

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 d'évaluation



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 d'évaluation*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2014, 118 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 : 978-2-89669-232-3 (imprimée)

978-2-89669-233-0 (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 et ses résultats, le présent **rapport d'évaluation** fait état des principaux éléments de l'étude, dont une mise en contexte de sa réalisation, les choix méthodologiques retenus, ainsi que les principaux résultats obtenus, suivis par une synthèse et une discussion. Enfin, des orientations en lien avec la stratégie à l'étude sont proposées au Directeur de santé publique et à son comité de gestion.

Également, un **rapport détaillé** (Poissant, 2014b) expose de façon plus élaborée l'ensemble de la démarche d'évaluation. On y retrouve les mêmes éléments que dans le rapport de base : mise en contexte et cadre général de l'étude (type d'étude, population à l'étude, stratégie), résultats détaillés aux différentes étapes de la collecte des données, synthèse et discussion, puis orientations proposées. En outre, ce document intègre en annexe les différents outils de collecte des données ainsi que des tableaux présentant les résultats détaillés d'un questionnaire adressé aux partenaires de la DSP.

Également, une **synthèse** (Poissant, 2014c) résume 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.

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

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.

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 lanaudois 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 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 (jusqu'en juillet 2013) et Jean-Pierre Trépanier.

Puis, dans le cadre de la collecte des données, les membres 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 (groupe de discussion et questionnaire) et de leur traitement. Mario Paquet 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'autre étaient intersectoriels.

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

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
1. CADRE GÉNÉRAL	13
1.1 Contexte de l'étude	13
1.2 Type d'étude	14
1.3 Méthodologie	15
2. LE MODÈLE LOGIQUE INITIAL DE LA STRATÉGIE	19
2.1 Les facteurs d'influence antérieurs au PAR 2009-2012	19
2.2 Les facteurs d'influence concomitants au PAR 2009-2012	21
2.3 Les activités réalisées	22
2.4 Les résultats de production	22
2.5 Les effets attendus	23
2.6 Les impacts souhaités	23
3. ANALYSE GLOBALE	25
3.1 La stratégie du point de vue des acteurs de la DSP	25
3.1.1 Les ancrages de la stratégie	25
3.1.2 La mise en œuvre de la stratégie	28
3.1.3 Les retombées de la stratégie	33
3.1.4 Le modèle logique des acteurs de la DSP	35
3.2 La stratégie du point de vue des acteurs des CSSS	38
3.2.1 Les ancrages de la stratégie	38
3.2.2 La mise en œuvre de la stratégie	42
3.2.3 Les retombées de la stratégie	46
3.2.4 Le modèle logique des acteurs des CSSS	49
3.3 L'action intersectorielle du point de vue des partenaires intersectoriels	51
3.3.1 Les ancrages de la stratégie	51
3.3.2 La mise en œuvre de la stratégie	53
3.3.4 Le modèle logique des partenaires intersectoriels	59
3.4 Éléments de rétroaction	61
3.4.1 Sur les ancrages de la stratégie	61
3.4.2 Sur la mise en œuvre de la stratégie	63

3.4.3... Sur les retombées de la stratégie	64
4. SYNTHÈSE ET DISCUSSION	67
4.1 Retour sur les modèles logiques	67
4.2 À propos des ancrages de la stratégie	70
4.3 À propos de la mise en œuvre de la stratégie	72
4.4 À propos des retombées de la stratégie	75
CONCLUSION ET ORIENTATIONS	79
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	83
Annexe 1	87
Annexe 2	91
Annexe 3	95
Annexe 4	101
Annexe 5	107
Annexe 6	113

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 Les sources d'information utilisées pour documenter chacun des objets d'évaluation
- Annexe 2 Le déroulement chronologique de la collecte des données
- Annexe 3 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
- Annexe 4 Modèle logique de la stratégie de soutien à l'AIFSBE du PAR 2009-2012 de santé publique de Lanaudière des acteurs de la DSP
- Annexe 5 Modèle logique de la stratégie de soutien à l'AIFSBE du PAR 2009-2012 de santé publique de Lanaudière des acteurs des CSSS
- Annexe 6 Modèle logique de la stratégie de soutien à l'AIFSBE du PAR 2009-2012 de santé publique de Lanaudière des partenaires de la DSP

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-être 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 quatre principales parties. La première expose le cadre général de l'étude : contexte de sa réalisation, type d'étude, ainsi que méthodologie. La seconde explique le modèle logique initial, élaboré à partir d'éléments collectés dans le cadre de la revue de littérature et de la recherche documentaire.

La troisième partie du document est consacrée à l'analyse globale des résultats obtenus. Ceux-ci sont présentés dans trois sections successives consacrées respectivement à chacun des trois groupes d'acteurs visés par l'évaluation. Ce sont : 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 organisations partenaires de la DSP. Chacune de ces trois sections se termine par la présentation d'une version distincte du modèle logique de la stratégie illustrant le positionnement particulier du groupe en cause par rapport à cette stratégie.

En quatrième 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.

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

En 2011, afin de répondre au mandat d'évaluation du *Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2009-2012 de Lanaudière* (ASSS de Lanaudière, 2009), le Service de surveillance, recherche et évaluation de la DSP de Lanaudière a proposé de s'intéresser particulièrement à la stratégie de soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être (AIFSBE) préconisée dans ce document d'orientation.

La pertinence de ce projet d'évaluation, