p.

VERMETTE, Guy. *Développer la concertation en toxicomanie : Guide pour les intervenants et les gestionnaires*, Les Cahiers du CPLT, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2001, 23 p.

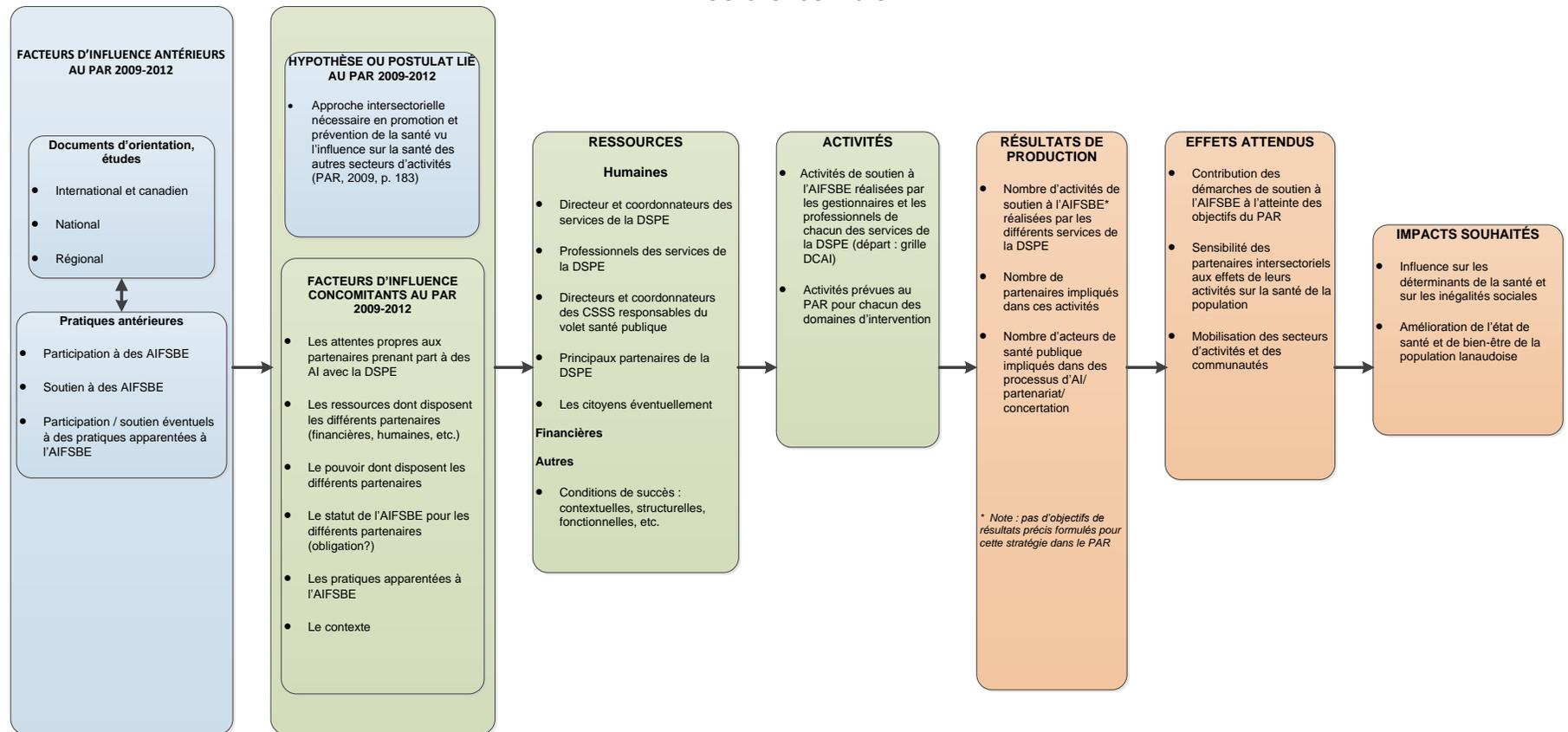
WERNER, Alan. *A Guide to Implementation Research*, Washington, The Urban Institute Press, 2004.

Annexe 1

**Modèle logique initial, basé sur la revue de littérature, de la stratégie de soutien à l'AIFSBE
du PAR 2009-2012 de santé publique de Lanaudière
des partenaires intersectoriels de la DSP**

Modèle logique initial, basé sur la revue de littérature, de la stratégie de soutien à l'AIFSBE du PAR 2009-2012 de santé publique de Lanaudière

Vue d'ensemble



**Modèle logique initial, basé sur la revue de littérature, de la stratégie de soutien à l'AIFSBE
du PAR 2009-2012 de santé publique de Lanaudière
Détail des facteurs d'influence associés aux ancrages de la stratégie – 1**

DOCUMENTS D'ORIENTATION ET ÉTUDES ANTÉRIEURS AU PAR 2009-2012

Niveaux canadien et international

- Le rapport Lalonde (1975) (Diffusé en 1975 mais le rapport a été produit en avril 1974)
- La Déclaration d'Alma-Ata (OMS, septembre 1978)
- La Charte d'Ottawa (OMS, novembre 1988)
- La santé pour tous (1986)
- Les Recommandation d'Adélaïde (OMS, 1988)
- La promotion de la santé pour tous (1990)
- La Déclaration de Sundsvall (OMS, 1991)
- La Conférence de Halifax (OMS, 1997)
- La Conférence de Jakarta (OMS, 1997)
- La Déclaration de Mexico (OMS, 2000)
- La Charte de Bangkok (OMS, août 2005)
- La santé dans toutes les politiques (UE, 2006)

Niveau national (Québec)

- *La Politique de la santé et du bien-être (PSBE) (1992)*
- *Les Priorités nationales de santé publique (PNSP) 1997-2002 (1997)*
- *La Loi sur la santé publique (2001)*
- *La Loi sur les services de santé et les services sociaux (mise à jour 2003)*
- *Le Programme national de santé publique (PNSP) 2003-2012 (2003) : « Participer aux AIFSBE »*
- *Le Programme national de santé publique (PNSP) 2003-2012. Mise à jour 2008 (2008) : « Soutenir l'AIFSBE »*

Niveau régional (Lanaudière)

- *Le Plan d'action régional dans Lanaudière 1995-1998 de la PSBE (1995)*
- *Le Programme régional de santé publique de Lanaudière 1997-2002 (1998)*
- *Qualité de vie de la population et développement local. Perspectives pour la réflexion (1999)*
- *Le PAR de Lanaudière 2004-2007 (2003) : la stratégie pas mentionnée comme telle (pas reprise du PNSP), plutôt associée au « domaine du développement des communautés »*
- *Le Rapport du directeur de santé publique de Lanaudière (2007) : lien entre le développement durable des communautés et des concepts tels « actions concertées favorables au développement durable des communautés », « décloisonnement de l'action dans le cadre d'une approche concertée et territoriale » et « promotion de politiques publiques favorables ».*

**Modèle logique initial, basé sur la revue de littérature, de la stratégie de soutien à l'AIFSBE
du PAR 2009-2012 de santé publique de Lanaudière
Détail des facteurs d'influence associés aux ancrages de la stratégie – 2**

PRATIQUES ANTÉRIEURES AU PAR 2009-2012

Participation à des AIFSBE

- Herbe à poux (1988)
- avec le Groupe de travail en sécurité routière de Lanaudière (1979-1999)
- avec la Table des partenaires du développement social de Lanaudière (TPDSL) (1999-2009)
- avec le CRÉVALE (2003-2009)
- avec le PLI (2009)
- le Comité régional École en santé (2005-2009)

Soutien à l'AIFSBE

- avec le Réseau d'animation en développement durable de Lanaudière : (RADDL)

Participation/soutien éventuels à des pratiques apparentées à l'AIFSBE

- Action intersectorielle (AI)
- Concertation
- Partenariat
- Collaboration

HYPOTHÈSE OU POSTULAT LIÉE AU PAR 2009-2012

« Plusieurs des moyens reconnus pour agir sur la santé et le bien-être de la population débordent le champ d'action strict du secteur des services de santé et des services sociaux. La promotion de la santé et la prévention de nombreux problèmes requièrent donc l'engagement et la participation des acteurs de plusieurs secteurs d'activité. C'est pourquoi, il devient nécessaire de développer une vision globale, ou intersectorielle, pour mettre ensemble toutes les pièces nécessaires, regrouper les ressources et les expertises requises. » (PAR, 2009, p. 183)

**Modèle logique initial, basé sur la revue de littérature, de la stratégie de soutien à l'AIFSBE
du PAR 2009-2012 de santé publique de Lanaudière
Détail des facteurs d'influence associés à la mise en œuvre de la stratégie**

FACTEURS D'INFLUENCE CONCOMITANTS AU PAR 2009-2012*

Les attentes propres aux partenaires à l'égard de l'AI et des activités de concertation

- Respect des priorités respectives
- Respect des façons de voir et de faire respectives (cultures organisationnelles)

Les ressources dont disposent les différents partenaires

- Ressources humaines
- Ressources financières

Les pratiques apparentées à l'AIFSBE

- L'action intersectorielle (AI ne ciblant pas nécessairement la santé et le bien-être de la population)
- La concertation (via instances comme des tables)
- Le partenariat (via ententes formalisées, contrats)
- La collaboration (surtout référence et échange d'informations)

Le contexte

- Sociopolitique
- Organisationnel dans le réseau SSS
- Des relations entre partenaires potentiels

Le pouvoir dont disposent les différents partenaires

* Facteurs extérieurs, d' « interférence » ou de « confusion » par rapport à l'hypothèse ou au postulat lié au PAR

Annexe 2

Formulaire de consentement à l'intention des cadres de la DSP



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
concernant la participation à un groupe de discussion dans le cadre de l'Évaluation
d'implantation de la stratégie de soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé et au
bien-être du PAR 2009-2012 de santé publique de Lanaudière

Objet de la rencontre

Vous avez été invité à participer, en tant que membre de l'équipe de gestion de la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Lanaudière, à un groupe de discussion. Celui-ci est réalisé dans le cadre d'une démarche d'évaluation portant sur l'implantation de la stratégie de soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être du PAR 2009-2012 de santé publique de Lanaudière. La rencontre vise à connaître votre point de vue en lien avec quatre thèmes particuliers qui vous concernent, en tant qu'acteur de la santé publique. Il s'agit : 1) de l'articulation logique entre la stratégie et les objectifs visés par les domaines d'intervention du PAR; 2) du processus d'appropriation et de mise en œuvre de cette stratégie par les acteurs de la santé publique; 3) de ses retombées en lien avec les actions prévues et les objectifs visés dans le PAR; 4) et, enfin, de l'articulation entre la stratégie et les objectifs propres visés par les partenaires.

Confidentialité et anonymat

Votre participation à ce groupe de discussion se fait sur une base volontaire et librement consentie. Par ailleurs, toutes les mesures possibles seront mises en œuvre afin d'assurer la confidentialité de vos propos et votre anonymat. Cela signifie surtout que votre nom ne sera jamais associé directement à vos propos dans le cadre des rapports et publications produits dans le cadre de cette étude ou de tout autre échange relatif à ce groupe de discussion, tant à l'interne qu'à l'externe de l'Agence. Toutefois, compte tenu de la méthodologie et de l'analyse qualitative retenues, du caractère spécifique de l'objet d'évaluation et du nombre restreint d'acteurs de votre groupe susceptibles de participer à la présente collecte de données, il demeure possible qu'au terme de l'étude, certains lecteurs parviennent à associer d'eux-mêmes certains extraits de propos rapportés aux acteurs qui les auront exprimés.

Enregistrement du contenu des discussions

Pour faciliter le travail d'analyse et ne rien perdre du contenu de la discussion, celle-ci sera enregistrée grâce à un support numérique. Après l'analyse, cet enregistrement sera conservé puis détruit conformément aux règles d'éthique et à la législation en matière de renseignements personnels. Il en sera de même pour les transcriptions imprimées, qui seront utilisées pour faciliter l'analyse.

Liberté de se retirer

Vous êtes libre de vous retirer de cette rencontre à tout moment. Vous n'êtes pas obligé de répondre à toutes les questions qui seront adressées au groupe de discussion.

Engagement et signature

Je comprends à quoi je m'engage en participant à ce groupe de discussion. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions à cet effet et on y a répondu à ma satisfaction.

Signé à _____, le ____ du mois de _____ 2013.

Informateur/informatrice



Céline Poissant
Agente de planification, de programmation et de recherche
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Annexe 3

Formulaire de consentement à l'intention des professionnels de la DSP



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
concernant la participation à un groupe de discussion dans le cadre de l'Évaluation
d'implantation de la stratégie de soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé et au
bien-être du PAR 2009-2012 de santé publique de Lanaudière

Objet de la rencontre

Vous avez été invité à participer, en tant qu'employé/e de la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Lanaudière, à un groupe de discussion. Celui-ci est réalisé dans le cadre d'une démarche d'évaluation portant sur l'implantation de la stratégie de soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être du PAR 2009-2012 de santé publique de Lanaudière. La rencontre vise à connaître votre point de vue en lien avec quatre thèmes particuliers qui vous concernent, en tant qu'acteur de la santé publique. Il s'agit : 1) de l'articulation logique entre la stratégie et les objectifs visés par les domaines d'intervention du PAR; 2) du processus d'appropriation et de mise en œuvre de cette stratégie par les acteurs de la santé publique; 3) de ses retombées en lien avec les actions prévues et les objectifs visés dans le PAR; 4) et, enfin, de l'articulation entre la stratégie et les objectifs propres visés par les partenaires.

Confidentialité et anonymat

Votre participation à ce groupe de discussion se fait sur une base volontaire et librement consentie. Par ailleurs, toutes les mesures possibles seront mises en œuvre afin d'assurer la confidentialité de vos propos et votre anonymat. Cela signifie surtout que votre nom ne sera jamais associé directement à vos propos dans le cadre des rapports et publications produits dans le cadre de cette étude ou de tout autre échange relatif à ce groupe de discussion, tant à l'interne qu'à l'externe de l'Agence. Toutefois, compte tenu de la méthodologie et de l'analyse qualitatives retenues, du caractère spécifique de l'objet d'évaluation et du nombre restreint d'acteurs de votre groupe susceptibles de participer à la présente collecte de données, il demeure possible qu'au terme de l'étude, certains lecteurs parviennent à associer d'eux-mêmes certains extraits de propos rapportés aux acteurs qui les auront exprimés.

Enregistrement du contenu des discussions

Pour faciliter le travail d'analyse et ne rien perdre du contenu de la discussion, celle-ci sera enregistrée grâce à un support numérique. Après l'analyse, cet enregistrement sera conservé puis détruit conformément aux règles d'éthique et à la législation en matière de renseignements personnels. Il en sera de même pour les transcriptions imprimées, qui seront utilisées pour faciliter l'analyse.

Liberté de se retirer

Vous êtes libre de vous retirer de cette rencontre à tout moment. Vous n'êtes pas obligé de répondre à toutes les questions qui seront adressées au groupe de discussion.

Engagement et signature

Je comprends à quoi je m'engage en participant à ce groupe de discussion. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions à cet effet et on y a répondu à ma satisfaction.

Signé à _____, le ____ du mois de _____, 2013.

Informateur/informatrice



Céline Poissant
Agente de planification, de programmation et de recherche
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Annexe 4

**Guide de discussion auprès des cadres
et des professionnels de la DSP**

**Évaluation d'implantation de la stratégie d'action du PAR de santé publique de Lanaudière 2009-2012
Consistant à soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être (AIFSBE)
Guide de discussion auprès des cadres et des professionnels de la DSP**

Thème	Sous-thème	Questions type	Durée
<p>1. L'articulation logique entre la stratégie et les objectifs visés pour les domaines d'intervention* du PAR</p> <p>(objectif 1 de l'évaluation)</p>	<p>1.1 Les fondements théoriques de la stratégie</p> <p>(facteurs d'influence antérieurs et concomitants au PAR 2009-2012 ; hypothèses du PAR 2009-2012)</p>	<p>1. En quoi consiste, selon vous, la stratégie de soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être (AIFSBE) du PAR? (<i>définition</i>)</p> <p>a) D'après vous, sur quelle base peut-on juger qu'une AI sera favorable à la santé? (La DSP peut-elle soutenir (participer à) une AI dont il n'y a pas évidence qu'elle sera favorable à la santé? Ou soutenir (participer à) des AI portant sur des sujets qui auront potentiellement des impacts sur la santé?)</p> <p>b) À votre avis, y a-t-il une distinction entre l'AIFSBE et l'AI « tout court »? Et entre l'AIFSBE et la concertation « tout court »? Si oui, lesquelles ?</p> <p>c) À votre avis, y a-t-il une différence entre <i>participer</i> à l'AIFSBE et <i>soutenir</i> l'AIFSBE? Si oui, laquelle? (PNSP 2003-2012 vs mise à jour PNSP 2008 + PAR 2009-2012)</p> <p>d) Pourquoi, sur quelles bases, cette stratégie est-elle préconisée dans le domaine de la santé publique? (origine et fondements théoriques)</p> <p>e) Selon vous, l'AIFSBE est-elle comprise ou considérée différemment aux paliers national et régional?</p> <p>f) Quel est, selon vous, l'élément-clé de l'AIFSBE? (L'action? La concertation? L'intersectorialité? L'objectif santé et bien-être?)</p> <p>g) Quels liens voyez-vous entre l'AIFSBE et les notions de « développement des communautés (DC) », « inégalités sociales de santé » et « évaluation d'impact sur la santé (EIS) »? (L'AIFSBE peut-elle exister indépendamment de ces autres notions?)</p>	30 min.
	<p>1.2 La pertinence de la stratégie pour les différents domaines d'intervention du PAR</p> <p>(l'ensemble du cadre logique)</p>	<p>1. Selon vous, les principes de l'AIFSBE sont-ils pertinents (adaptés/adaptables) pour les <u>différents domaines d'intervention</u> du PAR? Dites pourquoi.</p>	10 min.

* Les six domaines d'intervention du PAR sont : 1) le développement, l'adaptation et l'intégration sociale ; 2) les habitudes de vie et les maladies chroniques ; 3) les traumatismes non intentionnels ; 4) les maladies infectieuses ; 5) la santé environnementale ; 6) la santé en milieu de travail. Cependant, l'organisation de la DSP comprend quatre services, dont deux s'occupent respectivement de plus d'un domaine d'intervention (Prévention-promotion s'occupe de 1, 2 et 3 ; Prévention contrôle des risques s'occupe de 4 et 5), un se consacre à la santé au travail (6), et un représente plutôt un champ d'activité lié à des fonctions de santé publique qu'un domaine d'intervention (Surveillance, recherche et évaluation).

**Evaluation d'implantation de la stratégie d'action du PAR de santé publique de Lanaudière 2009-2012
Consistant à soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être (AIFSBE)
Guide de discussion auprès des cadres et des professionnels de la DSP**

Thème	Sous-thème	Questions type	Durée
2. Le processus d'appropriation et de mise en œuvre de la stratégie par les acteurs de la DSP (objectif 2 de l'évaluation)	2.1 Niveau d'appropriation (facteurs d'influence antérieurs + concomitants au PAR 2009-2012 + hypothèses du PAR 2009-2012 + ressources + activités)	<p>1. De façon générale, considérez-vous que les acteurs de la DSP (cadres et professionnels) se sont bien approprié la stratégie de soutien à l'AIFSBE? (<i>la comprendre, l'adopter</i>)</p> <p>a) Avez-vous observé <u>une évolution</u>, depuis le premier PAR (et avant), dans la façon dont les acteurs de la DSP (cadres et professionnels) <u>considèrent</u> l'AI en santé publique? Dites pourquoi.</p> <p>b) Personnellement, êtes-vous à l'aise avec cette stratégie? Expliquez (<i>L'avez-vous bien intégrée? Quelle importance y accordez-vous?</i>)</p> <p>c) Y a-t-il des facteurs qui <u>facilitent</u> l'appropriation de cette stratégie par les acteurs de la DSP? (<i>conditions de succès possibles : structurelles, fonctionnelles, contextuelles, relationnelles, etc.</i>)</p> <p>d) Y a-t-il des facteurs qui <u>font obstacle</u> à l'appropriation de cette stratégie par les acteurs de la DSP? (<i>conditions structurelles, fonctionnelles, contextuelles, relationnelles, etc.</i>)</p>	20 min
	2.2 Niveau de mise en œuvre (facteurs d'influence antérieurs + concomitants au PAR 2009-2012 + hypothèses du PAR 2009-2012 + ressources + activités)	<p>1. De façon générale, considérez-vous que les acteurs de la DSP (cadres et professionnels) ont réussi à mettre en œuvre la stratégie de soutien à l'AIFSBE?</p> <p>a) Dans l'ensemble, avez-vous observé <u>une évolution</u>, depuis le premier PAR (et avant), dans le <u>rôle joué concrètement</u> par les acteurs de la DSP (cadres et professionnels) par rapport à l'AI en santé publique?</p> <p>b) De quelle façon <u>les cadres et les professionnels de la DSP</u> contribuent-ils à la mise en œuvre de cette stratégie? Et vous, <u>personnellement</u>?</p> <p>c) Y a-t-il des facteurs qui <u>facilitent</u> la mise en œuvre de cette stratégie par les acteurs de la DSP? (<i>conditions de succès possibles : structurelles, fonctionnelles, contextuelles, relationnelles, etc.</i>)</p> <p>d) Y a-t-il des facteurs qui <u>font obstacle</u> à la mise en œuvre de cette stratégie par les acteurs de la DSP? (<i>conditions structurelles, fonctionnelles, contextuelles, relationnelles, etc.</i>)</p> <p>e) En quoi le <u>tableau des instances de concertation</u> identifiées avec la démarche du comité DCAI nous renseigne-t-il sur le niveau de mise en œuvre de la stratégie de <u>soutien</u> à l'AIFSBE? (<i>hyperconcertation? acteurs de la DSP trop/trop peu sollicités? etc.</i>)</p> <p>f) La stratégie de soutien à l'AIFSBE est-elle mise en œuvre de la même façon aux <u>niveaux local et régional</u>? <u>Les cadres et les professionnels des deux CSSS</u> contribuent-ils à sa mise en œuvre? (<i>En quoi leur rôle par rapport à l'AIFSBE diffère-t-il de celui des acteurs de la DSP?</i>)</p>	20 min

**Evaluation d'implantation de la stratégie d'action du PAR de santé publique de Lanaudière 2009-2012
Consistant à soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être (AIFSBE)
Guide de discussion auprès des cadres et des professionnels de la DSP**

Thème	Sous-thème	Questions type	Durée
3. Les retombées de la mise en œuvre de la stratégie en lien avec les actions prévues et les objectifs visés dans le PAR (objectif 3 de l'évaluation)	3.1 Les principaux effets attendus (résultats de production, effets attendus, impacts souhaités)	1. Selon vous, quels étaient les principaux effets attendus de la mise en œuvre de la stratégie de soutien à l'AIFSBE préconisée dans le PAR? a) A votre avis, cette stratégie <u>devrait-elle</u> contribuer à <u>faciliter l'atteinte des objectifs visés dans le PAR</u> , en ce qui concerne <u>votre domaine d'intervention (champs d'activité)</u> ? De quelle manière? b) A votre avis, cette stratégie <u>devrait-elle</u> contribuer à <u>faciliter l'atteinte des objectifs visés dans le PAR</u> , en ce qui concerne <u>les autres domaines d'intervention (champs d'activité)</u> ? De quelle manière? c) La mise en œuvre de la stratégie de soutien à l'AIFSBE <u>devrait-elle</u> contribuer à <u>sensibiliser les partenaires intersectoriels</u> aux effets de leurs activités sur la santé de la population? d) La mise en œuvre de la stratégie de soutien à l'AIFSBE <u>devrait-elle</u> contribuer à <u>mobiliser les communautés</u> ? (<u>différence avec développement des communautés</u>)?	20 min.
	3.2 Les principaux effets obtenus (résultats de production, effets attendus, impacts souhaités)	1. Selon vous, quels ont été les principaux effets obtenus avec la mise en œuvre de la stratégie de soutien à l'AIFSBE préconisée dans le PAR? a) A votre avis, cette stratégie a-t-elle <u>contribué effectivement</u> à faciliter l'atteinte des objectifs visés dans le PAR, en ce qui concerne <u>votre domaine d'intervention (champs d'activité)</u> ? Si oui, de quelle façon? Sinon, pourquoi? b) A votre avis, cette stratégie a-t-elle <u>contribué effectivement</u> à faciliter l'atteinte des objectifs visés dans le PAR, en ce qui concerne <u>les autres domaines d'intervention (champs d'activité)</u> ? Si oui, de quelle façon? Sinon, pourquoi? c) A votre avis, cette stratégie a-t-elle <u>contribué effectivement</u> à <u>sensibiliser les partenaires intersectoriels</u> aux effets de leurs activités sur la santé de la population? Si oui, de quelle façon? Sinon, pourquoi? d) A votre avis, la mise en œuvre de cette stratégie a-t-elle <u>contribué effectivement</u> à <u>mobiliser les communautés</u> ? Si oui, de quelle façon? Sinon, pourquoi?	20 min.

Evaluation d'implantation de la stratégie d'action du PAR de santé publique de Lanaudière 2009-2012
Consistant à soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être
Guide de discussion auprès des cadres et des professionnels de la DSP

Thème	Sous-thème	Questions type	Durée
4. L'articulation entre la stratégie du PAR et les objectifs propres visés par les partenaires par les moyens de la concertation, du partenariat et de l'action intersectorielle (objectif 4 de l'évaluation)	4.1 Identification des principaux partenaires	1. Selon vous, quels sont les principaux partenaires participant à des processus d'Al/parteneriat/concertation avec les acteurs de la DSP? (organismes communautaires, municipalités, milieu scolaire, organismes de développement, entreprises, etc.) a) Selon vous, les citoyens peuvent-ils participer, au même titre que des organisations partenaires, à des processus d'Al/parteneriat/concertation avec les acteurs de la DSP? (expertise requise, représentativité, aspect démocratique, etc.)	5 min.
	4.2 Points de convergence et de divergence entre les objectifs de la DSP et ceux des principaux partenaires (l'ensemble du cadre logique)	1. Selon vous, dans les processus d'Al/parteneriat/concertation auxquels vous avez participé (que vous avez soutenus) avec différents partenaires intersectoriels, y avait-il <u>convergence ou divergence entre les objectifs visés</u> par les acteurs de la DSP (favoriser la santé et le bien-être) et ceux visés par ces partenaires? a) Y a-t-il des partenaires de la DSP dont les objectifs visés à travers la participation à des processus d'Al/parteneriat/concertation vous semblent <u>davantage convergents ou divergents</u> avec ceux visés par la DSP? Expliquez. b) Est-il possible de concilier les <u>objectifs divergents</u> de partenaires intersectoriels dans des processus d'Al/parteneriat/concertation auxquels prennent part les acteurs de la DSP? Si oui, comment? Sinon, pourquoi? c) Selon vous, était-il possible de concilier <u>les façons de faire et les façons de voir</u> des différents partenaires dans les processus d'Al/parteneriat/concertation auxquels vous avez participé (que vous avez soutenus)? (cultures différentes) Expliquez.	15 min.
	4.3 Rôles, responsabilités, ressources et pouvoirs des différents partenaires (surtout ressources)	1. Dans les processus d'Al/parteneriat/concertation auxquels vous avez participé (que vous avez soutenus) avec différents partenaires intersectoriels, comment étaient partagés les rôles et les responsabilités des différents partenaires? a) Selon vous, les acteurs de la DSP occupaient-ils <u>un rôle différent</u> de celui des autres partenaires? <u>Des responsabilités différentes</u> ? b) Selon vous, dans ces mêmes processus, <u>les ressources</u> dont disposaient les différents partenaires ont-elles eu une influence sur leurs niveaux respectifs de participation? (ressources financières, humaines, temps, compétences, etc.) c) Selon vous, dans ces mêmes processus, y avait-il « <u>égalité de pouvoir</u> » entre les acteurs de la DSP et les autres partenaires? (processus imposés aux « partenaires » financés, double rôle du bailleur de fonds, attentes de résultats basés sur des données probantes, instrumentalisation, logique ascendante-descendante, etc.)	15 min.

Annexe 5

**Grille d'observation des groupes de discussion
avec les acteurs de la DSP**

**Grille d'observation des groupes de discussion de la phase 2 (bloc 1 : interne de la DSP)
Évaluation d'implantation de la stratégie du PAR de santé publique de Lanaudière 2009-2012
consistant à soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être**

Thème 1. L'articulation logique entre la stratégie et les objectifs visés pour les domaines d'intervention du PAR

Sous-thèmes	# des participants	Contenu de la discussion (mots clés)	Compréhension du thème (+ ou -)	Non verbal (+ ou -)	Ambiance générale, dynamique & relations entre participants (+ ou -)	Durée
1.1 Les fondements théoriques de la stratégie						
1.2 La pertinence de la stratégie pour les différents domaines d'intervention du PAR						

**Grille d'observation des groupes de discussion de la phase 2 (bloc 1 : interne de la DSP)
Évaluation d'implantation de la stratégie du PAR de santé publique de Lanaudière 2009-2012
consistant à soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être**

Thème 2. Le processus d'appropriation et de mise en œuvre de la stratégie par les acteurs de la DSP

Sous-thèmes	# des participants	Contenu de la discussion (mots clés)	Compréhension du thème (+ ou -)	Non verbal (+ ou -)	Ambiance générale, dynamique & relations entre participants (+ ou -)	Durée
2.1. Niveau d'approbation						
2.2. Niveau de mise en œuvre						

**Grille d'observation des groupes de discussion de la phase 2 (bloc 1 : interne de la DSP)
Évaluation d'implantation de la stratégie du PAR de santé publique de Lanaudière 2009-2012
consistant à soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être**

Thème 3. Les retombées de la mise en œuvre de la stratégie en lien avec les actions prévues et les objectifs visés dans le PAR

Sous-thèmes	# des participants	Contenu de la discussion (mots clés)	Compréhension du thème (+ ou -)	Non verbal (+ ou -)	Ambiance générale, dynamique & relations entre participants (+ ou -)	Durée
3.1. Les principaux effets attendus						
3.2. Les principaux effets obtenus						

**Grille d'observation des groupes de discussion de la phase 2 (bloc 1 : interne de la DSP)
Évaluation d'implantation de la stratégie du PAR de santé publique de Lanaudière 2009-2012
consistant à soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être**

Thème 4. L'articulation entre la stratégie du PAR et les objectifs propres visés par les partenaires par les moyens de la concertation, du partenariat et de l'action intersectorielle

Sous-thèmes	# des participants	Contenu de la discussion (mots clés)	Compréhension du thème (+ ou -)	Non verbal (+ ou -)	Ambiance générale, dynamique & relations entre participants (+ ou -)	Durée
4.1. Identifications des principaux partenaires						
4.2. Points de convergence et de divergence entre les objectifs de la DSP et ceux des principaux partenaires						

**Grille d'observation des groupes de discussion de la phase 2 (bloc 1 : interne de la DSP)
Évaluation d'implantation de la stratégie du PAR de santé publique de Lanaudière 2009-2012
consistant à soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être**

Thème 4. L'articulation entre la stratégie du PAR et les objectifs propres visés par les partenaires par les moyens de la concertation, du partenariat et de l'action intersectorielle

Sous-thèmes	# des participants	Contenu de la discussion (mots clés)	Compréhension du thème (+ ou -)	Non verbal (+ ou -)	Ambiance générale, dynamique & relations entre participants (+ ou -)	Durée
4.3. Rôles, responsabilités, ressources et pouvoirs des différents partenaires						

Commentaires divers

--

Schéma des ____ participants autour de la table (1 numéro pour chacun + «A» pour animateur + «O» pour observatrice)	Correspondance prénoms- numéros
	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____ 11. _____ 13. _____ 14. _____ 15. _____ 16. _____ 17. _____ 18. _____ 19. _____ 20. _____

Annexe 6

**Formulaire de consentement à l'intention
des partenaires intersectoriels de la DSP**



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
concernant la participation à un groupe de discussion dans le cadre de l'Évaluation
d'implantation de la stratégie de soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé
et au bien-être du PAR de santé publique de Lanaudière

Objet de la rencontre

Vous avez été invité à participer à un groupe de discussion, en tant que personne représentant un organisme partenaire de la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Lanaudière. Cette rencontre est réalisée dans le cadre d'une démarche d'évaluation portant sur l'implantation d'une stratégie transversale du Plan d'action régional (PAR) 2009-2012 de santé publique de Lanaudière. Il s'agit de la stratégie de soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être. Plus spécifiquement, trois thèmes seront abordés. Ce sont : 1) l'articulation logique entre la stratégie et les objectifs visés par les domaines d'intervention du PAR; 2) le processus d'appropriation et de mise en œuvre de cette stratégie par les acteurs de la santé publique; 3) et, enfin, l'articulation entre la stratégie et les objectifs propres visés par les partenaires, par les moyens de la concertation, du partenariat et de l'action intersectorielle.

Confidentialité et anonymat

Votre participation à ce groupe de discussion se fait sur une base volontaire et librement consentie. Par ailleurs, toutes les mesures possibles seront mises en œuvre afin d'assurer la confidentialité de vos propos et votre anonymat. Cela signifie surtout que votre nom ne sera jamais associé directement à vos propos dans le cadre des rapports et publications produits dans le cadre de cette étude.

Enregistrement du contenu des discussions

Pour faciliter le travail d'analyse et ne rien perdre du contenu de la discussion, celle-ci sera enregistrée grâce à un support numérique. Après l'analyse, cet enregistrement sera conservé puis détruit conformément aux règles d'éthique et à la législation en matière de renseignements personnels. Il en sera de même pour les transcriptions imprimées, qui seront utilisées pour faciliter l'analyse.

Liberté de se retirer

Vous n'êtes pas obligé de répondre à toutes les questions qui seront adressées aux participants. Vous êtes libre de vous retirer de cette rencontre à tout moment.

Engagement et signature

Je comprends à quoi je m'engage en participant à ce groupe de discussion. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions à cet effet et on y a répondu à ma satisfaction.

Signé à _____, le ____ du mois de _____ 2013.

 Nom de l'informateur/ de l'informatrice
 (en lettres moulées)

 Nom de l'organisme

 Signature de l'informateur/ l'informatrice

 Céline Poissant
 Agente de planification, de programmation et de recherche
 Direction de santé publique
 Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

 Geneviève Marquis
 Technicienne en recherche psychosociale
 Direction de santé publique
 Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Annexe 7

Guide de discussion auprès des partenaires intersectoriels de la DSP

Évaluation d'implantation de la stratégie d'action du PAR de santé publique de Lanaudière 2009-2012
Consistant à soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être (AIFSBE)
Guide de discussion auprès des principaux partenaires intersectoriels de la DSP

Thème	Sous-thème	Questions type	Durée
1. L'action intersectorielle en santé publique (objectif 1 de l'évaluation)	1.1 Sur quoi est basée l'action intersectorielle en santé publique? (facteurs d'influence antérieurs et concomitants au PAR 2009-2012; hypothèses du PAR 2009-2012)	1. Avez-vous entendu parler de la stratégie de soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être (AIFSBE) du PAR de santé publique de Lanaudière? a) En quoi consiste, selon vous, cette stratégie (définition) ? b) À votre avis, y a-t-il une distinction entre l'AIFSBE et l'AI « tout court »? Et entre l'AIFSBE et la concertation « tout court »? Si oui, lesquelles ? c) Pourquoi, sur quelles bases, cette stratégie est-elle préconisée dans le domaine de la santé publique? (origine et fondements théoriques) d) Quel est, selon vous, l'élément-clé de l'AIFSBE? (L'action? La concertation? L'intersectorialité? L'objectif santé et bien-être?) e) À votre avis, les acteurs de santé publique (DSP, CSSS) doivent-ils <u>participer</u> à l'AIFSBE ou <u>soutenir</u> l'AIFSBE? Quelle différence voyez-vous entre les deux rôles? (PNSP 2003-2012 vs mise à jour PNSP 2008 + PAR 2009-2012) f) Selon vous, l'AIFSBE relève-t-elle surtout des CSSS, de la DSP ou du MSSS? (niveaux d'intervention)	30 min.
	1.2 L'action intersectorielle dans les différentes activités de la DSP* (l'ensemble du cadre logique)	1. Connaissez-vous le PAR de santé publique de Lanaudière et ses six domaines d'intervention*? (fournir des exemples au besoin) a) Avec lequel ou lesquels des six domaines d'intervention du PAR êtes-vous le plus familiers? b) Selon vous, les principes de l'AIFSBE sont-ils pertinents (adaptés/adaptables) pour les <u>différents domaines d'intervention</u> du PAR de santé publique de Lanaudière? Dites pourquoi.	10 min.

* Les six domaines d'intervention du PAR sont : 1) le développement, l'adaptation et l'intégration sociale; 2) les habitudes de vie et les maladies chroniques; 3) les traumatismes non intentionnels; 4) les maladies infectieuses; 5) la santé environnementale; 6) la santé en milieu de travail. Cependant, l'organisation de la DSP comprend quatre services, dont deux s'occupent respectivement de plus d'un domaine d'intervention (Prévention-promotion s'occupe de 1, 2 et 3; Prévention contrôlée des risques s'occupe de 4 et 5), un se consacre à la santé au travail (6), et un représente plutôt un champ d'activité lié à des fonctions de santé publique qu'un domaine d'intervention (Surveillance, recherche et évaluation).

Évaluation d'implantation de la stratégie d'action du PAR de santé publique de Lanaudière 2009-2012
 Consistant à *soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être (AIFSBE)*
 Guide de discussion auprès des principaux partenaires intersectoriels de la DSP

Thème	Sous-thème	Questions type	Durée
2. Les retombées de l'action intersectorielle de la DSP (objectif 3 de l'évaluation)	2.1 Qu'est-ce que c'est supposé donner? (résultats de production, effets attendus, impacts souhaités)	1. Selon vous, quels étaient les principaux effets attendus de la mise en œuvre de la stratégie de soutien à l'AIFSBE préconisée dans le PAR? a) A votre avis, cette stratégie <u>devrait-elle</u> contribuer à <u>faciliter l'atteinte des objectifs visés dans le PAR</u> , en ce qui concerne <u>ses différents domaines d'intervention (champs d'activité)</u> ? De quelle manière? b) A votre avis, cette stratégie <u>devrait-elle</u> contribuer à <u>faciliter l'atteinte de certains objectifs poursuivis par votre organisation</u> ? Quels objectifs et de quelle manière? c) La mise en œuvre de la stratégie de soutien à l'AIFSBE <u>devrait-elle</u> contribuer à <u>sensibiliser les partenaires intersectoriels de la santé publique</u> aux effets de leurs activités sur la santé de la population? d) La mise en œuvre de la stratégie de soutien à l'AIFSBE <u>devrait-elle</u> contribuer à <u>mobiliser les communautés</u> ? (différence avec développement des communautés?)	20 min.
	2.2 Qu'est-ce que ça donne effectivement? (résultats de production, effets attendus, impacts souhaités)	1. Selon vous, quels ont été les principaux effets obtenus avec la mise en œuvre de la stratégie de soutien à l'AIFSBE préconisée dans le PAR? a) A votre avis, cette stratégie a-t-elle <u>contribué effectivement</u> à faciliter l'atteinte des objectifs visés dans le PAR, en ce qui concerne <u>les différents domaines d'intervention (champ d'activité)</u> ? Si oui, de quelle façon? Sinon, pourquoi? b) A votre avis, cette stratégie a-t-elle <u>contribué effectivement</u> à faciliter l'atteinte de <u>certaines objectifs poursuivis par votre organisation</u> ? Si oui, quels objectifs et de quelle façon? Sinon, pourquoi? c) A votre avis, cette stratégie a-t-elle <u>contribué effectivement</u> à <u>sensibiliser les partenaires intersectoriels de la santé publique</u> aux effets de leurs activités sur la santé de la population? Si oui, de quelle façon? Sinon, pourquoi? d) A votre avis, la mise en œuvre de cette stratégie a-t-elle <u>contribué effectivement</u> à <u>mobiliser les communautés</u> ? Si oui, de quelle façon? Sinon, pourquoi?	20 min.

Évaluation d'implantation de la stratégie d'action du PAR de santé publique de Lanaudière 2009-2012
 Consistant à *soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être (AIFSBE)*
 Guide de discussion auprès des principaux partenaires intersectoriels de la DSP

Thème	Sous-thème	Questions type	Durée
3. Dans l'action intersectorielle, la concertation et le partenariat, comment s'articulent les objectifs de la DSP et ceux de ses partenaires? (objectif 4 de l'évaluation)	3.1 Qui sont les principaux partenaires de la DSP?	1. Selon vous, quels sont les principaux partenaires participant à des processus d'Al/parténariat/concertation avec les acteurs de la santé publique? (organismes communautaires, municipalités, milieu scolaire, organismes de développement, entreprises, etc.) a) Selon vous, les citoyens peuvent-ils participer, au même titre que des organisations partenaires, à des processus d'Al/parténariat/concertation avec les acteurs de la santé publique? (expertise requise, représentativité, aspect démocratique, etc.)	5 min.
	3.2 Convergence ou divergence entre les objectifs de la DSP et ceux de ses partenaires (l'ensemble du cadre logique)	1. Selon vous, dans les processus d'Al/parténariat/concertation auxquels vous avez participé avec la DSP et d'autres partenaires intersectoriels, y avait-il <u>convergence ou divergence entre les objectifs visés</u> par ces différents partenaires? a) Y a-t-il des partenaires de la santé publique dont les objectifs visés à travers la participation à des processus d'Al/parténariat/concertation vous semblent <u>déjà convergents ou divergents</u> avec ceux visés par les acteurs de santé publique (favoriser la santé et le bien-être)? Expliquez. b) Est-il possible de concilier les <u>objectifs divergents</u> de partenaires intersectoriels dans des processus d'Al/parténariat/concertation auxquels prennent part les acteurs de santé publique? Si oui, comment? Sinon, pourquoi? c) Selon vous, était-il possible de concilier <u>les façons de faire et les façons de voir</u> des différents partenaires, dont ceux de santé publique, dans les processus d'Al/parténariat/concertation auxquels vous avez participé avec eux? (cultures différentes) Expliquez.	15 min.
	3.3 Rôles, responsabilités, ressources et pouvoirs des différents partenaires (surtout ressources)	1. Dans les processus d'Al/parténariat/concertation auxquels vous avez participé avec les acteurs de la santé publique et d'autres partenaires intersectoriels, comment étaient partagés les rôles et les responsabilités des différents partenaires? a) Selon vous, les acteurs de la santé publique occupaient-ils <u>un rôle différent</u> de celui des autres partenaires? <u>Des responsabilités différentes</u> ? b) Selon vous, dans ces mêmes processus, <u>les ressources</u> dont disposaient les différents partenaires ont-elles eu une influence sur leurs niveaux respectifs de participation? (ressources financières, humaines, temps, compétences, etc.) c) Selon vous, dans ces mêmes processus, y avait-il « <u>égalité de pouvoir</u> » entre les acteurs de la santé publique et les autres partenaires? (processus imposés aux « partenaires » financés, double rôle du bailleur de fonds, attentes de résultats basés sur des données probantes, instrumentalisation, logique ascendante-descendante, etc.)	15 min.

Annexe 8

**Grille d'observation du groupe de discussion
avec les partenaires intersectoriels de la DSP**

**Grille d'observation des groupes de discussion de la phase 3 (bloc 2 : externe de la DSP)
Évaluation d'implantation de la stratégie du PAR de santé publique de Lanaudière 2009-2012
consistant à soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être**

Thème 1. L'articulation logique entre la stratégie et les objectifs visés pour les domaines d'intervention du PAR

Sous-thèmes	# des participants	Contenu de la discussion (mots clés)	Compréhension du thème (+ ou -)	Non verbal (+ ou -)	Ambiance générale, dynamique & relations entre participants (+ ou -)	Durée
1.1. Les fondements théoriques de la stratégie						
1.2. La pertinence de la stratégie pour les différents domaines d'intervention du PAR						

**Grille d'observation des groupes de discussion de la phase 3 (bloc 2 : externe de la DSP)
Évaluation d'implantation de la stratégie du PAR de santé publique de Lanaudière 2009-2012
consistant à soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être**

Thème 2. Les retombées de la mise en œuvre de la stratégie en lien avec les actions prévues et les objectifs visés dans le PAR

Sous-thèmes	# des participants	Contenu de la discussion (mots clés)	Compréhension du thème (+ ou -)	Non verbal (+ ou -)	Ambiance générale, dynamique & relations entre participants (+ ou -)	Durée
2.1. Les principaux effets attendus						
2.2. Les principaux effets obtenus						

**Grille d'observation des groupes de discussion de la phase 3 (bloc 2 : externe de la DSP)
Évaluation d'implantation de la stratégie du PAR de santé publique de Lanaudière 2009-2012
consistant à soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être**

**Thème 3. L'articulation entre la stratégie du PAR et les objectifs propres visés par les partenaires par les moyens
de la concertation, du partenariat et de l'action intersectorielle**

Sous-thèmes	# des participants	Contenu de la discussion (mots clés)	Compréhension du thème (+ ou -)	Non verbal (+ ou -)	Ambiance générale, dynamique & relations entre participants (+ ou -)	Durée
3.1. Identification des principaux partenaires						
3.2. Points de convergence et de divergence entre les objectifs de la DSP et ceux des principaux partenaires						

Grille d'observation des groupes de discussion de la phase 3 (bloc 2 : externe de la DSP)
 Évaluation d'implantation de la stratégie du PAR de santé publique de Lanaudière 2009-2012
 consistant à soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être

Thème 4. L'articulation entre la stratégie du PAR et les objectifs propres visés par les partenaires par les moyens de la concertation, du partenariat et de l'action intersectorielle

Sous-thèmes	# des participants	Contenu de la discussion (mots clés)	Compréhension du thème (+ ou -)	Non verbal (+ ou -)	Ambiance générale, dynamique & relations entre participants (+ ou -)	Durée
3.3. Rôles, responsabilités, ressources et pouvoirs des différents partenaires						

Commentaires divers

--

Schéma des _____ participants autour de la table (1 numéro pour chacun + «A» pour animateur + «O» pour observatrice)	Correspondance prénom- numéros
	1. _____
	2. _____
	3. _____
	4. _____
	5. _____
	6. _____
	7. _____
	8. _____
	9. _____
	10. _____
	11. _____
	13. _____
	14. _____
	15. _____
	16. _____
	17. _____
	18. _____
	19. _____
	20. _____

Annexe 9

**Formulaire de consentement à l'intention des cadres et des professionnels
du CSSS du Sud de Lanaudière**



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
concernant la participation à un groupe de discussion
dans le cadre de l'Évaluation d'implantation de la stratégie de soutien
à l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être
du PAR de santé publique de Lanaudière

Objet de la rencontre

Vous avez été invité à participer à un groupe de discussion, en tant que gestionnaire ou intervenant du CSSS du sud de Lanaudière prenant part à des processus d'action intersectorielle et de concertation visant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Cette rencontre est réalisée dans le cadre d'une démarche d'évaluation portant sur l'implantation d'une stratégie transversale du Plan d'action régional (PAR) 2009-2012 de santé publique de Lanaudière. Il s'agit de la stratégie de soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être. Plus spécifiquement, quatre thèmes seront abordés. Ce sont : 1) l'action intersectorielle en santé publique; 2) le processus d'appropriation et de mise en œuvre de la stratégie par les acteurs de la santé publique; 3) les retombées de l'action intersectorielle de la santé publique et, enfin; 4) l'articulation entre la stratégie et les objectifs propres visés par les partenaires, par les moyens de la concertation, du partenariat et de l'action intersectorielle.

Confidentialité et anonymat

Votre participation à ce groupe de discussion se fait sur une base volontaire et librement consentie. Par ailleurs, toutes les mesures possibles seront mises en œuvre afin d'assurer la confidentialité de vos propos et votre anonymat. Cela signifie surtout que votre nom ne sera jamais associé directement à vos propos dans le cadre des rapports et publications produits dans le cadre de cette étude.

Enregistrement du contenu des discussions

Pour faciliter le travail d'analyse et ne rien perdre du contenu de la discussion, celle-ci sera enregistrée grâce à un support numérique. Après l'analyse, cet enregistrement sera conservé puis détruit conformément aux règles d'éthique et à la législation en matière de renseignements personnels. Il en sera de même pour les transcriptions imprimées, qui seront utilisées pour faciliter l'analyse.

Liberté de se retirer

Vous n'êtes pas obligé de répondre à toutes les questions qui seront adressées aux participants. Vous êtes libre de vous retirer de cette rencontre à tout moment.

Engagement et signature

Je comprends à quoi je m'engage en participant à ce groupe de discussion. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions à cet effet et on y a répondu à ma satisfaction.

Signé à _____, le ____ du mois de _____ 2013.

 Nom de l'informateur/ de l'informatrice
 (en lettres moulées)

 Nom de l'organisme

 Signature de l'informateur/ l'informatrice


 Céline Poissant
 Agente de planification, de programmation et de recherche
 Direction de santé publique
 Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière


 Geneviève Marquis
 Technicienne en recherche psychosociale
 Direction de santé publique
 Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Annexe 10

**Formulaire de consentement à l'intention des cadres et des professionnels
du CSSS du Nord de Lanaudière**

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
concernant la participation à un groupe de discussion
dans le cadre de l'Évaluation d'implantation de la stratégie de soutien
à l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être
du PAR de santé publique de Lanaudière

Objet de la rencontre

Vous avez été invité à participer à un groupe de discussion, en tant que gestionnaire ou intervenant du CSSS du nord de Lanaudière prenant part à des processus d'action intersectorielle et de concertation visant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Cette rencontre est réalisée dans le cadre d'une démarche d'évaluation portant sur l'implantation d'une stratégie transversale du Plan d'action régional (PAR) 2009-2012 de santé publique de Lanaudière. Il s'agit de la stratégie de soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être. Plus spécifiquement, quatre thèmes seront abordés. Ce sont : 1) l'action intersectorielle en santé publique; 2) le processus d'appropriation et de mise en œuvre de la stratégie par les acteurs de la santé publique; 3) les retombées de l'action intersectorielle de la santé publique et, enfin; 4) l'articulation entre la stratégie et les objectifs propres visés par les partenaires, par les moyens de la concertation, du partenariat et de l'action intersectorielle.

Confidentialité et anonymat

Votre participation à ce groupe de discussion se fait sur une base volontaire et librement consentie. Par ailleurs, toutes les mesures possibles seront mises en œuvre afin d'assurer la confidentialité de vos propos et votre anonymat. Cela signifie surtout que votre nom ne sera jamais associé directement à vos propos dans le cadre des rapports et publications produits dans le cadre de cette étude.

Enregistrement du contenu des discussions

Pour faciliter le travail d'analyse et ne rien perdre du contenu de la discussion, celle-ci sera enregistrée grâce à un support numérique. Après l'analyse, cet enregistrement sera conservé puis détruit conformément aux règles d'éthique et à la législation en matière de renseignements personnels. Il en sera de même pour les transcriptions imprimées, qui seront utilisées pour faciliter l'analyse.

Liberté de se retirer

Vous n'êtes pas obligé de répondre à toutes les questions qui seront adressées aux participants. Vous êtes libre de vous retirer de cette rencontre à tout moment.

Engagement et signature

Je comprends à quoi je m'engage en participant à ce groupe de discussion. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions à cet effet et on y a répondu à ma satisfaction.

Signé à _____, le ____ du mois de _____, 2013.

Nom de l'informateur/ de l'informatrice
(en lettres moulées)

Nom de l'organisme

Signature de l'informateur/ l'informatrice



Céline Poissant
Agente de planification, de programmation et de recherche
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière



Geneviève Marquis
Technicienne en recherche psychosociale
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Annexe 11

**Guide de discussion auprès des cadres
et des professionnels des CSSS**

Évaluation d'implantation de la stratégie d'action du PAR de santé publique de Lanaudière 2009-2012
Consistant à soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être (AIFSBE)
Guide de discussion auprès des gestionnaires et intervenants des CSSS

Thème	Sous-thème	Questions type	Durée
1. L'articulation logique entre la stratégie et les objectifs visés pour les domaines d'intervention* du PAR (objectif 1 de l'évaluation)	1.1 Les fondements théoriques de la stratégie (facteurs d'influence antérieurs et concomitants au PAR 2009-2012; hypothèses du PAR 2009-2012)	1. Avez-vous entendu parler de la stratégie de soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être (AIFSBE) du PAR de santé publique de Lanaudière? a) En quoi consiste, selon vous, cette stratégie (définition)? b) À votre avis, y a-t-il une distinction entre l'AIFSBE et l'AI « tout court »? Et entre l'AIFSBE et la concertation « tout court »? Si oui, lesquelles? c) Pourquoi, sur quelles bases, cette stratégie est-elle préconisée dans le domaine de la santé publique? (origine et fondements théoriques) d) Quel est, selon vous, l'élément-clé de l'AIFSBE? (L'action? La concertation? L'intersectorialité? L'objectif santé et bien-être?) e) Selon vous, l'AIFSBE est-elle comprise ou considérée différemment aux paliers local, régional et national? (Importance) f) À votre avis, les acteurs de santé publique régionaux doivent-ils participer à l'AIFSBE ou soutenir l'AIFSBE? Quelle différence voyez-vous entre les deux rôles? (rôle joué effectivement par la DSP? un rôle qui convient aux CSSS?) (PNSP 2003-2012 vs mise à jour PNSP 2008 + PAR 2009-2012) g) Selon vous, en tant qu'acteurs de santé publique, quel rôle doivent jouer les CSSS par rapport à la stratégie de soutien à l'AIFSBE du PAR? Considérez-vous les CSSS comme des acteurs de santé publique? (participants ou soutien? attentes de la DSP envers les CSSS?) h) Quels liens voyez-vous entre l'AIFSBE et les notions de « développement des communautés (DC) », « inégalités sociales de santé », « approche populationnelle » et « évaluation d'impact sur la santé »? (L'AIFSBE peut-elle exister indépendamment de ces autres notions?)	30 min.
	1.2 La pertinence de la stratégie pour les différents domaines d'intervention du PAR (cadre logique)	1. Selon vous, les principes de l'AIFSBE sont-ils pertinents (adaptés/adaptables) pour les <u>différents domaines d'intervention</u> du PAR? Dites pourquoi. a) Sont-ils pertinents pour les domaines d'intervention de santé publique auxquels participe votre CSSS?	10 min.

* Les six domaines d'intervention du PAR sont : 1) le développement, l'adaptation et l'intégration sociale; 2) les habitudes de vie et les maladies chroniques; 3) les traumatismes non intentionnels; 4) les maladies infectieuses; 5) la santé environnementale; 6) la santé en milieu de travail. Cependant, l'organisation de la DSP comprend quatre services, dont deux s'occupent respectivement de plus d'un domaine d'intervention (prévention-promotion s'occupe de 1, 2 et 3; prévention contrôle des risques s'occupe de 4 et 5), un se consacre à la santé au travail (6), et un représente plutôt un champ d'activité lié à des fonctions de santé publique qu'un domaine d'intervention (Surveillance, recherche et évaluation).

**Évaluation d'implantation de la stratégie d'action du PAR de santé publique de Lanaudière 2009-2012
Consistant à soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être (AIFSBE)
Guide de discussion auprès des gestionnaires et intervenants des CSSS**

Thème	Sous-thème	Questions type	Durée
2. Le processus d'appropriation et de mise en œuvre de la stratégie par les acteurs de la DSP (objectif 2 de l'évaluation)	2.1 Niveau d'appropriation (facteurs d'influence antérieurs + concomitants au PAR 2009-2012 + hypothèses du PAR 2009-2012 + ressources + activités)	1. De façon générale, considérez-vous que les acteurs de santé publique lanauois* (faire préciser le parler) se sont bien approprié la stratégie de soutien à l'AIFSBE? (la comprendre, l'adopter) a) Avez-vous observé <u>une évolution</u> , depuis le premier PAR (et avant), dans la façon dont les acteurs de santé publique de Lanaudière (faire préciser le parler) <u>considèrent</u> l'AI en santé publique? Dites pourquoi. b) Personnellement, êtes-vous à l'aise avec cette stratégie? Expliquez (L'avez-vous bien intégrée? Quelle importance y accordez-vous?) c) Y a-t-il des facteurs qui <u>facilitent</u> l'appropriation de cette stratégie par les acteurs de santé publique lanauois (faire préciser le parler)? (conditions de succès possibles : structurelles, fonctionnelles, contextuelles, relationnelles, etc.) d) Y a-t-il des facteurs qui <u>font obstacle</u> à l'appropriation de cette stratégie par les acteurs de santé publique lanauois? (faire préciser le parler) (conditions structurelles, fonctionnelles, contextuelles, relationnelles, etc.)	20 min
	2.2 Niveau de mise en œuvre (facteurs d'influence antérieurs + concomitants au PAR 2009-2012 + hypothèses du PAR 2009-2012 + ressources + activités)	1. De façon générale, considérez-vous que les acteurs de santé publique lanauois* (faire préciser le parler) ont réussi à mettre en œuvre la stratégie de soutien à l'AIFSBE ? a) Dans l'ensemble, avez-vous observé <u>une évolution</u> , depuis le premier PAR (et avant), dans le rôle joué <u>concrètement</u> par les acteurs de santé publique lanauois (faire préciser le parler) par rapport à l'AI en santé publique? b) De quelle façon <u>les cadres et les professionnels de la DSP et des deux CSSS</u> contribuent-ils à la mise en œuvre de cette stratégie? Et vous, <u>personnellement</u> ? c) Y a-t-il des facteurs qui <u>facilitent</u> la mise en œuvre de cette stratégie par les acteurs de santé publique lanauois? (faire préciser le parler) (conditions de succès possibles : structurelles, fonctionnelles, contextuelles, relationnelles, etc.) d) Y a-t-il des facteurs qui <u>font obstacle</u> à la mise en œuvre de cette stratégie par les acteurs de santé publique lanauois (faire préciser le parler) ? (conditions structurelles, fonctionnelles, contextuelles, relationnelles, etc.) e) La stratégie de soutien à l'AIFSBE est-elle mise en œuvre de la même façon aux <u>niveaux local et régional</u> ? <u>Les cadres et les professionnels des deux CSSS</u> contribuent-ils à sa mise en œuvre? (En quoi leur rôle par rapport à l'AIFSBE diffère-t-il de celui des acteurs de la DSP?)	20 min

* Les acteurs de santé publique lanauois : réfère aux cadres et professionnels de la DSP et des CSSS. Toutefois, les informateurs doivent préciser desquels ils parlent lors de leurs interventions.

Évaluation d'implantation de la stratégie d'action du PAR de santé publique de Lanaudière 2009-2012
Consistant à soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être (AIFSBE)
Guide de discussion auprès des gestionnaires et intervenants des CSSS

Thème	Sous-thème	Questions type	Durée
3. Les retombées de la mise en oeuvre de la stratégie en lien avec les actions prévues et les objectifs visés dans le PAR (objectif 3 de l'évaluation)	3.1 Les principaux effets attendus (résultats de production, effets attendus, impacts souhaités)	<p>1. Selon vous, quels étaient les principaux effets attendus de la mise en oeuvre de la stratégie de soutien à l'AIFSBE préconisée dans le PAR de santé publique de Lanaudière?</p> <p>a) A votre avis, cette stratégie <u>devrait-elle</u> contribuer à <u>faciliter l'atteinte des objectifs visés dans le PAR</u>, en ce qui concerne <u>ses différents domaines d'intervention (champs d'activité)</u>? De quelle manière?</p> <p>b) A votre avis, cette stratégie <u>devrait-elle</u> contribuer à <u>faciliter l'atteinte de certains objectifs poursuivis par votre CSSS en ce qui concerne l'intervention en santé publique</u>? Quels objectifs et de quelle manière?</p> <p>c) La mise en oeuvre de la stratégie de soutien à l'AIFSBE <u>devrait-elle</u> contribuer à <u>sensibiliser les partenaires intersectoriels</u> aux effets de leurs activités sur la santé de la population?</p> <p>d) La mise en oeuvre de la stratégie de soutien à l'AIFSBE <u>devrait-elle</u> contribuer à <u>mobiliser les communautés</u>? (différence avec développement des communautés?)</p>	20 min.
	3.2 Les principaux effets obtenus (résultats de production, effets attendus, impacts souhaités)	<p>1. Selon vous, quels ont été les principaux effets obtenus avec la mise en oeuvre de la stratégie de soutien à l'AIFSBE préconisée dans le PAR?</p> <p>a) A votre avis, cette stratégie a-t-elle <u>contribué effectivement</u> à faciliter l'atteinte des objectifs visés dans le PAR, en ce qui concerne <u>ses différents domaines d'intervention (champs d'activité)</u>? Si oui, de quelle façon? Sinon, pourquoi?</p> <p>b) A votre avis, cette stratégie a-t-elle <u>contribué effectivement</u> à faciliter l'atteinte de <u>certaines objectifs poursuivis par votre CSSS, en ce qui concerne l'intervention en santé publique</u>? Si oui, quels objectifs et de quelle façon? Sinon, pourquoi?</p> <p>c) A votre avis, cette stratégie a-t-elle <u>contribué effectivement</u> à <u>sensibiliser les partenaires intersectoriels</u> aux effets de leurs activités sur la santé de la population? Si oui, de quelle façon? Sinon, pourquoi?</p> <p>d) A votre avis, la mise en oeuvre de cette stratégie a-t-elle <u>contribué effectivement</u> à <u>mobiliser les communautés</u>? Si oui, de quelle façon? Sinon, pourquoi?</p>	20 min.

**Évaluation d'implantation de la stratégie d'action du PAR de santé publique de Lanaudière 2009-2012
Consistant à soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être (AIFSBE)
Guide de discussion auprès des gestionnaires et intervenants des CSSS**

Thème	Sous-thème	Questions type	Durée
4. L'articulation entre la stratégie du PAR et les objectifs propres visés par les partenaires par les moyens de la concertation, du partenariat et de l'action intersectorielle (objectif 4 de l'évaluation)	4.1 Identification des principaux partenaires	<p>1. Selon vous, quels sont les principaux partenaires participant à des processus d'Al/parteneriat/concertation avec les acteurs de la santé publique* (faire préciser le parler)? (organismes communautaires, municipalités, milieu scolaire, organismes de développement, entreprises, etc.)</p> <p>a) Selon vous, les citoyens peuvent-ils participer, au même titre que des organisations partenaires, à des processus d'Al/parteneriat/concertation avec les acteurs de la santé publique (faire préciser le parler)? (expertise requise, représentativité, aspect démocratique, etc.)</p>	5 min.
	4.2 Points de convergence et de divergence entre les objectifs de la DSP et ceux des principaux partenaires (l'ensemble du cadre logique)	<p>1. Selon vous, dans les processus d'Al/parteneriat/concertation auxquels vous avez participé avec la DSP et des partenaires intersectoriels, y avait-il <u>convergence ou divergence entre les objectifs visés</u> par ces différents partenaires (faire préciser le parler)?</p> <p>a) Y a-t-il des partenaires de la DSP et de votre C.S.S.S dont les objectifs visés à travers la participation à des processus d'Al/parteneriat/concertation vous semblent <u>avantagé convergents ou divergents</u> avec ceux visés par les acteurs de santé publique (faire préciser le parler) (favoriser la santé et le bien-être)? Expliquez.</p> <p>b) Est-il possible de concilier les <u>objectifs divergents</u> de partenaires intersectoriels dans des processus d'Al/parteneriat/concertation auxquels prennent part les acteurs de santé publique (faire préciser le parler)? Si oui, comment? Sinon, pourquoi?</p> <p>c) Selon vous, était-il possible de concilier <u>les façons de faire et les façons de voir</u> des différents partenaires, dont ceux de la santé publique, dans les processus d'Al/parteneriat/concertation auxquels vous avez participé avec eux (faire préciser le parler)? (cultures différentes) Expliquez.</p>	15 min.
	4.3 Rôles, responsabilités, ressources et pouvoirs des différents partenaires (surtout ressources)	<p>1. Dans les processus d'Al/parteneriat/concertation auxquels vous avez participé avec la DSP et des partenaires intersectoriels, comment étaient partagés les rôles et les responsabilités des différents partenaires? (faire préciser le parler)</p> <p>a) Selon vous, les acteurs de la santé publique occupent-ils <u>un rôle différent</u> de celui des autres partenaires? <u>Des responsabilités différentes</u>? (faire préciser le parler)</p> <p>b) Selon vous, dans ces mêmes processus, <u>les ressources</u> dont disposaient les différents partenaires ont-elles eu une influence sur leurs niveaux respectifs de participation? (faire préciser le parler) (ressources financières, humaines, temps, compétences, etc.)</p> <p>c) Selon vous, dans ces mêmes processus, y avait-il « <u>égalité de pouvoir</u> » entre les acteurs de santé publique (faire préciser le parler) et les autres partenaires? (processus imposés aux « partenaires » financés, double rôle du bailleur de fonds, attentes de résultats basés sur des données probantes, instrumentalisation, logique ascendante-descendante, etc.)</p>	15 min.

* Les acteurs de santé publique lanaudois : réfère aux cadres et professionnels de la DSP et des C.S.S.S. Toutefois, les Informateurs doivent préciser desquels ils parlent lors de leurs interventions.

Annexe 12

**Grille d'observation des groupes de discussion
avec les acteurs des CSSS**

**Grille d'observation des groupes de discussion de la phase 3 (bloc 2 : externe de la DSP) dans les CSSS
Évaluation d'implantation de la stratégie du PAR de santé publique de Lanaudière 2009-2012
consistant à soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être**

Thème 1. L'articulation logique entre la stratégie et les objectifs visés pour les domaines d'intervention du PAR

Sous-thèmes	# des participants	Contenu de la discussion (mots clés)	Compréhension du thème (+ ou -)	Non verbal (+ ou -)	Ambiance générale, dynamique & relations entre participants (+ ou -)	Durée
1.1 Les fondements théoriques de la stratégie						
1.2 La pertinence de la stratégie pour les différents domaines d'intervention du PAR						

**Grille d'observation des groupes de discussion de la phase 3 (bloc 2 : externe de la DSP) dans les CSSS
Évaluation d'implantation de la stratégie du PAR de santé publique de Lanaudière 2009-2012
consistant à soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être**

Thème 2. Le processus d'appropriation et de mise en œuvre de la stratégie par les acteurs de la DSP

Sous-thèmes	# des participants	Contenu de la discussion (mots clés)	Compréhension du thème (+ ou -)	Non verbal (+ ou -)	Ambiance générale, dynamique & relations entre participants (+ ou -)	Durée
2.1 Niveau d'appropriation						
2.2 Niveau de mise en œuvre						

**Grille d'observation des groupes de discussion de la phase 3 (bloc 2 : externe de la DSP) dans les CSSS
Évaluation d'implantation de la stratégie du PAR de santé publique de Lanaudière 2009-2012
consistant à soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être**

Thème 3. Les retombées de la mise en œuvre de la stratégie en lien avec les actions prévues et les objectifs visés dans le PAR

Sous-thèmes	# des participants	Contenu de la discussion (mots clés)	Compréhension du thème (+ ou -)	Non verbal (+ ou -)	Ambiance générale, dynamique & relations entre participants (+ ou -)	Durée
3.1 Les principaux effets attendus						
3.2 Les principaux effets obtenus						

Grille d'observation des groupes de discussion de la phase 3 (bloc 2 : externe de la DSP) dans les CSSS
 Évaluation d'implantation de la stratégie du PAR de santé publique de Lanaudière 2009-2012
 consistant à soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être

Thème 4. L'articulation entre la stratégie du PAR et les objectifs propres visés par les partenaires par les moyens de la concertation, du partenariat et de l'action intersectorielle

Sous-thèmes	# des participants	Contenu de la discussion (mots clés)	Compréhension du thème (+ ou -)	Non verbal (+ ou -)	Ambiance générale, dynamique & relations entre participants (+ ou -)	Durée
4.1 Identification des principaux partenaires						
4.2 Points de convergence et de divergence entre les objectifs de la DSP et ceux des principaux partenaires						

Grille d'observation des groupes de discussion de la phase 3 (bloc 2 : externe de la DSP) dans les CSSS
 Évaluation d'implantation de la stratégie du PAR de santé publique de Lanaudière 2009-2012
 consistant à soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être

Thème 4. L'articulation entre la stratégie du PAR et les objectifs propres visés par les partenaires par les moyens de la concertation, du partenariat et de l'action intersectorielle

Sous-thèmes	# des participants	Contenu de la discussion (mots clés)	Compréhension du thème (+ ou -)	Non verbal (+ ou -)	Ambiance générale, dynamique & relations entre participants (+ ou -)	Durée
4.4 Rôles, responsabilités, ressources et pouvoirs des différents partenaires						

Commentaires divers

Schéma des _____ participants autour de la table (1 numéro pour chacun + «A» pour animateur + «O» pour observatrice)	Correspondance prénom- numéro
	1. _____
	2. _____
	3. _____
	4. _____
	5. _____
	6. _____
	7. _____
	8. _____
	9. _____
	10. _____
	11. _____
	13. _____
	14. _____
	15. _____
	16. _____
	17. _____
	18. _____
	19. _____
	20. _____

Annexe 13

Questionnaire adressé aux partenaires de la DSP

**QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX PARTENAIRES DE LA DSP DE LANAUDIÈRE
ÉVALUATION DE LA STRATÉGIE DE SOUTIEN À L'ACTION INTERSECTORIELLE**
(version 11 janvier 2013)

SVP ne rien écrire dans cette partie (réservé pour l'analyse)

Date : _____

Numéro du questionnaire : _____

INTRODUCTION

Bonjour,

Le questionnaire qui suit porte sur l'action intersectorielle de la Direction de santé publique (DSP) de Lanaudière. Il s'agit de la dernière étape d'une évaluation amorcée il y a quelques mois. Vous êtes invité/e à y répondre en tant que personne désignée par votre organisation partenaire de la DSP.

Votre collaboration à cette évaluation est très importante. Votre opinion et celle des autres organisations partenaires permettront à la DSP de développer une perspective globale sur ses pratiques d'action intersectorielle. Les résultats de la démarche serviront à améliorer ces pratiques en tenant compte le plus possible des attentes et des préoccupations à ce sujet des différents acteurs concernés.

Si vous désirez plus d'informations sur cette étude, vous pouvez contacter Céline Poissant, agente de recherche responsable de sa conception et de sa réalisation, au 450 759-1157 ou 1 800 668-9229, poste 4269.

CONSIGNES GÉNÉRALES

Il est important que vous répondiez à ce questionnaire le plus tôt possible. Vous devez nous le faire parvenir par la poste **au plus tard le x novembre 2013**, dans l'enveloppe affranchie ci-jointe.

Pour la plupart des questions posées, des choix de réponses vous sont proposés. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Vous répondez ce que vous pensez, au meilleur de votre connaissance.

Vous n'avez pas à vous identifier et toutes vos réponses demeureront confidentielles.

1. De quel type d'organisation faites-vous partie? (cochez **une seule** réponse)
- a) Organisme du réseau de la santé et des services sociaux ₁
 - b) Ministère autre que celui de la santé et des services sociaux ₂
 - c) Organisme parapublic ₂
 - d) Organisme communautaire ₄
 - e) Organisme bénévole ₄
 - f) Autre, précisez : _____
2. A quel titre faites-vous partie de cette organisation? (cochez **une seule** réponse)
- a) Directeur/trice ou coordonnateur/trice salarié/e ₁
 - b) Directeur/trice ou coordonnateur/trice bénévole ₂
 - c) Employé/e salarié/e ₂
 - d) Employé/e bénévole ₄
 - e) Autre, précisez : _____
3. Quel type de territoire votre organisation couvre-t-elle? (cochez **une seule** réponse)
- a) Supra-régional (plus d'une région) ₁
 - b) Régional ₂
 - c) Sous-régional (plus d'une MRC) ₂
 - d) Local (une ou plusieurs municipalités ou une MRC) ₄
 - e) Autre, précisez : _____
4. Depuis combien de temps votre organisation est-elle partenaire de la DSP de Lanaudière dans des processus d'action intersectorielle? (cochez **une seule** réponse)
- a) 0 à 2 ans ₁
 - b) 3 à 5 ans ₂
 - c) 6 à 10 ans ₂
 - d) 11 à 15 ans ₄
 - e) 16 à 20 ans ₂
 - f) 21 ans et plus ₄
5. Connaissez-vous le **Plan d'action régional (PAR) de santé publique** 2009-2012 de Lanaudière? (cochez **une seule** réponse)
- a) Oui, je l'ai lu et je m'y réfère souvent ₁
 - b) Oui, je l'ai lu et je m'y réfère à l'occasion ₂
 - c) Oui, mon organisation en a un exemplaire qui peut être consulté par moi et mes collègues ₂
 - d) Oui, j'en ai déjà entendu parler ₄
 - e) Non, je n'en ai jamais entendu parler ₂ → **passez à la question 7**
6. Si oui, connaissez-vous la **stratégie de soutien à l'action intersectorielle** de ce PAR? (cochez **une seule** réponse)
- a) Oui, je l'ai lue et je m'y réfère souvent ₁
 - b) Oui, je l'ai lu et je m'y réfère à l'occasion ₂
 - c) Oui, j'en ai déjà entendu parler ₂
 - d) Non, je n'en ai jamais entendu parler ₄

7. Selon vous, même si vous ne connaissez pas précisément la stratégie de soutien à l'action intersectorielle de la DSP de Lanaudière, quel est **le principal objectif poursuivi par cette organisation** quand ses acteurs (gestionnaires et intervenants) l'utilisent? (cochez **une seule réponse**)
- a) Améliorer l'état de santé de la population ₁
- b) Sensibiliser les partenaires de la DSP à l'importance de tenir compte de la santé de la population dans leurs propres projets ₂
- c) Contribuer à optimiser les sommes d'argent investies en santé ₃
- d) Développer une complicité avec des partenaires qui pourront aider la DSP à réaliser sa propre mission ₄
- e) Contribuer à mobiliser les communautés ₅
- f) Faire la promotion des saines habitudes de vie ₆
- g) Un autre objectif, précisez : _____
8. Selon vous, quel est **le principal objectif poursuivi par votre organisation** quand vous participez à des démarches d'action intersectorielle avec la DSP de Lanaudière? (cochez **une seule réponse**)
- a) Se plier à la condition de la concertation exigée pour obtenir du financement ₁
- b) Améliorer l'état de santé de la population ₂
- c) Sensibiliser les organisations partenaires à la mission de mon organisation ₃
- d) Développer une complicité avec des organisations partenaires qui pourront aider mon organisation à réaliser sa propre mission ₄
- e) Un autre objectif, précisez : _____
9. Parmi les choix suivants, quels sont, selon vous, **les principaux déterminants de la santé qu'il est possible d'influencer** en utilisant l'action intersectorielle? (cochez **trois réponses maximum**)
- a) Les caractéristiques biologiques et génétiques des individus ₁
- b) Les compétences personnelles et sociales des individus ₁
- c) Les habitudes de vie et les comportements des individus ₂
- d) Les milieux de vie (familial, de garde et scolaire, de travail, d'hébergement, communauté locale et voisinage) ₃
- e) Les systèmes (éducation et services de garde à l'enfance, santé et services sociaux, aménagement du territoire, soutien à l'emploi et solidarité sociale, etc.) ₄
- f) Le contexte global (politique et législatif, économique, démographique, social et culturel, scientifique et technologique) ₅
- g) L'environnement naturel et les écosystèmes ₆
- h) Aucun déterminant ₇
- i) Un autre déterminant, précisez : _____
10. Selon vous, **quel/s rôle/s** la DSP de Lanaudière doit-elle jouer dans les démarches d'action intersectorielle auxquelles elle participe avec ses partenaires? (cochez **toutes les réponses qui s'appliquent**)
- a) Initiateur des démarches ₁
- b) Leader des démarches ₂
- c) animateur des rencontres ₃
- d) Expert de contenu ₄
- e) Expert de méthode ₅
- f) Bailleur de fonds ₆
- g) Participant au même titre que les autres partenaires ₇
- h) Un autre rôle, précisez : _____

11. Selon vous, avec lequel des secteurs d'activité suivants la DSP de Lanaudière a-t-elle le plus de **difficulté à travailler en action intersectorielle?** (cochez **une seule réponse**)

- a) L'éducation 1
- b) L'environnement 2
- c) La santé 3
- d) Les transports 4
- e) Les affaires municipales et l'aménagement du territoire 5
- f) L'économie 6
- g) Aucun secteur 7
- h) Un autre secteur, précisez : _____

12. Votre organisme participe-t-il à des démarches de concertation auxquelles **la DSP de Lanaudière ne participe pas?** (cochez **toutes les réponses qui s'appliquent**)

- a) Oui, à des démarches intrasectorielles (impliquant des organisations du même secteur d'activités que le vôtre) 1
- b) Oui, à des démarches intersectorielles (impliquant des organisations de plusieurs secteurs d'activités) 2
- c) Non, à aucun type de concertation 3
- d) Oui, à un autre type de concertation. Précisez : _____

13. Selon vous, qu'est-ce qui **explique principalement** le recours actuel à l'action intersectorielle dans la région de Lanaudière? (cochez **une seule réponse**)

- a) L'évidence de l'efficacité de ce type d'approche 1
- b) L'influence de la DSP depuis des années 2
- c) De nouvelles directives gouvernementales 3
- d) Le souci d'économiser de l'argent 4
- e) Une nouvelle mode en gestion 5
- f) L'influence des organismes communautaires 6
- g) Un besoin de socialiser des intervenants et des gestionnaires 7
- h) Une autre raison, précisez : _____

14. D'après votre expérience, parmi les **facteurs organisationnels** suivants pouvant influencer le bon déroulement d'une démarche d'action intersectorielle, quels seraient **les trois plus importants?** (inscrivez, **par ordre d'importance**, 1 pour le plus important, 2 pour le 2^e plus important, et 3 pour le 3^e plus important)

	Ordre d'importance
a) Que les personnes représentant une organisation partenaire aient toutes un statut décisionnel	1
b) Que chacune des organisations partenaires sache clairement au départ le rôle qu'elle souhaite et peut jouer au sein de la démarche	1
c) Que chacune des organisations partenaires connaisse bien au départ ce que les autres partenaires peuvent apporter à la démarche	1
d) Que chacune des organisations partenaires soit en mesure d'investir des ressources (notamment financières) dans la démarche	1
e) Que la circulation de l'information soit assurée également entre tous les partenaires	1
f) Qu'une des organisations partenaires assure un leadership fort à la démarche	1
g) Qu'une bonne complicité se soit développée entre les différentes organisations partenaires	1
h) Que chacune des organisations partenaires respecte les rôles et les missions des autres	1
i) Qu'une volonté de construire quelque chose ensemble concrètement soit partagée par les organisations partenaires	1
j) Qu'aucune des organisations partenaires n'impose son contrôle ou ses visées aux autres	1
k) Un autre facteur, précisez : _____	

15. À votre avis, parmi les **facteurs personnels** suivants pouvant influencer le bon déroulement d'une démarche d'action intersectorielle, quels seraient **les trois plus importants**? (*inscrivez, par ordre d'importance, 1 pour le plus important, 2 pour le 2^e plus important, et 3 pour le 3^e plus important*)

		Ordre d'importance
a)	Que les organisations partenaires prennent la peine de mandater des personnes capables de travailler ensemble à une même démarche	1
b)	Que la personne représentant une organisation partenaire manifeste de l'ouverture et de l'écoute envers les autres participants	1
c)	Que la personne représentant une organisation partenaire connaisse bien les dossiers abordés dans le cadre de la démarche	1
d)	Que la personne représentant une organisation partenaire fasse preuve de transparence	1
e)	Que la personne représentant une organisation partenaire obtienne la confiance des autres participants	1
f)	Que la personne représentant une organisation partenaire soit en mesure d'assumer les responsabilités qui lui sont confiées dans le cadre de la démarche	1
g)	Un autre facteur, précisez : _____	

16. Selon vous, votre organisation devrait-elle **poursuivre son engagement** dans des démarches d'action intersectorielle auxquelles prend part la DSP de Lanaudière? (*cochez une seule réponse*)

- a) oui
- b) non

17. Avez-vous des commentaires ou des suggestions à ajouter sur ce qui pourrait **améliorer les démarches d'action intersectorielle** auxquelles votre organisme participe **avec la DSP** de Lanaudière?

Nous vous remercions pour les réponses que vous avez fournies à ce questionnaire.

Les résultats de l'évaluation seront rendus publics au cours de l'automne 2013.

Bonne fin de journée!

Annexe 14

Tableaux des résultats du questionnaire

Liste des tableaux de résultats

Tableau 1	Connaissance, par les répondants, du Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2009-2012 de Lanaudière selon l'ensemble des répondants, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel (q4)
Tableau 2	Connaissance, par les répondants, du fait que le Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2009-2012 de Lanaudière propose une stratégie de soutien à l'AI selon l'ensemble des répondants, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel (q5)
Tableau 3	Principale explication du recours actuel à l'AI dans la région de Lanaudière selon l'ensemble des répondants, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel (q13)
Tableau 4	Les principaux déterminants de la santé qu'il est possible d'influencer en utilisant l'AI selon l'ensemble des répondants, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel (q8)
Tableau 5	Liens entre la stratégie visant à soutenir l'AIFSBE et celle visant à soutenir le développement des communautés selon l'ensemble des répondants, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel (q18)
Tableau 6	Distinctions entre l'AIFSBE et l'évaluation d'impact sur la santé (EIS) selon l'ensemble des répondants, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel (q19)
Tableau 7	Pertinence de la poursuite de l'engagement de l'organisme du répondant dans des démarches d'AI auxquelles prend part la DSP de Lanaudière selon l'ensemble des répondants, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel (q21)
Tableau 8	Participation de l'organisme du répondant à des démarches de concertation auxquelles la DSP de Lanaudière ne participe pas selon l'ensemble des répondants, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel (q12)
Tableau 9	Instance du réseau de la santé et des services sociaux jugée la plus appropriée pour soutenir l'AI à laquelle participe l'organisation du répondant selon l'ensemble des répondants, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel (q9)
Tableau 10	Secteurs d'activité avec lesquels la DSP de Lanaudière a le plus de difficulté à travailler en AI selon l'ensemble des répondants, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel (q11)
Tableau 11	Rôles que peut jouer la DSP de Lanaudière dans les démarches d'AI auxquelles elle participe avec ses partenaires selon l'ensemble des répondants, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel (q10)
Tableau 12	Niveau d'importance qu'il faut accorder au début du processus à chacun des facteurs organisationnels pouvant influencer le bon fonctionnement d'une démarche d'AI selon l'ensemble des répondants (q14)

Tableau 13	Niveau d'importance qu'il faut accorder au début du processus à chacun des facteurs organisationnels pouvant influencer le bon fonctionnement d'une démarche d'AI selon les répondants de l'intrasectoriel (q14)
Tableau 14	Niveau d'importance qu'il faut accorder au début du processus à chacun des facteurs organisationnels pouvant influencer le bon fonctionnement d'une démarche d'AI selon les répondants de l'intersectoriel (q14)
Tableau 15	Niveau d'importance qu'il faut accorder en cours de processus à chacun des facteurs organisationnels pouvant influencer le bon fonctionnement d'une démarche d'AI selon l'ensemble des répondants (q15)
Tableau 16	Niveau d'importance qu'il faut accorder en cours de processus à chacun des facteurs organisationnels pouvant influencer le bon fonctionnement d'une démarche d'AI selon les répondants de l'intrasectoriel (q15)
Tableau 17	Niveau d'importance qu'il faut accorder en cours de processus à chacun des facteurs organisationnels pouvant influencer le bon fonctionnement d'une démarche d'AI selon les répondants de l'intersectoriel (q15)
Tableau 18	Nécessité de posséder des habiletés ou compétences particulières pour participer à des démarches d'AI selon l'ensemble des partenaires, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel (q16)
Tableau 19	Identification d'habiletés ou compétences particulières selon l'ensemble des répondants, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel (q17)
Tableau 20	Répondants ayant ajouté des commentaires ou suggestions sur ce qui pourrait améliorer les démarches d'AI auxquelles leur organisme participe avec la DSP de Lanaudière selon l'ensemble des répondants, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel (q22)
Tableau 21	Principal objectif poursuivi par les acteurs de la DSP (gestionnaires et intervenants) quand ils utilisent la stratégie de soutien à l'AI selon l'ensemble des répondants, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel (q6)
Tableau 22	Principal objectif poursuivi par l'organisation du répondant quand il participe à des démarches d'AI avec la DSP de Lanaudière selon l'ensemble des répondants, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel (q7)

Tableau 1 Connaissance, par les répondants, du Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2009-2012 de Lanaudière selon l'ensemble des répondants, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel (q4)

Connaissance du PAR	Total des répondants		Répondants de l'intrasectoriel		Répondants de l'intersectoriel	
	n	%	n	%	n	%
Non, je n'en ai jamais entendu parler	89	38	5	12	84	44
Oui, j'en ai déjà entendu parler	58	25	4	10	54	28
Oui, j'en ai pris connaissance et je m'y réfère à l'occasion	47	20	20	49	11	6
Oui, j'en ai pris connaissance et je m'y réfère souvent	5	2	2	5	3	2
Oui, mon organisation en a un exemplaire qui peut être consulté par moi et mes collègues, mais je n'en ai pas pris connaissance	33	14	10	24	23	12
Total	232	100	41	100	191	100

Tableau 2 Connaissance, par les répondants, du fait que le Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2009-2012 de Lanaudière propose une stratégie de soutien à l'action intersectorielle selon l'ensemble des répondants, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel (q5)

Connaissance de l'existence de la stratégie du PAR	Total des répondants		Répondants de l'intrasectoriel		Répondants de l'intersectoriel	
	n	%	n	%	n	%
Oui	83	36	27	66	56	29
Non	59	25	9	22	50	26
Ne s'applique pas / ne répond pas*	90	39	5	12	85	45
Total	232	100	41	100	191	100

*Notamment, les répondants qui avaient répondu à la question précédente n'avoir jamais entendu parler du PAR ne pouvaient répondre à cette question.

Tableau 3 Principale explication du recours actuel à l'AI dans la région de Lanaudière selon l'ensemble des répondants, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel (q13)

Principale explication du recours actuel à l'AI dans la région Lanaudière	Total des répondants		Répondants de l'intrasectoriel		Répondants de l'intersectoriel	
	n	%	n	%	n	%
L'évidence de l'efficacité de ce type d'approche	48	21	15	37	33	17
L'influence de la DSP depuis des années	4	2	0	0	4	2
De nouvelles directives gouvernementales	23	10	4	10	19	8
Le souci d'économiser de l'argent	1	0	0	0	1	1
L'influence d'organisation comme la Table des partenaires du développement social de Lanaudière (TPDSL) ou la Conférence régionale des élus (CRE) de Lanaudière	26	11	2	5	24	13
Une nouvelle mode de gestion	9	4	3	7	6	3
L'influence de la participation à de grandes démarches concertées comme le Plan d'action régional pour la Solidarité et l'inclusion sociale (PARSIS)	15	7	5	12	10	5
Une obligation associée aux demandes de financement par les bailleurs de fonds	5	2	2	5	3	2
L'influence des organismes communautaires	11	5	1	2	10	5
L'influence des fondations privées (Québec en forme, Avenir d'enfant, etc)	10	4	0	0	10	5
Un besoin de partage de l'information des intervenants et des gestionnaires	29	13	4	10	25	13
Une autre explication / une autre réponse	10	4	2	5	8	4
Ne répond pas	51	18	5	7	46	-
Total	232	100	41	100	191	100

Note : Certains répondants à cette question ont fait un choix de réponse parmi les 11 proposés et ont ajouté un commentaire à « autre », ce qui explique que les sommes des réponses ne correspondent pas aux N.

Tableau 4 Les principaux déterminants de la santé qu'il est possible d'influencer en utilisant l'AI selon l'ensemble des répondants, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel (q8)*

Les principaux déterminants qu'il est possible d'influencer en utilisant l'AI	Total des répondants N= 232		Répondants de l'intrasectoriel N= 41		Répondants de l'intersectoriel N= 191	
	n	%	n	%	n	%
Les caractéristiques biologiques et génétiques des individus	4	2	1	2	3	1,6
Les compétences personnelles et sociales des individus	78	34	15	37	63	33
Les habitudes de vie et les comportements des individus	172	74	35	85	137	72
Les milieux de vie (familial, de garde et scolaire, de travail, d'hébergement, communauté locale et voisinage)	146	63	27	66	119	62
Les systèmes (éducation et services de garde à l'enfance, santé et services sociaux, aménagement du territoire, soutien à l'emploi et solidarité sociale, etc.)	120	52	27	66	93	49
Le contexte global (politique et législatif, économique, démographique, social et culturel, scientifique et technologique)	48	21	12	29	36	19
L'environnement naturel et les écosystèmes	22	10	9	22	13	7
Aucun déterminant	0	0	0	0	0	0
Un autre déterminant / une autre réponse	2	1	1	2	2	1

*Les répondants pouvaient retenir jusqu'à trois choix de réponses à cette question, ce qui explique que les sommes des réponses ne correspondent pas aux N.

Tableau 5 Liens entre la stratégie visant à soutenir l'AIFSBE et celle visant à soutenir le développement des communautés selon l'ensemble des répondants, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel (q18)*

Liens entre les deux stratégies	Total des répondants N= 232		Répondants de l'intrasectoriel N= 41		Répondants de l'intersectoriel N= 191	
	n	%	n	%	n	%
Elles nécessitent l'implication de partenaires de plusieurs secteurs d'activité	126	54	30	73	96	50
Elles poursuivent l'objectif ultime d'améliorer les conditions de vie ou la qualité de vie de la population	129	56	33	81	96	50
Elles sont basées sur le partage d'une vision globale et transversale	98	42	29	71	69	36
Elles sont basées sur un travail au niveau d'une communauté implantée sur un territoire spécifique	68	29	21	51	47	25
Elles sont indissociables l'une de l'autre	62	27	13	32	49	26
Il n'y a aucun lien entre les deux stratégies	3	1	0	0	3	2
Je ne sais pas	13	6	1	2	12	6
Un autre lien / une autre réponse	3	1	2	5	1	1

*Les répondants pouvaient retenir plusieurs choix de réponses à cette question, ce qui explique que les sommes des réponses ne correspondent pas aux N.

Tableau 6 Distinctions entre l'AIFSBE et l'évaluation d'impact sur la santé (EIS) Selon l'ensemble des répondants, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel (q19)*

Distinctions entre l'AI favorable à la santé et au bien-être et l'EIS	Total des répondants N= 232		Répondants de l'intrasectoriel N= 41		Répondants de l'intersectoriel N= 191	
	n	%	n	%	n	%
L'EIS relève d'autres secteurs d'activités que celui de la santé	23	10	1	2	22	12
L'EIS s'intéresse plus spécifiquement aux effets sur la santé de politiques, de programmes et de projets publics	35	15	9	22	26	14
L'EIS est réalisée plus souvent à l'échelle provinciale	17	7	3	7	14	7
L'EIS est prescrite par la <i>Loi sur la santé publique</i>	16	7	4	10	12	6
Je ne sais pas	107	46	24	59	83	44
Une autre distinction / une autre réponse	2	10	1	2	1	1

*Les répondants pouvaient retenir plusieurs choix de réponses à cette question, ce qui explique que les sommes des réponses ne correspondent pas aux N.

Tableau 7 Pertinence de la poursuite de l'engagement de l'organisme du répondant dans des démarches d'AI auxquelles prend part la DSP de Lanaudière selon l'ensemble des répondants, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel (q21)

Pertinence de la poursuite de l'engagement de l'organisme du répondant dans des démarches d'AI auxquelles prend part la DSP de Lanaudière	Total des répondants		Répondants de l'intrasectoriel		Répondants de l'intersectoriel	
	n	%	n	%	n	%
Oui	120	52	36	88	84	44
Non	3	1	0	0	4	2
Je ne sais pas	31	13	1	2	30	16
Ne s'applique pas	13	6	1	2	12	6
Ne répond pas	65	28	3	7	62	33
Total	232	100	41	100	191	100

Tableau 8 Participation de l'organisme du répondant à des démarches de concertation auxquelles la DSP de Lanaudière ne participe pas selon l'ensemble des répondants, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel (q12)*

Participation de l'organisme du répondant à des démarches de concertation auxquelles la DSP de Lanaudière ne participe pas	Total des répondants N= 232		Répondants de l'intrasectoriel N= 41		Répondants de l'intersectoriel N= 191	
	n	%	n	%	n	%
Oui, à des démarches intrasectorielles (impliquant des organisations du même secteur d'activités que le vôtre)	49	21	14	34	35	18
Oui, à des démarches intersectorielles (impliquant des organisations de plusieurs secteurs d'activités)	88	38	27	66	82	43
Non, à aucun type de concertation	80	35	4	10	76	40
Oui, à un autre type de concertation	8	3	2	5	5	3

*Les répondants pouvaient retenir plusieurs choix de réponses à cette question, ce qui explique que les sommes des réponses ne correspondent pas aux N.

Tableau 9 Instance du réseau de la santé et des services sociaux la plus appropriée pour soutenir l'AI à laquelle participe l'organisation du répondant selon l'ensemble des répondants, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel (q9)

L'instance du réseau SSS la plus appropriée pour soutenir l'AI à laquelle participe l'organisation du répondant	Total des répondants		Répondants de l'intrasectoriel		Répondants de l'intersectoriel	
	n	%	n	%	n	%
Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)	9	4	1	2	6	3
La Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Lanaudière	44	19	0	0	36	19
Les deux Centres de santé et de services sociaux (CSSS) de Lanaudière	53	23	11	27	39	20
Toutes ces réponses	84	36	19	46	65	34
Je ne sais pas	18	8	1	2	13	7
Une autre instance / une autre réponse	7	3	1	2	6	3
Ne répond pas	17	7	8	20	26	14
Total	232	100	41	100	191	100

Tableau 10 Secteurs d'activité avec lesquels la DSP de Lanaudière a le plus de difficulté à travailler en AI selon l'ensemble des répondants, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel (11)*

Le ou les secteur/s d'activité avec lequel/lesquels la DSP de Lanaudière a le plus de difficulté à travailler en AI	Total des répondants N= 232		Répondants de l'intrasectoriel N= 41		Répondants de l'intersectoriel N= 191	
	n	%	n	%	n	%
L'éducation	19	8	4	10	15	8
L'environnement	26	11	3	7	23	12
Les services sociaux	13	6	2	5	11	6
Les transports	48	21	15	37	33	17
Les affaires municipales et l'aménagement du territoire	49	21	16	39	33	17
L'économie (travail, emploi, entreprises)	52	22	18	44	34	18
L'agroalimentaire	23	10	2	5	21	11
La famille et la petite enfance	16	7	0	0	16	8
Aucun secteur	3	1	2	5	1	1
Je ne sais pas	98	42	15	37	83	44
Un autre secteur / une autre réponse	8	3	2	5	6	3

*Les répondants pouvaient retenir plusieurs choix de réponses à cette question, ce qui explique que les sommes des réponses ne correspondent pas aux N.

Tableau 11 Rôles que peut jouer la DSP de Lanaudière dans les démarches d'AI auxquelles elle participe avec ses partenaires selon l'ensemble des répondants, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel (q10)*

Le ou les rôle/s que peut jouer la DSP de Lanaudière dans les démarches d'AI auxquelles elle participe avec ses partenaires	Total des répondants N= 232		Répondants de l'intrasectoriel N= 41		Répondants de l'intersectoriel N= 191	
	n	%	n	%	n	%
Initiateur des démarches	118	51	23	56	95	50
Leader des démarches	111	48	18	44	93	49
Animateur des rencontres	85	37	11	27	74	39
Expert de contenu	125	54	29	71	96	50
Expert de méthode ou de processus	103	44	22	54	81	42
Bailleur de fonds	71	31	21	51	50	26
Participant au même titre que les autres partenaires	64	28	12	29	52	27
Un autre rôle / une autre réponse	6	3	1	2	5	3

*Les répondants pouvaient retenir plusieurs choix de réponses à cette question, ce qui explique que les sommes des réponses ne correspondent pas aux N.

Tableau 12 Niveau d'importance qu'il faut accorder au début du processus à chacun des facteurs organisationnels pouvant influencer le bon fonctionnement d'une démarche d'AI selon l'ensemble des répondants (q14)

Niveau d'importance qu'il faut accorder au début du processus à chacun des facteurs organisationnels pouvant influencer le bon fonctionnement d'une démarche d'AI	Très important		Assez important		Un peu important		Pas du tout important		Ne répond pas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Que chacune des personnes représentant une organisation partenaire ait un statut décisionnel	64	28	79	34	21	9	4	2	64	28	232	100
Que les partenaires précisent dès le départ les modalités de la démarche : le mandat et sa durée, qui y participe, le mode de fonctionnement, etc.	115	50	43	19	5	2	3	1	66	28	232	100
Que chacune des organisations partenaires sache clairement au départ le rôle qu'elle souhaite et peut jouer au sein de la démarche	115	50	48	21	3	1	0	0	66	28	232	100
Que chacune des organisations partenaires connaisse bien au départ ce que les autres partenaires peuvent apporter à la démarche	77	33	79	34	10	4	0	0	66	28	232	100
Que chacune des organisations partenaires soit en mesure d'investir des ressources (notamment financières) dans la démarche	21	9	58	25	58	25	28	12	67	29	232	100
Qu'une des organisations partenaires assure un leadership fort à la démarche	74	32	61	26	24	10	6	3	67	29	232	100
Qu'une volonté de construire quelque chose ensemble soit partagée par les organisations partenaires	134	58	28	12	2	1	1	0	67	29	232	100
Qu'un ou des protocoles(s) d'entente soi(en)t signé(s) entre les partenaires	35	15	67	29	47	20	13	6	70	30	232	100
Que les paliers d'intervention supérieurs (par exemples les ministères) soutiennent les démarches de concertation régionales et locales	107	46	44	19	12	5	2	1	67	29	232	100
Que les arimages entre les partenaires ne soient pas conçus uniquement en fonction d'une logique de haut en bas (« top down »)	102	44	54	23	9	4	0	0	67	29	232	100
Que des indicateurs de résultats quantitatifs liés à l'action intersectorielle soient définis et intégrés dans la reddition de comptes des partenaires impliqués	56	24	79	34	26	11	4	2	67	29	232	100
Que les « bonnes personnes » (intervenants terrain ou gestionnaires) soient désignées pour représenter leur organisation aux « bonnes démarches »	125	54	34	15	6	3	0	0	67	29	232	100
Un autre facteur							12/232 (5 %)					

Tableau 13 Niveau d'importance qu'il faut accorder au début du processus à chacun des facteurs organisationnels pouvant influencer le bon fonctionnement d'une démarche d'AI selon les répondants de l'intrasectoriel (q14)

Niveau d'importance qu'il faut accorder au début du processus à chacun des facteurs organisationnels pouvant influencer le bon fonctionnement d'une démarche d'AI	Très important		Assez important		Un peu important		Pas du tout important		Ne répond pas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Que chacune des personnes représentant une organisation partenaire ait un statut décisionnel	15	37	16	39	6	14	0	0	4	10	41	100
Que les partenaires précisent dès le départ les modalités de la démarche : le mandat et sa durée, qui y participe, le mode de fonctionnement, etc.	29	71	8	20	0	0	0	0	4	10	41	100
Que chacune des organisations partenaires sache clairement au départ le rôle qu'elle souhaite et peut jouer au sein de la démarche	27	66	10	24	0	0	0	0	4	10	41	100
Que chacune des organisations partenaires connaisse bien au départ ce que les autres partenaires peuvent apporter à la démarche	14	34	20	49	3	7	0	0	4	10	41	100
Que chacune des organisations partenaires soit en mesure d'investir des ressources (notamment financières) dans la démarche	3	7	13	32	15	37	5	12	5	12	41	100
Qu'une des organisations partenaires assure un leadership fort à la démarche	14	34	15	37	8	20	0	0	4	10	41	100
Qu'une volonté de construire quelque chose ensemble soit partagée par les organisations partenaires	35	85	2	5	0	0	0	0	4	10	41	100
Qu'un ou des protocoles(s) d'entente soi(en)t signé(s) entre les partenaires	3	7	13	32	14	34	5	12	6	15	41	100
Que les paliers d'intervention supérieurs (par exemples les ministères) soutiennent les démarches de concertation régionales et locales	23	56	7	17	5	12	1	2	5	12	41	100
Que les arimages entre les partenaires ne soient pas conçus uniquement en fonction d'une logique de haut en bas (« top down »)	25	61	10	24	2	5	0	0	4	10	41	100
Que des indicateurs de résultats quantitatifs liés à l'action intersectorielle soient définis et intégrés dans la reddition de comptes des partenaires impliqués	14	34	10	24	10	24	3	7	4	10	41	100
Que les « bonnes personnes » (intervenants terrain ou gestionnaires) soient désignées pour représenter leur organisation aux « bonnes démarches »	33	81	3	7	1	2	0	0	4	10	41	100
Un autre facteur/une autre réponse						5/41 (12 %)						

Tableau 14 Niveau d'importance qu'il faut accorder au début du processus à chacun des facteurs organisationnels pouvant influencer le bon fonctionnement d'une démarche d'AI selon les répondants de l'intersectoriel (q14)

Niveau d'importance qu'il faut accorder au début du processus à chacun des facteurs organisationnels pouvant influencer le bon fonctionnement d'une démarche d'AI	Très important		Assez important		Un peu important		Pas du tout important		Ne répond pas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Que chacune des personnes représentant une organisation partenaire ait un statut décisionnel	49	26	63	33	12	6	4	2	63	33	191	100
Que les partenaires précisent dès le départ les modalités de la démarche : le mandat et sa durée, qui y participe, le mode de fonctionnement, etc.	86	45	35	18	5	3	3	2	62	32	191	100
Que chacune des organisations partenaires sache clairement au départ le rôle qu'elle souhaite et peut jouer au sein de la démarche	88	46	38	20	3	2	0	0	62	32	191	100
Que chacune des organisations partenaires connaisse bien au départ ce que les autres partenaires peuvent apporter à la démarche	63	33	59	31	6	3	0	0	63	33	191	100
Que chacune des organisations partenaires soit en mesure d'investir des ressources (notamment financières) dans la démarche	18	9	45	24	43	23	22	11	63	33	191	100
Qu'une des organisations partenaires assure un leadership fort à la démarche	60	31	46	24	8	8,4	6	3	63	33	191	100
Qu'une volonté de construire quelque chose ensemble soit partagée par les organisations partenaires	99	52	36	19	2	1	1	0	53	28	191	100
Qu'un ou des protocoles(s) d'entente soi(en)t signé(s) entre les partenaires	32	17	54	28	33	17	8	4	64	34	191	100
Que les paliers d'intervention supérieurs (par exemples les ministères) soutiennent les démarches de concertation régionales et locales	84	44	37	19	7	4	1	0	62	33	191	100
Que les arimages entre les partenaires ne soient pas conçus uniquement en fonction d'une logique de haut en bas (« top down »)	77	40	44	23	7	4	0	0	63	33	191	100
Que des indicateurs de résultats quantitatifs liés à l'action intersectorielle soient définis et intégrés dans la reddition de comptes des partenaires impliqués	42	22	69	36	18	9	1	1	61	32	191	100
Que les « bonnes personnes » (intervenants terrain ou gestionnaires) soient désignées pour représenter leur organisation aux « bonnes démarches »	92	48	31	16	5	3	0	0	63	33	191	100
Un autre facteur/une autre réponse												7/191 (4 %)

Tableau 17 Niveau d'importance qu'il faut accorder en cours de processus à chacun des facteurs organisationnels pouvant influencer le bon fonctionnement d'une démarche d'AI selon les répondants de l'intersectoriel (q15)

Niveau d'importance qu'il faut accorder au début du processus à chacun des facteurs organisationnels pouvant influencer le bon fonctionnement d'une démarche d'AI	Très important		Assez important		Un peu important		Pas du tout important		Ne répond pas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
	Que la circulation d'information soit assurée également entre tous les partenaires	97	51	28	15	2	1	0	0	64	34	191
Qu'une des organisations partenaires assure un leadership fort à la démarche	70	37	41	22	12	6	4	2	64	34	191	100
Qu'une bonne complicité se soit développée entre les différentes organisations partenaires	72	38	48	25	6	3	0	0	65	34	191	100
Que chacune des organisations partenaires respecte les rôles et les missions des autres	90	47	34	18	1	1	0	0	66	35	191	100
Que les organisations partenaires n'imposent pas leur contrôle ou leurs visées aux autres	92	48	30	16	4	2	0	0	65	34	191	100
Que des conférences, colloques, formations et activités de réseautage soient organisés afin de faciliter le développement d'une vision commune entre les partenaires	34	18	68	36	21	11	3	2	65	34	191	100
Que les paliers d'intervention supérieurs (par exemple les ministères) soutiennent les démarches de concertation régionales et locales	84	44	36	19	4	2	1	0,5	66	35	191	100
Un autre facteur	3/191 (2 %)											

Tableau 18 Nécessité de posséder des habiletés ou compétences particulières pour participer à des démarches d'action intersectorielle selon l'ensemble des répondants, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel (q16)

Nécessité d'habiletés ou de compétences particulières	Total des répondants		Répondants de l'intrasectoriel		Répondants de l'intersectoriel	
	n	%	n	%	n	%
Oui	122	53	34	83	88	46
Non	50	22	4	10	46	24
Ne répond pas	60	26	3	7	57	30
Total	232	100	41	100	191	100

Tableau 19 Identification d'habiletés ou compétences particulières selon l'ensemble des répondants, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel (q17)

Identification d'habiletés ou compétences particulières	Total des répondants		Répondants de l'intrasectoriel		Répondants de l'intersectoriel	
	n	%	n	%	n	%
A identifié une/des habileté(s) ou compétence(s) particulière(s)	114	50	33	81	81	42
N'a pas répondu	118	50	8	20	110	58
Total	232	100	41	100	191	100

Tableau 20 Répondants ayant ajouté des commentaires ou suggestions sur ce qui pourrait améliorer les démarches d'AI auxquelles leur organisme participe avec la DSP de Lanaudière (q22)

Commentaires ou suggestions sur ce qui pourrait améliorer les démarches d'AI auxquelles l'organisme du répondant participe avec la DSP de Lanaudière	Total des répondants		Répondants de l'intrasectoriel		Répondants de l'intersectoriel	
	n	%	n	%	n	%
A émis un commentaire	29	13	10	24	19	10
N'a pas répondu	203	88	31	76	172	90
Total	232	100	41	100	191	100

Tableau 21 Principal objectif poursuivi par les acteurs de la DSP (gestionnaires et intervenants) quand ils utilisent la stratégie de soutien à l'AI selon l'ensemble des répondants, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel (q6)

Principal objectif poursuivi par les acteurs de la DSP quand ils utilisent la stratégie de soutien à l'action intersectorielle	Total des répondants		Répondants de l'intrasectoriel		Répondants de l'intersectoriel	
	n	%	n	%	n	%
Contribuer à optimiser les sommes d'argent investies en santé	12	5	2	5	10	5
Sensibiliser les partenaires de la DSP à l'importance de tenir compte de la santé de la population dans leurs activités	44	19	7	17	37	12
Améliorer l'état de santé de la population	47	20	12	29	35	18
Développer une complicité avec des partenaires qui pourront aider la DSP à réaliser sa mission	44	19	2	5	42	22
Contribuer à mobiliser les communautés	11	5	4	10	7	4
Contribuer à améliorer la qualité de vie de la population	42	18	12	29	30	16
Faire la promotion des saines habitudes de vie	18	8	0	0	18	9
Un autre objectif / une autre réponse	4	2	1	2	3	2
Ne répond pas	10	4	1	2	9	5
Total	232	100	41	100	191	100

Tableau 22 Principal objectif poursuivi par l'organisation du répondant quand il participe à des démarches d'action intersectorielle avec la DSP de Lanaudière selon l'ensemble des répondants, ceux de l'intrasectoriel et ceux de l'intersectoriel (q7)

Principal objectif poursuivi par l'organisation du répondant quand il participe à des démarches d'AI avec la DSP	Total des répondants		Répondants de l'intrasectoriel		Répondants de l'intersectoriel	
	n	%	n	%	n	%
Répondre à la condition de travailler en concertation exigée par les bailleurs de fonds	1	0	0	0	1	1
Améliorer l'état de santé de la population	31	13	11	27	20	11
Sensibiliser les organisations partenaires à la mission de mon organisation	13	6	5	12	8	4
Développer une complicité avec des partenaires qui pourront aider mon organisation à réaliser sa mission	75	32	8	20	67	35
Contribuer à améliorer la qualité de vie de la population	90	39	16	39	74	39
Une autre objectif / une autre réponse	5	2	0	2	5	3
Ne répond pas	17	7	1	2	16	8
Total	232	100	41	100	191	100

ANNEXE 15

**Formulaire de consentement à l'intention des participants
au groupe de discussion de rétroaction**



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
concernant la participation à un groupe de discussion dans le cadre de l'Évaluation
d'implantation de la stratégie de soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé et
au bien-être du PAR de santé publique de Lanaudière

Objet de la rencontre

Vous avez été invité à participer à un groupe de discussion, en tant que personne représentant soit un service de la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Lanaudière, soit un des centres de santé et de services sociaux (CSSS) de Lanaudière, soit un partenaire intersectoriel de la DSP de Lanaudière.

Cette rencontre est réalisée au terme d'une démarche d'évaluation portant sur l'implantation d'une stratégie transversale du *Plan d'action régional (PAR) 2009-2012 de santé publique de Lanaudière*. Il s'agit de la stratégie de soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être. Plus spécifiquement, trois thèmes seront abordés. Ce sont: 1) les ancrages de la stratégie ou de l'action intersectorielle; 2) la mise en œuvre de la stratégie ou de l'action intersectorielle; et 3) les retombées de la stratégie ou de l'action intersectorielle.

Confidentialité et anonymat

Votre participation à ce groupe de discussion se fait sur une base volontaire et librement consentie. Par ailleurs, toutes les mesures possibles seront mises en œuvre afin d'assurer la confidentialité de vos propos et votre anonymat. Cela signifie surtout que votre nom ne sera jamais associé directement à vos propos dans le cadre des rapports et publications produits dans le cadre de cette étude.

Enregistrement du contenu des discussions

Pour faciliter le travail d'analyse et ne rien perdre du contenu de la discussion, celle-ci sera enregistrée grâce à un support numérique. Après l'analyse, cet enregistrement sera conservé puis détruit conformément aux règles d'éthique et à la législation en matière de renseignements personnels. Il en sera de même pour les transcriptions imprimées, qui seront utilisées pour faciliter l'analyse.

Liberté de se retirer

Vous n'êtes pas obligé de répondre à toutes les questions qui seront adressées aux participants. Vous êtes libre de vous retirer de cette rencontre à tout moment.

Engagement et signature

Je comprends à quoi je m'engage en participant à ce groupe de discussion. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions à cet effet et on y a répondu à ma satisfaction.

Signé à _____, le ____ du mois de _____ 2014.

Nom de l'informateur/ de l'informatrice
(en lettres moulées)

Nom de l'organisme

Signature de
l'informateur/l'informatrice

Céline Poissant
Agente de planification, de programmation
et de recherche
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Christine Garand
Technicienne en recherche psychosociale
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

ANNEXE 16

**Texte d'information sur la démarche d'évaluation à l'intention
des participants au groupe de discussion de rétroaction**

L'évaluation de l'action intersectorielle de la DSP de Lanaudière

Rappel de l'objet et de la démarche d'évaluation Groupe de discussion de rétroaction du 19 mars 2014

Vous allez participer à un groupe de discussion de rétroaction dans le cadre d'une démarche d'évaluation portant sur une stratégie importante du *Plan d'action régional de santé publique (PAR) de Lanaudière*. Il s'agit de la stratégie de soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être.

L'objet de l'évaluation

La rédaction d'un PAR, comme celle du *Programme national de santé publique (PNSP)*, est prescrite par la *Loi sur la santé publique*. Elle s'inscrit dans une perspective relativement nouvelle axée sur l'atteinte de résultats de santé. Le PAR est un document détaillé qui complète le PNSP en ajoutant les actions régionales que la Direction de santé publique réalise, de concert avec ses partenaires, afin de contribuer à la réalisation des objectifs sociosanitaires. Le PAR, comme le PNSP, couvre une période déterminée. Dans le cas présent, la période initiale de 2009-2012 a été reconduite jusqu'en 2015. Le PAR se présente principalement sous forme de tableaux détaillés pour chacun des six domaines d'intervention de la santé publique¹. Dans chacun de ces tableaux sont précisées les activités prévues au niveau national, puis celles qui sont retenues régionalement, en fonction d'un état de situation et de résultats attendus. Des partenaires sont notamment identifiés pour chacune des activités retenues.

Pour parvenir à l'atteinte des objectifs fixés, les instances régionales de santé publique sont invitées à recourir à cinq stratégies d'action promues par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Toutes sont en lien avec l'orientation consistant à privilégier l'action sur les principaux déterminants de la santé, individuels et sociaux. La stratégie de soutien à l'AI favorable à la santé et au bien-être est l'une d'elles. Elle est basée sur le constat selon lequel « *plusieurs des moyens connus pour agir sur la santé et le bien-être de la population débordent le champ d'action strict du secteur des services de santé et des services sociaux.* » (ASSS de Lanaudière, 2009, p. 183).

La stratégie de soutien à l'AI favorable à la santé et au bien-être est considérée, dans le PAR de Lanaudière, comme une stratégie « transversale ». Autrement dit, on considère que les différents acteurs de la santé publique devraient y avoir recours, quel que soit le domaine d'intervention particulier sur lequel chacun travaille.

¹ Les six domaines d'intervention du PAR sont : 1) le développement, l'adaptation et l'intégration sociale ; 2) les habitudes de vie et les maladies chroniques ; 3) les traumatismes non intentionnels ; 4) les maladies infectieuses ; 5) la santé environnementale ; 6) la santé en milieu de travail.

Pourquoi avoir entrepris d'évaluer l'implantation de cette stratégie en particulier?

L'évaluation du PAR de Lanaudière est confiée au Service de surveillance, recherche et évaluation de la DSP. Toutefois, compte tenu des ressources disponibles, la DSP a choisi d'évaluer, dans un premier temps, un aspect particulier du PAR susceptible d'intéresser les professionnels et les gestionnaires de toute l'organisation. Le choix a porté sur la stratégie de soutien à l'AI favorable à la santé et au bien-être. Il rejoint également certaines des préoccupations de nos collaborateurs et partenaires sur les notions de concertation, de partenariat et d'action intersectorielle.

La démarche réalisée

L'évaluation comportait deux blocs principaux. Le premier concerne la DSP. Les gestionnaires et les professionnels de la DSP ont été rencontrés dans le cadre de groupes de discussion tenus au printemps et à l'automne 2011. Le deuxième bloc porte sur les partenaires (intrasectoriels et intersectoriels) de la DSP. Des groupes de discussion ont eu lieu avec ces acteurs, entre le printemps 2012 (un intersectoriel) et l'hiver 2013 (deux intrasectoriels), afin de voir comment la vision de l'AI soutenue par la DSP arrivait à s'arrimer à celle de ses partenaires. Enfin, un questionnaire en ligne a été adressé à l'ensemble des partenaires de la DSP au printemps 2013 (41 répondants de l'intrasectoriel et 191 de l'intersectoriel), afin de préciser certains éléments de résultats obtenus aux étapes précédentes.

Rappelons, en terminant, que cette évaluation a été réalisée selon une approche participative, formative et négociée, comme la plupart des démarches d'évaluation de la DSP de Lanaudière. Un comité d'évaluation composé de gestionnaires et de professionnels de la DSP a suivi et encadré le travail étape par étape. Les résultats pouvaient donc servir à ajuster les pratiques au fur et à mesure qu'ils étaient connus et validés. La diffusion du rapport d'évaluation et d'autres documents associés (fascicules de la revue de littérature/recherche documentaire) est prévue pour l'automne 2014.

ANNEXE 17

**Outil de transmission de résultats partiels à l'intention
des participants au groupe de discussion de rétroaction**

Évaluation d'implantation de la stratégie de soutien à l'action intersectorielle (AI)
favorable à la santé et au bien-être du Plan d'action régional (PAR)
de santé publique de Lanaudière 2009-2012

Groupe de discussion de rétroaction du 19 mars 2014

THEME 1 : LES ANCRAGES DE LA STRATEGIE

1.1 Ce que les acteurs savent de la stratégie

QUELQUES CONSTATS

- **De façon générale :** Les acteurs des trois groupes semblaient avoir une connaissance limitée du PAR et de sa stratégie de soutien à l'AI favorable à la santé et au bien-être. Ils étaient, dans l'ensemble, peu familiers avec les fondements théoriques de cette stratégie. Des acteurs des trois groupes ont quand même fait référence à des concepts de la santé publique quand ils ont tenté de définir l'AI. Par exemple : les « *déterminants de la santé* », les « *environnements favorables* » et les « *meilleures pratiques* ».
- **Pour les acteurs de la DSP :** La connaissance de la stratégie variait selon les services de l'organisation. Elle apparaissait plus développée en prévention-promotion et elle semblait l'être moins dans les domaines de protection (maladies infectieuses, santé au travail, santé environnementale). Dans l'ensemble, la connaissance et la compréhension qu'avaient ces acteurs de la stratégie et de l'AI semblaient beaucoup basées sur l'expérience personnelle et organisationnelle.
- **Pour les acteurs des CSSS :** Ces acteurs du réseau de la santé demeurent plus « éloignés » du PAR, qui est un outil de la DSP. Le PAL constitue le pendant du PAR à ce palier d'intervention, mais les acteurs de ce groupe ne semblaient pas s'y référer en matière d'AI. Leur connaissance et leur compréhension de la stratégie du PAR et de l'AI semblaient dépendre du lien qu'ils avaient avec les programmes de santé publique. Certains avaient tendance à confondre l'AI avec une approche clinique multidisciplinaire (différents intervenants autour d'un même client).

Dans le cadre du questionnaire, 20 répondants sur les 41 de l'intrasectoriel (49 %) ont affirmé qu'ils avaient « *pris connaissance du PAR* » et qu'ils « *s'y référaient à l'occasion* ». Également, 27 répondants sur les 36 ayant répondu à cette question (75 %) ont affirmé qu'ils savaient que le PAR proposait une stratégie de soutien à l'AI.

- **Pour les partenaires intersectoriels :** Le PAR et la stratégie sont apparus peu connus par ces acteurs. Ceux-ci s'appuyaient davantage sur les orientations et les plans d'action de leur propre secteur d'activité pour définir l'AI.

Dans le cadre du questionnaire, 84 répondants sur les 191 de ce groupe (44 %) ont déclaré que « *non, ils n'avaient jamais entendu parler du PAR* ». Puis, 56 des 106 personnes ayant répondu à cette question (53 %) ont affirmé qu'elles savaient que le PAR proposait une stratégie de soutien à l'AI.

Évaluation d'implantation de la stratégie de soutien à l'action intersectorielle (AI)
favorable à la santé et au bien-être du Plan d'action régional (PAR)
de santé publique de Lanaudière 2009-2012

Groupe de discussion de rétroaction du 19 mars 2014

THÈME 1 : LES ANCRAGES DE LA STRATÉGIE
1.2 Comment les acteurs se situent par rapport à la stratégie

QUELQUES CONSTATS

- **De façon générale** : La pratique de l'AI était considérée comme allant de soi. Une reconnaissance de principe était accordée à cette approche. Les informateurs tendaient à considérer qu'elle pouvait ou devrait être utilisée « partout ». On a aussi jugé que le recours à l'AI était justifié par l'efficacité de cette approche.
- **Pour les acteurs de la DSP** : Une « culture de partenariat » historique a été associée à la DSP. Toutefois, des écarts ont été relevés entre la reconnaissance de principe de la stratégie et son appropriation réelle par les acteurs dans le cadre de leur pratique quotidienne. Ces écarts ont été notés, par exemple : entre les services de la DSP, en fonction des types de mandats qu'ils doivent assumer et des actions à prioriser; et entre les paliers d'intervention de la santé publique.
- **Pour les acteurs des CSSS** : L'AI a été considérée comme un « levier puissant », notamment en organisation communautaire. Il a été mentionné aussi que le contexte était propice à l'AI et qu'elle était « très populaire » en raison de la complexité des problèmes. Quelques bémols ont été exprimés. Par exemple, on a noté la création de « partenariats artificiels » associés à des exigences de bailleurs de fonds.

Dans le cadre du questionnaire, 36 des 41 répondants de l'intrasectoriel (88 %) ont jugé qu'il était pertinent pour leur organisme de poursuivre son engagement dans des démarches d'AI auxquelles prend part la DSP de Lanaudière.

- **Pour les partenaires intersectoriels** : Le qualificatif de désormais « incontournable dans l'ensemble des milieux » a été associé à l'AI. La pertinence de l'AI s'expliquerait notamment par des « économies à faire » en lien avec la « mise en commun des compétences ».

Dans le cadre du questionnaire, 84 des 191 répondants de ce groupe (44 %) ont jugé qu'il était pertinent pour leur organisme de poursuivre son engagement dans des démarches d'AI auxquelles prend part la DSP de Lanaudière.

Évaluation d'implantation de la stratégie de soutien à l'action intersectorielle (AI)
favorable à la santé et au bien-être du Plan d'action régional (PAR)
de santé publique de Lanaudière 2009-2012

Groupe de discussion de rétroaction du 19 mars 2014

THÈME 2 : LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE
2.1 État de situation général

QUELQUES CONSTATS

- **De façon générale** : L'état de la mise en œuvre de la stratégie décrit par les informateurs se situe en continuité avec les constats sur la connaissance et l'appropriation de la stratégie. Deux rôles particuliers dans les démarches d'AI ont été le plus souvent reconnus aux acteurs de la DSP par ceux des trois groupes. Ce sont les rôles d'« expert de contenu » et d'« initiateur de démarches ».

Dans le cadre du questionnaire, 84 des 232 partenaires intrasectoriels et intersectoriels ayant répondu (36 %) ont considéré que le MSSS, la DSP ainsi que les deux CSSS de Lanaudière constituaient toutes les ressources les plus appropriées pour soutenir l'AI à laquelle participait leur organisation. Par ailleurs, 53 répondants (23 %) ont jugé que c'était surtout « les deux CSSS de Lanaudière »; et 44 autres (19 %), plutôt « la DSP de Lanaudière ».

- **Pour les acteurs de la DSP** : La stratégie apparaît à la fois mieux connue et plus utilisée par les acteurs du Service de prévention et promotion, en comparaison avec ceux des autres services de la DSP, ceux des CSSS et les partenaires intersectoriels. Les actions dans le sens de l'AI favorable à la santé et au bien-être semblaient être réalisées surtout par les acteurs de ce service, alors que ceux des domaines de protection (maladies infectieuses, santé au travail, santé environnementale) semblaient y recourir plus rarement.
- **Pour les acteurs des CSSS** : Des variations historiques dans l'application de l'AI au sein des CSSS ont été mentionnées, en lien notamment avec les modifications structurelles vécues dans le réseau de la santé et des services sociaux depuis une dizaine d'années. Depuis peu, on observait un retour de ces intervenants dans la communauté et les milieux, et un partage plus clair des rôles et responsabilités à cet égard entre les instances régionale (aspects : théorie, réflexion, évaluation, suivi et mesure de cibles ainsi que vision plus large) et locales (intervention terrain).

Dans le cadre du questionnaire, 27 des 41 répondants de ce groupe (66 %) ont déclaré que « oui », leur organisme participait à des démarches d'AI auxquelles la DSP ne participait pas.

- **Pour les partenaires intersectoriels** : Les partenaires de l'intersectoriel ont aussi été nombreux à reconnaître aux acteurs de la DSP dans les démarches d'AI, en plus des deux rôles mentionnés plus haut, ceux de « leader » et de « soutien de ces démarches ».

Dans le cadre du questionnaire, 82 des 191 répondants de ce groupe (43 %) ont déclaré que « oui », leur organisme participait à des démarches d'AI auxquelles la DSP ne participait pas.

**Évaluation d'implantation de la stratégie de soutien à l'action intersectorielle (AI)
favorable à la santé et au bien-être du Plan d'action régional (PAR)
de santé publique de Lanaudière 2009-2012**

Groupe de discussion de rétroaction du 19 mars 2014

**THEME 2 : LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE
2.2 Les éléments qui facilitent la mise en œuvre de la stratégie**

QUELQUES CONSTATS

- **De façon générale** : Des éléments facilitants de différents types ont été identifiés : contextuels-politiques, structurels-organisationnels, fonctionnels, relationnels ou liés aux ressources. Les plus nombreux étaient de type fonctionnel. Ils concernaient en général l'ensemble des partenaires impliqués dans une même AI : libération des participants par leurs employeurs; définition au départ d'un mandat précis, des modes de fonctionnement, des rôles de chacun et d'un échéancier; se doter d'objectifs communs, faire preuve d'ouverture, développer un langage commun, etc.

Plus de la moitié des 232 répondants au questionnaire (partenaires intrasectoriels et intersectoriels) ont jugé que deux facteurs organisationnels étaient « très importants » au début d'un processus d'AI. C'était : 1) « *Qu'une volonté de construire quelque chose ensemble soit partagée par les organisations partenaires* » (134 répondants, 58 %); et 2) « *Que les bonnes personnes (intervenants terrain ou gestionnaires) soient désignées pour représenter leur organisation aux « bonnes démarches »* » (125 répondants, 54 %).

Dans le cadre du questionnaire, également, plus de la moitié des 232 répondants (122 ou 53 %) ont considéré qu'il fallait des habiletés ou compétences particulières pour participer à des démarches d'AI. Ceux qui ont été mentionnés par le plus de répondants gravitaient autour des mots-clés : vision, ouverture, écoute, communication, travail d'équipe, leadership et respect.

- **Pour les acteurs de la DSP** : Plusieurs éléments facilitants identifiés étaient de nature politique-contextuelle ou structurelle-organisationnelle, dont : volonté politique, politique gouvernementale associée à du soutien financier, leadership du directeur de santé publique. Ils étaient de l'ordre d'un renforcement ou d'une meilleure application des mesures entourant la mise en œuvre de la stratégie. Par ailleurs, un élément facilitant de type fonctionnel se rapportait à des besoins propres aux acteurs de la DSP : la mise en place souhaitée de formations sur la façon de faire de l'AI.
- **Pour les acteurs des CSSS** : Plusieurs des éléments facilitants identifiés étaient de nature politique-contextuelle ou structurelle-organisationnelle. Par exemple : association des différents types de pouvoir, mise en garde concernant l'influence du pouvoir financier, marge de manœuvre nécessaire aux gestionnaires terrain, etc. Ces éléments mettaient en évidence un besoin de souplesse afin de pouvoir adapter l'application de la stratégie aux réalités du milieu d'intervention.
- **Pour les partenaires intersectoriels** : Les partenaires intersectoriels ont plutôt identifié des moyens ou conditions jugés susceptibles de favoriser la convergence entre les objectifs des différents partenaires d'une AI. Par exemple : la connaissance mutuelle des partenaires, la reconnaissance de leurs expertises respectives leur permettant de mieux travailler ensemble, et le respect mutuel.

Évaluation d'implantation de la stratégie de soutien à l'action intersectorielle (AI)
favorable à la santé et au bien-être du Plan d'action régional (PAR)
de santé publique de Lanaudière 2009-2012

Groupe de discussion de rétroaction du 19 mars 2014

THÈME 2 : LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE
2.3 Les éléments qui font obstacle à la mise en œuvre de la stratégie

QUELQUES CONSTATS

- **De façon générale :** Le plus souvent, les informateurs des différents groupes n'ont pas mentionné les mêmes éléments limitants, sauf pour ceux de type fonctionnel, qui étaient similaires (manque d'outils pour aider les gens à se doter d'objectifs communs, manque de moyens concrets liés à la stratégie dans le PAR et le PAL).
- **Pour les acteurs de la DSP :** Les éléments de type politique se rapportaient à des enjeux de pouvoir entre différents secteurs (sentiment ressenti par des acteurs d'autres ministères d'une intrusion dans leurs platebandes) ou à des marges de manœuvre limitées (absence de leviers politiques pour appliquer le PAR dans les régions). Les éléments de type structurel-organisationnel représentaient surtout des observations d'acteurs de la DSP sur d'autres organisations (travail en parallèle des organisations entraînant des écueils, difficulté de changer les paradigmes afin de permettre l'AI avec d'autres ministères, affirmation que les CSSS ne seraient pas intéressés à travailler en AI et n'auraient pas développé cette expertise). Aucun élément de type relationnel n'a été relevé. Les facteurs limitants liés aux ressources étaient surtout de nature financière et affectaient la DSP (coupures budgétaires dans le réseau limitant les frais de déplacement, financement souvent réservé à des domaines d'intervention spécifiques comme les saines habitudes de vie, plans d'action non financés imposés par le niveau national, présence du partenariat public-privé limitant l'accès à du financement, ressources limitées en protection conduisant à prioriser ce qui est obligatoire dans le quotidien).
- **Pour les acteurs des CSSS :** Les éléments politiques référaient à des marges de manœuvre limitées (ce qui « vient d'en haut » apparaît « plutôt freinant »). Les éléments structurels-organisationnels concernaient des contraintes rencontrées au niveau local (activités de groupe moins valorisées dans la reddition de comptes, travail avec la communauté limité aux organisateurs communautaires, problématiques urgentes priorisées au détriment des pratiques d'AI). Les éléments d'ordre relationnel se rapportaient surtout à des organisations (relations plus difficiles avec les celles ne disposant pas de cadres imposés par leurs ministères, différences culturelles entre partenaires, non-productivité des démarches où les participants poursuivent uniquement leurs propres objectifs). Les éléments liés aux ressources portaient sur les ressources humaines et les connaissances (insuffisance de ressources humaines au CSSS pour répondre aux attentes créées dans la communauté à l'égard de l'animation du réseau local, niveaux de connaissances inégales entre partenaires).
- **Pour les partenaires intersectoriels :** Le fait que les mandats de l'État puissent être parfois imposés aux organismes communautaires représentait un élément limitant de type politique.

Dans le cadre du questionnaire, il a été mentionné que la DSP adoptait parfois un rôle de contrôle plutôt qu'un rôle de soutien, et que certaines façons de faire de l'AI apparaissaient parfois imposées (larges concertations ou attitude de la DSP).

**Évaluation d'implantation de la stratégie de soutien à l'action intersectorielle (AI)
favorable à la santé et au bien-être du Plan d'action régional (PAR)
de santé publique de Lanaudière 2009-2012**

Groupe de discussion de rétroaction du 19 mars 2014

THÈME 3 : LES RETOMBÉES DE LA STRATÉGIE

3.1 Ce que c'est supposé donner (objectifs de résultats ou effets attendus)

QUELQUES CONSTATS

- **De façon générale** : Un objectif ultime a été attribué à la stratégie et à la DSP : *l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population*. De même, un objectif ultime équivalent ou de même nature a été attribué à l'AI et aux partenaires intersectoriels : *l'amélioration des conditions de vie de la population*.

Les acteurs de la DSP et des CSSS ont attribué deux objectifs intermédiaires à la stratégie : celui *d'aider à l'atteinte des objectifs du PAR* et celui de *contribuer à la mobilisation des communautés*.

Au-delà des objectifs, un certain « flou » et un manque de clarté de la stratégie en ce qui concerne les résultats attendus, surtout quantifiables, a été souvent mentionné par les acteurs de la DSP et des CSSS. Certains ont trouvé cette situation justifiée, compte tenu de la nature particulière de l'AI et des valeurs fondamentales qu'elle représente en santé publique. D'autres l'ont plutôt déplorée, considérant que la reconnaissance des actions dépend d'un contexte actuel de gestion axée sur l'efficacité. Dans ce contexte, les acteurs auraient tendance à privilégier les tâches assorties d'objectifs de résultats précis, considérées comme des « obligations ».

- **Pour les acteurs de la DSP** : Les acteurs de ce groupe ont attribué un autre objectif intermédiaire à la stratégie : celui de *sensibiliser les partenaires intersectoriels aux effets de leurs activités sur la santé de la population*. Par ailleurs, l'inscription de la stratégie dans le PAR a été considérée comme une simple légitimation de l'AI, ou une façon d'inciter à y recourir en créant les conditions de sa mise en pratique. Dans cette perspective, il n'y aurait pas d'autre résultat attendu de cette stratégie que d'établir ou de raffermir des liens avec l'intersectoriel.
- **Pour les acteurs des CSSS** : Des acteurs de ce groupe étaient d'avis que l'AI était un outil, une stratégie, mais pas une fin en soi. Elle devait donc contribuer à répondre aux besoins de la population en matière de santé et de bien-être. Pour cela, elle devait d'abord contribuer à la réussite d'un objectif, d'un projet ou d'un programme visant l'amélioration de la santé et du bien-être.
- **Pour les partenaires intersectoriels** : Il a été mentionné dans ce groupe que la stratégie ou l'AI devrait contribuer à la performance du système de santé. Ainsi, elle devrait aider à réaliser des améliorations au niveau de l'état de santé de la population sans que ça coûte trop cher au système. Un autre objectif intermédiaire a aussi été associé à l'AI : celui de *contribuer à l'atteinte des objectifs des partenaires*.

Evaluation d'implantation de la stratégie de soutien à l'action intersectorielle (AI)
favorable à la santé et au bien-être du Plan d'action régional (PAR)
de santé publique de Lanaudière 2009-2012

Groupe de discussion de rétroaction du 19 mars 2014

THEME 3 : LES RETOMBÉES DE LA STRATÉGIE

3.2 Ce que ça donne effectivement (résultats ou effets obtenus)

QUELQUES CONSTATS

- **De façon générale** : Dans les trois groupes, les résultats ou effets plus clairement identifiés étaient de nature qualitative. Ils concernaient surtout le processus (la façon de mettre en œuvre la stratégie) et les relations entre partenaires prenant part ensemble à des AI.

Des acteurs de l'intrasectoriel et de l'intersectoriel ont considéré que la mise en œuvre de la stratégie avait conduit à des améliorations concrètes de l'état de santé de la population. Par contre, des contraintes à l'atteinte de résultats ont été identifiées par les acteurs de la DSP et des CSSS, notamment le temps nécessaire, considéré comme un facteur d'influence important. Par exemple, il a été mentionné que le changement de comportements et la création d'environnements favorables nécessitaient des années d'intervention avant que l'on parvienne à des résultats mesurables en santé publique.

- **Pour les acteurs de la DSP** : On a considéré, dans ce groupe, que des résultats avaient été atteints relativement aux objectifs intermédiaires de : *faciliter l'atteinte des objectifs du PAR* dans le domaine des saines habitudes de vie; *contribuer à la mobilisation des communautés*; et *sensibiliser les partenaires intersectoriels aux effets de leurs activités sur la santé de la population*. D'autres types de résultats atteints, de nature qualitative, ont été identifiés par ces acteurs, dont : la disparition progressive du travail en silos à la DSP, la reconnaissance acquise de la santé publique en tant que représentant du secteur de la santé dans toute démarche impliquant d'autres ministères, ainsi que la présence et l'influence exercée par la santé publique au sein de nombreuses instances de concertation. Quant à la possibilité d'atteindre des résultats plus quantitatifs, des informateurs se montraient optimistes, mais demeuraient vagues à ce sujet. Certains étaient d'avis qu'on serait en voie d'en obtenir, notamment en matière de saines habitudes de vie.
- **Pour les acteurs des CSSS** : Des informateurs de ce groupe étaient d'avis que le recours à la stratégie conduisait nécessairement à des résultats, mais ils n'ont pas précisé lesquels.
- **Pour les partenaires intersectoriels** : Les effets qualitatifs de la stratégie identifiés dans ce groupe étaient : la meilleure connaissance mutuelle des partenaires leur permettant de mieux travailler en complémentarité, un partage d'expertise, un rapprochement et une complicité entre organisations. Certaines conditions ont été jugées nécessaires pour arriver à générer des effets, soit : une clarté dans les mandats, dans les objectifs et dans la durée de la démarche.

**Évaluation d'implantation de la stratégie de soutien à l'action [intersectorielle (AI)]
favorable à la santé et au bien-être du Plan d'action régional (PAR)
de santé publique de Lanaudière 2009-2012**

Groupe de discussion de rétroaction du 19 mars 2014

**THÈME 3 : LES RETOMBÉES DE LA STRATÉGIE
3.3 La mesure des effets de la stratégie**

QUELQUES CONSTATS

- **De façon générale** : La difficulté d'évaluer ou de mesurer les effets attribuables spécifiquement à la stratégie ou à l'AI, et plus généralement aux interventions de santé publique, a été mentionnée dans les trois groupes. Cette difficulté avait trait aux caractéristiques ou à la nature de la stratégie ou de l'AI (notamment le certain « flou » qu'on lui attribuait).
- **Pour les acteurs de la DSP** : Des moyens susceptibles de contribuer à la précision, puis à l'atteinte de résultats ont été mentionnés : lignes directrices, guide, etc.
- **Pour les acteurs des CSSS** : Les informateurs de ce groupe ont émis des points de vue partagés sur la mesure de l'atteinte de résultats associés à la stratégie. Ils se questionnaient sur l'existence, la possibilité ou l'intérêt d'élaborer des indicateurs quantitatifs.
- **Pour les partenaires intersectoriels** : Cette dimension n'a pas été relevée dans ce groupe.

ANNEXE 18

**Guide de discussion auprès des participants
au groupe de discussion de rétroaction**

**Evaluation d'implantation de la stratégie d'action du PAR de santé publique de Lanaudière 2009-2012
Consistant à soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être**

Guide de discussion pour les fins du groupe de discussion de rétroaction du 19 mars 2014

Thème	Sous-thème	Éléments pouvant alimenter la discussion	Durée
1. Les ancrages de la stratégie	1.1 Ce que les acteurs savent de la stratégie (connaissances, représentations)	<p>1. <i>Comment réagissez-vous à ces constats ? Commentaires...</i></p> <p>2. <i>Relances</i></p> <ul style="list-style-type: none"> À ce sujet, avez-vous des attentes particulières à l'égard de la DSP? <i>(pour améliorer la connaissance de la stratégie, du PAR; Et est-ce nécessaire? utile?)</i> À votre avis, la DSP devrait-elle communiquer directement à ses divers partenaires, avérés et potentiels, ses prochaines orientations en matière d'AI ou de soutien à l'AI? <i>(moyen de communication, partenaires à cibler, etc.)</i> 	15 min.
	1.2 Comment les acteurs se situent par rapport à la stratégie (reconnaissance et appropriation)	<p>1. <i>Comment réagissez-vous à ces constats ? Commentaires...</i></p> <p>2. <i>Relances</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Devant le constat des écarts dans l'appropriation de la stratégie, considérez-vous qu'elle demeure « pertinente partout », c'est-à-dire dans tous les domaines et à tous les paliers d'intervention de la santé publique, ainsi que dans tous les secteurs d'activité de la société? À votre avis, quels moyens la DSP pourrait-elle utiliser afin de développer une meilleure appropriation de la stratégie parmi son personnel et ses partenaires (intrasectoriels et intersectoriels)? <i>(une formation?)</i> 	10 min.

**Evaluation d'implantation de la stratégie d'action du PAR de santé publique de Lanaudière 2009-2012
Consistant à soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être**

Guide de discussion pour les fins du groupe de discussion de rétroaction du 19 mars 2014

Thème	Sous-thème	Éléments pouvant alimenter la discussion	Durée
2. La mise en œuvre de la stratégie	2.1 État de situation général	1. <i>Comment réagissez-vous à ces constats ? Commentaires...</i> 2. Relances <ul style="list-style-type: none"> À votre avis, quel rôle principal les acteurs de la DSP de Lanaudière devraient-ils adopter dans les démarches d'AI auxquelles ils participent? Celui d'expert de contenu, d'initiateur de démarches, de leader ou de soutien? Ou un autre rôle? Êtes-vous d'avis que les CSSS devraient assumer, au palier local, un rôle de soutien aux démarches d'AI favorables à la santé et au bien-être? Ce rôle doit-il être différent de celui assumé par la DSP? 	15 min.
	2.2 Les éléments qui facilitent la mise en œuvre de la stratégie	1. <i>Comment réagissez-vous à ces constats ? Commentaires...</i> 2. Relances <ul style="list-style-type: none"> À votre avis, à quel(s) type(s) d'éléments facilitants faut-il accorder le plus d'importance ? (<i>politiques, structurels-organisationnels, fonctionnels, relationnels, en lien avec les ressources</i>) Lesquels sont le plus gagnants ? (<i>types ou éléments facilitants spécifiques</i>) Sur lesquels a-t-on le plus d'emprise? (<i>types ou éléments facilitants spécifiques qu'on peut plus facilement promouvoir, déployer</i>) 	20 min
	2.3 Les éléments qui font obstacle à la mise en œuvre de la stratégie	1. <i>Comment réagissez-vous à ces constats ? Commentaires...</i> 2. Relances <ul style="list-style-type: none"> A votre avis, à quel(s) type(s) d'éléments limitants faut-il s'attaquer principalement ou prioritairement ? (<i>politiques, structurels-organisationnels, fonctionnels, relationnels, en lien avec les ressources</i>) Lesquels sont le plus contraignants ? (<i>types ou éléments facilitants spécifiques</i>) Sur lesquels a-t-on le plus d'emprise? (<i>types ou éléments limitants spécifiques auxquels on peut plus facilement s'attaquer</i>) 	20 min

Facteurs politiques : enjeux de pouvoir entre organisations, paliers / *Facteurs structurels-organisationnels* : en lien avec la structure des organisations, les rôles attribués aux paliers / *Facteurs fonctionnels* : mécanismes de fonctionnement internes des organisations, des concertations / *Facteurs relationnels* : surtout relations entre personnes / *Facteurs en lien avec les ressources* : ressources humaines, financières, matérielles, temps, énergie

Évaluation d'implantation de la stratégie d'action du PAR de santé publique de Lanaudière 2009-2012
Consistant à *soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être*

Guide de discussion pour les fins du groupe de discussion de rétroaction du 19 mars 2014

Thème	Sous-thème	Éléments pouvant alimenter la discussion	Durée
3. Les retombées de la stratégie	3.1 Ce que c'est supposé donner	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Comment réagissez-vous à ces constats ? Commentaires...</i> 2. <i>Relances</i> <ul style="list-style-type: none"> • D'après vous, en tenant compte des constats précédents, pour quelles fins la stratégie a-t-elle été inscrite dans le PAR? (<i>but précis? incitatif à l'utiliser? légitimation?</i>) 	15 min.
	3.2 -Ce que ça donne effectivement	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Comment réagissez-vous à ces constats ? Commentaires...</i> 2. <i>Relances</i> <ul style="list-style-type: none"> • Avec un tel tableau concernant les résultats obtenus en lien avec la stratégie ou l'AI, êtes-vous d'avis que ça vaut la peine, pour vos organisations, d'investir temps, ressources et énergie dans de telles démarches? 	10 min.
	3.3 La possibilité de mesurer les effets de la stratégie	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Comment réagissez-vous à ces constats ? Commentaires...</i> 2. <i>Relances</i> <ul style="list-style-type: none"> • À votre avis, serait-il pertinent et possible d'élaborer des indicateurs de résultats afin de mesurer selon une approche quantitative les effets de la stratégie? (<i>seulement optique de suivi de gestion/reddition de comptes?</i>) • Avez-vous une idée de ce qu'on pourrait ou devrait mesurer plus précisément? 	10 min.

ANNEXE 19

Grille d'observation du groupe de discussion de rétroaction

**Guide d'observation du groupe de discussion de rétroaction du 19 mars 2014
Évaluation d'implantation de la stratégie du PAR de santé publique de Lanaudière 2009-2012
consistant à soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être**

Thème 1. Les ancrages de la stratégie / de l'action intersectorielle

Sous-thèmes	# des participants	Contenu de la discussion (mots clés)	Compréhension du thème (+ ou -)	Non verbal (+ ou -)	Ambiance générale, dynamique & relations entre participants (+ ou -)	Durée
1.1 Ce que les acteurs savent de la stratégie / de l'AI (connaissances, représentations)						
1.2 Comment les acteurs se situent par rapport à la stratégie / à l'AI (reconnaissance et appropriation)						

**Guide d'observation des groupes de discussion de la phase 3 (bloc 2 : externe de la DSP)
Évaluation d'implantation de la stratégie du PAR de santé publique de Lanaudière 2009-2012
consistant à soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être**

Thème 2. La mise en œuvre de la stratégie / de l'action intersectorielle

Sous-thèmes	# des participants	Contenu de la discussion (mots clés)	Compréhension du thème (+ ou -)	Non verbal (+ ou -)	Ambiance générale, dynamique & relations entre participants (+ ou -)	Durée
2.1 État de situation général						

Guide d'observation des groupes de discussion de la phase 3 (bloc 2 : externe de la DSP)
Évaluation d'implantation de la stratégie du PAR de santé publique de Lanaudière 2009-2012
 consistant à soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être

Thème 2. La mise en œuvre de la stratégie / de l'action intersectorielle

Sous-thèmes	# des participants	Contenu de la discussion (mots clés)	Compréhension du thème (+ ou -)	Non verbal (+ ou -)	Ambiance générale, dynamique & relations entre participants (+ ou -)	Durée
2.2 Les éléments qui facilitent la mise en œuvre de la stratégie / de l'AI						
2.3 Les éléments qui font obstacle à la mise en œuvre de la stratégie / de l'AI						

**Guide d'observation des groupes de discussion de la phase 3 (bloc 2 : externe de la DSP)
Évaluation d'implantation de la stratégie du PAR de santé publique de Lanaudière 2009-2012
consistant à soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être**

Thème 3. Les retombées de la stratégie / de l'action intersectorielle

Sous-thèmes	# des participants	Contenu de la discussion (mots clés)	Compréhension du thème (+ ou -)	Non verbal (+ ou -)	Ambiance générale, dynamique & relations entre participants (+ ou -)	Durée
3.1 Ce que c'est supposé donner						
3.2 Ce que ça donne effectivement						

**Guide d'observation des groupes de discussion de la phase 3 (bloc 2 : externe de la DSP)
Évaluation d'implantation de la stratégie du PAR de santé publique de Lanaudière 2009-2012
consistant à soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être**

Thème 3. Les retombées de la stratégie / de l'action intersectorielle

Sous-thèmes	# des participants	Contenu de la discussion (mots clés)	Compréhension du thème (+ ou -)	Non verbal (+ ou -)	Ambiance générale, dynamique & relations entre participants (+ ou -)	Durée
3.3 La possibilité de mesurer les effets de la stratégie, de l'AI						

Commentaires divers

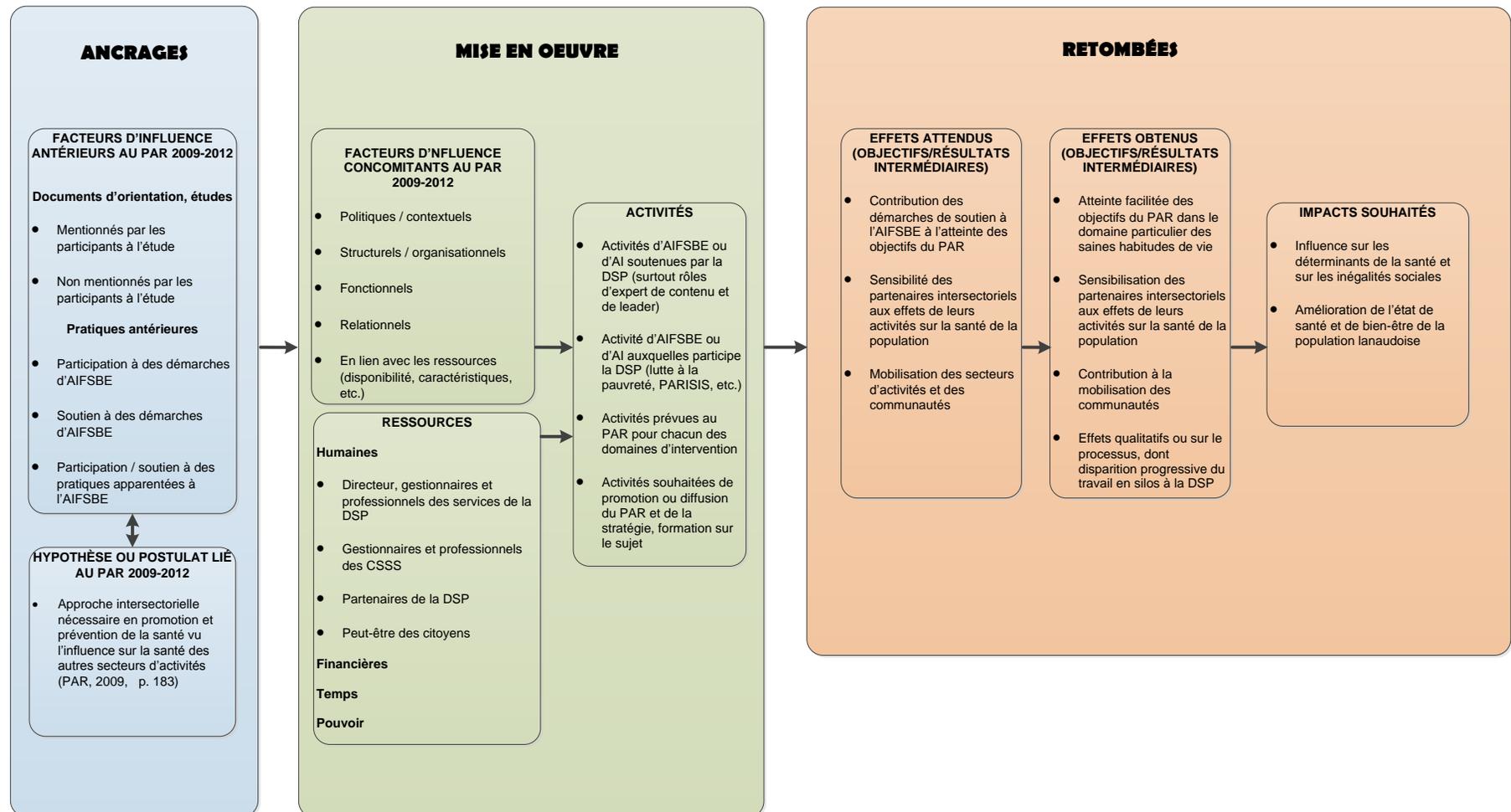
--

Schéma des ____ participants autour de la table (1 numéro pour chacun + «A» pour animateur + «O» pour observatrice)	Correspondance prénoms- numéros
	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____ 11. _____ 13. _____ 14. _____ 15. _____ 16. _____ 17. _____ 18. _____ 19. _____ 20. _____

ANNEXE 20

**Modèle logique de la stratégie de soutien à l'AIFSBE
du PAR 2009-2012 de santé publique de Lanaudière
des acteurs de la DSP**

**Modèle logique de la stratégie de soutien à l'AIFSBE du PAR 2009-2012 de santé publique de Lanaudière
des acteurs de la DSP
Vue d'ensemble**



**Modèle logique de la stratégie de soutien à l'AIFSBE du PAR 2009-2012
de santé publique de Lanaudière des acteurs de la DSP
Détail des facteurs d'influence associés aux ancrages de la stratégie – 1**

FACTEURS D'INFLUENCE ANTÉRIEURS AU PAR 2009-2012

Documents d'orientation et études mentionnés par les participants à l'étude

Niveau international et fédéral

- La Charte d'Ottawa (OMS, novembre 1986)

Niveau national (Québec)

- *La Politique de la santé et du bien-être (PSBE)* (1992)
- *La Loi sur les services de santé et les services sociaux* (mise à jour 2003)

Niveau Régional (Lanaudière)

- Le PAR de Lanaudière 2004-2007 (2003)
- *Le Rapport du Directeur de santé publique de Lanaudière* (2007)

Documents d'orientation et études non mentionnés par les participants à l'étude

« *Il en existe et on y fait confiance.* »

Niveaux canadien et international

- Le rapport Lalonde (1975) (Diffusé en 1975 mais le rapport a été produit en avril 1974)
- La Déclaration d'Alma-Ata (OMS, septembre 1978)
- La santé pour tous (1986)
- Les Recommandation d'Adélaïde (OMS, 1988)
- La promotion de la santé pour tous (1990)
- La Déclaration de Sundsvall (OMS, 1991)
- La Conférence de Halifax (OMS, 1997)
- La Conférence de Jakarta (OMS, 1997)
- La Déclaration de Mexico (OMS, 2000)
- La Charte de Bangkok (OMS, août 2005)
- La santé dans toutes les politiques (UE, 2006)
- Le *Programme national de santé publique (PNSP) 2003-2012*. Mise à jour 2008 (2008): « Soutenir l'AIFSBE »

Niveau national (Québec)

- *Les Priorités nationales de santé publique (PNSP) 1997-2002* (1997)
- *La Loi sur la santé publique* (2001)
- Le *Programme national de santé publique (PNSP) 2003-2012* (2003) : « Participer aux AIFSBE »

Niveau régional (Lanaudière)

- *Le Plan d'action régional dans Lanaudière 1995-1998 de la PSBE* (1995)
- *Le Programme régional de santé publique de Lanaudière 1997-2002* (1998)

**Modèle logique de la stratégie de soutien à l'AIFSBE du PAR 2009-2012
de santé publique de Lanaudière des acteurs de la DSP
Détail des facteurs d'influence associés aux ancrages de la stratégie – 2**

PRATIQUES ANTÉRIEURES AU PAR 2009-2012

Pratiques mentionnées par les participants à l'étude

Participation à des AIFSBE

- Façon de fonctionner développée depuis des années
- avec le Groupe de travail en sécurité routière de Lanaudière (1987-1999)
- Forum régional sur le développement social de Lanaudière (1998)
- avec le Comité régional École en santé (2005-2007)
- avec la Table des partenaires du développement social de Lanaudière (TPDSL) (1999-2009)

Soutien à l'AIFSBE

- Service de surveillance, recherche et évaluation comités de recherche et évaluation, données de surveillance
- Orientation de soutenir l'AI du 2e PAR associée à la nouvelle gouvernance publique de 2001

Participation/soutien à des pratiques apparentées à l'AIFSBE

- Réponse à des demandes urgentes et avis (domaines de protection de la santé)
- Pratiques impliquant plutôt des contacts ou collaborations avec des partenaires uniques, sans comités ou tables de concertation (MAMROT, MAPAQ, MRC, etc.)

Pratiques non mentionnées par les participants à l'étude

Participation à des AIFSBE

- Herbe à poux (1988)
- Avec le CRÉVALE (2003-2009)
- Avec le PLI (2009)

Soutien à l'AIFSBE

- Avec le réseau d'animation en développement durable de Lanaudière (RADDL)

HYPOTHÈSE OU POSTULAT LIÉ AU PAR 2009-2012

« Plusieurs des moyens reconnus pour agir sur la santé et le bien-être de la population débordent le champ d'action strict du secteur des services de santé et des services sociaux. La promotion de la santé et la prévention de nombreux problèmes requièrent donc l'engagement et la participation des acteurs de plusieurs secteurs d'activité. C'est pourquoi, il devient nécessaire de développer une vision globale, ou intersectorielle, pour mettre ensemble toutes les pièces nécessaires, regrouper les ressources et les expertises requises. » (PAR, 2009, p. 183)

**Modèle logique de la stratégie de soutien à l'AIFSBE du PAR 2009-2012
de santé publique de Lanaudière des acteurs de la DSP
Détail des facteurs d'influence associés à la mise en œuvre**

FACTEURS D'INFLUENCE CONCOMITANTS AU PAR 2009-2012*

Politiques / contextuels

- Modifications structurelles dans le réseau SSS depuis 2001
- Volonté politique
- Politique gouvernementale associée à du soutien financier

Structurels / organisationnels

- Cadre de travail propre à chacun des services ou domaines d'intervention de la DSP
- Niveau d'intervention (local, régional ou national)
- Influence des législations
- Leadership du directeur de santé publique

Fonctionnels

- Cadre de travail propre à chacun des services ou domaines d'intervention de la DSP
- Reconnaissance aux employés participants, par leurs employeurs, du temps nécessaire à cette participation
- Définition au départ des modes de fonctionnement, des rôles de chacun, d'un mandat précis et d'un échéancier
- Se doter d'objectifs communs et développer un langage commun

Relationnels

- Connaître et apprivoiser les personnes
- Manifester de l'ouverture et de l'écoute
- Transmission de l'expertise sur l'AI aux nouveaux employés

En lien avec les ressources

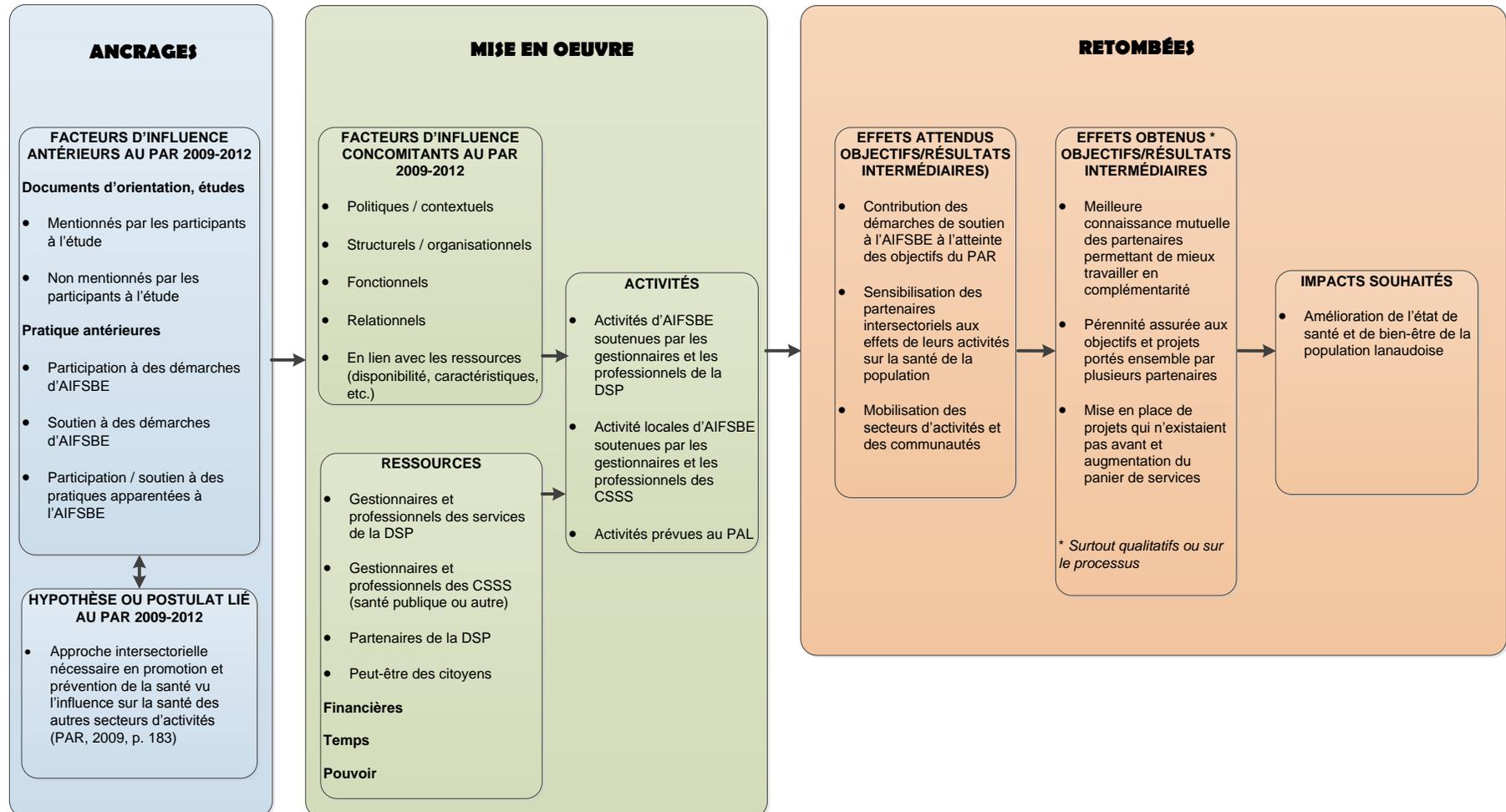
- Importance des ressources humaines, financières, en temps, énergie et information
- Caractère interrelié de toutes ces différentes ressources

* Facteurs favorisant et limitant la mise en œuvre de la stratégie

ANNEXE 21

**Modèle logique de la stratégie de soutien à l'AIFSBE
du PAR 2009-2012 de santé publique de Lanaudière
des acteurs des CSSS**

**Modèle logique de la stratégie de soutien à l'AIFSBE du PAR 2009-2012 de santé publique de Lanaudière
des acteurs des CSSS
Vue d'ensemble**



**Modèle logique de la stratégie de soutien à l'AIFSBE du PAR 2009-2012
de santé publique de Lanaudière des acteurs des CSSS
Détail des facteurs d'influence associés aux ancrages de la stratégie – 1**

FACTEURS D'INFLUENCE ANTÉRIEURS AU PAR 2009-2012

Documents d'orientation et études mentionnés par les participants à l'étude

Niveau local

- Plan d'action local (PAL) de santé publique du CSSS du Sud de Lanaudière (2012)
- Plan d'action local (PAL) de santé publique du CSSS du Nord de Lanaudière (non encore publié)

Documents d'orientation et études non mentionnés par les participants à l'étude

Niveaux canadien et international

- Le rapport Lalonde (1975) (Diffusé en 1975 mais le rapport a été produit en avril 1974)
- La Déclaration d'Alma-Ata (OMS, septembre 1978)
- La Charte d'Ottawa (OMS, novembre 1986)
- La santé pour tous (1986)
- Les Recommandation d'Adélaïde (OMS, 1988)
- La promotion de la santé pour tous (1990)
- La Déclaration de Sundsvall (OMS, 1991)
- La Conférence de Halifax (OMS, 1997)
- La Conférence de Jakarta (OMS, 1997)
- La Déclaration de Mexico (OMS, 2000)
- La Charte de Bangkok (OMS, août 2005)
- La santé dans toutes les politiques (UE, 2006)

Niveau national (Québec)

- *La Politique de la santé et du bien-être (PSBE) (1992)*
- *Les Priorités nationales de santé publique (PNSP) 1997-2002 (1997)*
- *La Loi sur la santé publique (2001)*
- *La Loi sur les services de santé et les services sociaux (mise à jour 2003)*
- *Le Programme national de santé publique (PNSP) 2003-2012 (2003) : « Participer aux AIFSBE »*
- *Le Programme national de santé publique (PNSP) 2003-2012. Mise à jour 2008 (2008) : « Soutenir l'AIFSBE »*

Niveau régional (Lanaudière)

- *Le Plan d'action régional dans Lanaudière 1995-1998 de la PSBE (1995)*
- *Le Programme régional de santé publique de Lanaudière 1997-2002 (1998)*
- *Qualité de vie de la population et développement local. Perspectives pour la réflexion (1999)*
- *Le PAR de Lanaudière 2004-2007 (2003)*

**Modèle logique de la stratégie de soutien à l'AIFSBE du PAR 2009-2012
de santé publique de Lanaudière des acteurs des CSSS
Détail des facteurs d'influence associés aux ancrages de la stratégie – 2**

PRATIQUES ANTÉRIEURES ET CONCOMITANTES AU PAR 2009-2012

Pratiques antérieures mentionnées par les participants à l'étude

Participation à des AIFSBE

- Programme SIPPE
- Québec Enfants et Fondation Lucie et André Chagnon

Soutien à des AIFSBE

- De la DSP aux CSSS
- Des CSSS à leurs partenaires : persévérance scolaire, saines habitudes de vie avec DSP

Participation/soutien à des pratiques apparentées à l'AIFSBE

- Intervention clinique nécessitant des partenariats intersectoriels

Pratique non mentionnées par les participants à l'étude

Participation à des AIFSBE

- Avec la Table des partenaires du développement social de Lanaudière (TPDSL) (1999-)
- Avec CRÉVALE(2003-)
- Avec le PLI (2009-)
- Avec les comités locaux et régional École en santé

Participation / Soutien à des pratiques apparentées à l'AIFSBE

- AI « tout court »
- Concertation
- Partenariat
- Collaboration

HYPOTHÈSE OU POSTULAT LIÉ AU PAR 2009-2012

« Plusieurs des moyens reconnus pour agir sur la santé et le bien-être de la population débordent le champ d'action strict du secteur des services de santé et des services sociaux. La promotion de la santé et la prévention de nombreux problèmes requièrent donc l'engagement et la participation des acteurs de plusieurs secteurs d'activité. C'est pourquoi, il devient nécessaire de développer une vision globale, ou intersectorielle, pour mettre ensemble toutes les pièces nécessaires, regrouper les ressources et les expertises requises. » (PAR, 2009, p. 183)

**Modèle logique de la stratégie de soutien à l'AIFSBE du PAR 2009-2012
de santé publique de Lanaudière des acteurs des CSSS
Détail des facteurs d'influence associés à la mise en œuvre de la stratégie**

FACTEURS D'INFLUENCE CONCOMITANTS AU PAR 2009-2012

Politiques / contextuels

- Restructuration du réseau SSS
- Mise en garde concernant l'influence du pouvoir financier

Structurels / organisationnels

- Cadre de travail propre à chacun des domaines d'intervention, des programmes ou des disciplines
- Marge de manœuvre nécessaire aux gestionnaires terrain

Fonctionnels

- Connaissance du PAR, du PAL et de la stratégie de soutien à l'AIFSBE
- Reconnaissance aux employés participants, par leurs employeurs, du temps nécessaire à cette participation
- Définition au départ des modes de fonctionnement, des rôles de chacun, d'un mandat précis et d'un échéancier
- Se doter d'objectifs communs et développer un langage commun

Relationnels

- Importance de la mobilisation des gens du milieu
- Habitude de travailler ensemble et de se parler conduisant à une connaissance des réalités des différents réseaux
- Le fait de porter ensemble les projets favorisant la pérennité des objectifs et projets

En lien avec les ressources

- Concernant les ressources humaine: cibler les personnes les plus appropriées et rôle-clé des organisateurs communautaires

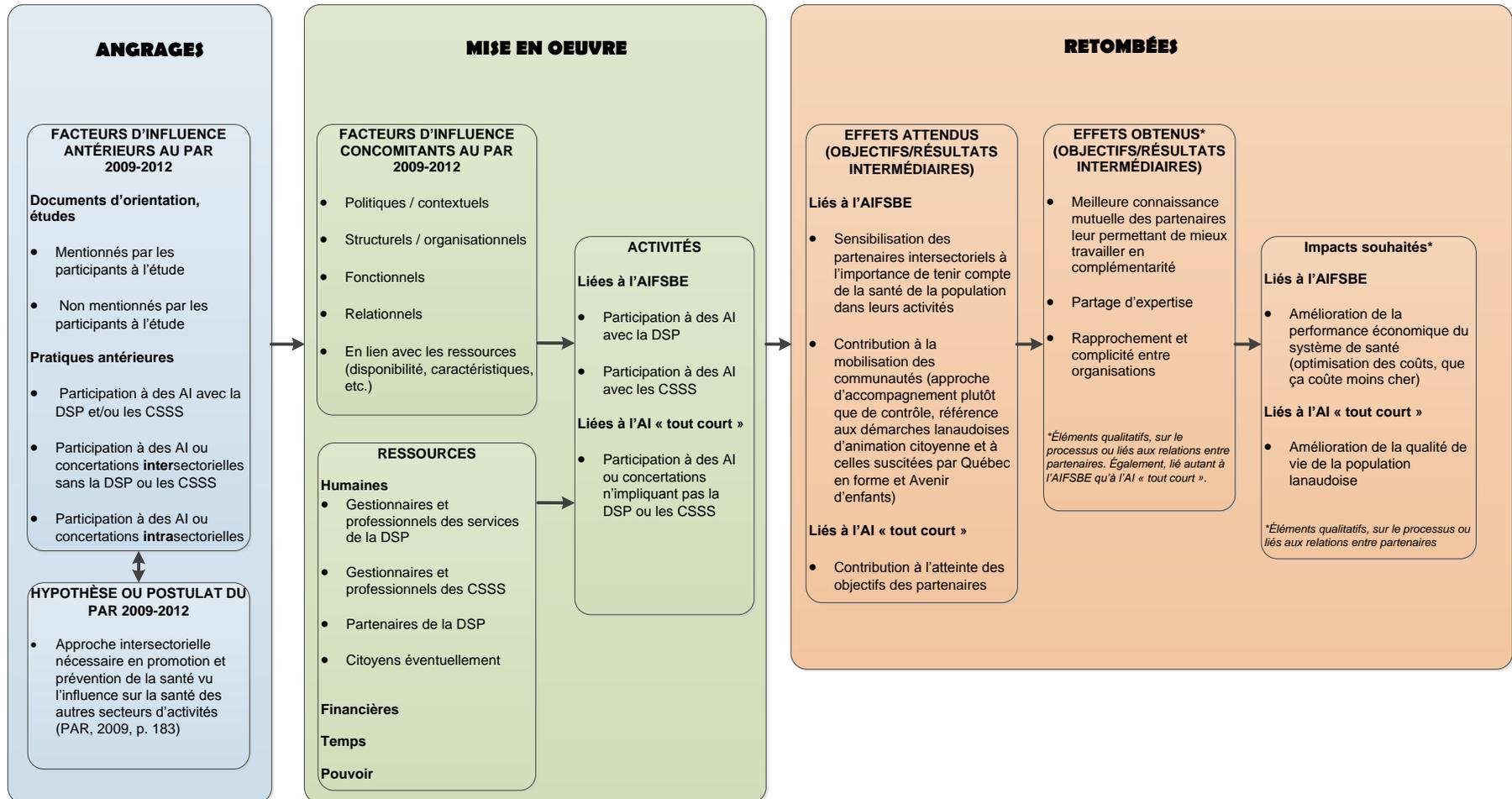
* Facteurs favorisant et limitant la mise en œuvre de la stratégie

ANNEXE 22

**Modèle logique de la stratégie de soutien à l'AIFSBE
du PAR 2009-2012 de santé publique de Lanaudière
des partenaires intersectoriels de la DSP**

Modèle logique de la stratégie de soutien à l'AIFSBE du PAR 2009-2012 de santé publique de Lanaudière
des partenaires intersectoriels de la DSP

Vue d'ensemble



**Modèle logique de la stratégie de soutien à l'AIFSBE du PAR 2009-2012
de santé publique de Lanaudière des partenaires intersectoriels de la DSP
Détail des facteurs d'influence associés aux ancrage de la stratégie – 1**

FACTEURS D'INFLUENCE ANTÉRIEURS AU PAR 2009-2012

Documents d'orientation et études mentionnés par les participants à l'étude

- Allusion, sans référence précise, à des documents d'orientation propres aux secteurs auxquels sont rattachés les partenaires

Documents d'orientation et études non mentionnés par les participants à l'étude

- L'ensemble des documents se rapportant au secteur de la santé et des services sociaux

**Modèle logique de la stratégie de soutien à l'AIFSBE du PAR 2009-2012 de santé publique de
Lanaudière des partenaires intersectoriels de la DSP
Détail de facteurs d'influence associés aux ancrages de la stratégie - 2**

PRATIQUES ANTÉRIEURES ET CONCOMITANTES AU PAR 2009-2012

Pratiques mentionnées par les participants à l'étude

Participation à des AIFSBE ou connaissance de l'existence de telles pratiques

- avec la TPDSL (1999-)
- avec le PLI (2009-)
- avec le PARSIS (2010-)
- avec le CRÉVALE (2003-)
- avec la TROCL (1995-)

Participation à des pratiques apparentées à l'AIFSBE

- AI ne visant pas nécessairement l'amélioration de la santé ou du bien-être
- Concertation
- Collaboration

Pratiques non mentionnées par les participants à l'étude

- Herbe à poux (1988)
- Avec le Groupe de travail en sécurité routière de Lanaudière (1987-1999)
- Le Comité régional École en santé

HYPOTHÈSE OU POSTULAT LIÉ AU PAR 2009-2012

« Plusieurs des moyens reconnus pour agir sur la santé et le bien-être de la population débordent le champ d'action strict du secteur des services de santé et des services sociaux. La promotion de la santé et la prévention de nombreux problèmes requièrent donc l'engagement et la participation des acteurs de plusieurs secteurs d'activité. C'est pourquoi, il devient nécessaire de développer une vision globale, ou intersectorielle, pour mettre ensemble toutes les pièces nécessaires, regrouper les ressources et les expertises requises. » (PAR, 2009, p. 183)

**Modèle logique de la stratégie de soutien à l'AIFSBE du PAR 2009-2012
de santé publique de Lanaudière des partenaires intersectoriels de la DSP
Détail des facteurs d'influence associés à la mise en œuvre de la stratégie**

FACTEURS D'INFLUENCE CONCOMITANTS AU PAR 2009-2012

Politiques / contextuels

- Restructuration du réseau SSS
- Mise en garde concernant l'influence du pouvoir financier

Structurels / organisationnels

- Cadre de travail propre à chacun des domaines d'intervention, des programmes ou des disciplines
- Marge de manœuvre nécessaire aux gestionnaires terrain

Fonctionnels

- Connaissance du PAR, du PAL et de la stratégie de soutien à l'AIFSBE
- Reconnaissance aux employés participants, par leurs employeurs, du temps nécessaire à cette participation
- Définition au départ des modes de fonctionnement, des rôles de chacun, d'un mandat précis et d'un échéancier
- Se doter d'objectifs communs et développer un langage commun

Relationnels

- Importance de la mobilisation des gens du milieu
- Habitude de travailler ensemble et de se parler conduisant à une connaissance des réalités des différents réseaux
- Le fait de porter ensemble les projets favorisant la pérennité des objectifs et projets

En lien avec les ressources

- Concernant les ressources humaine: cibler les personnes les plus appropriées et rôle-clé des organisateurs communautaires

** Facteurs favorisant et limitant la mise en œuvre de la stratégie*

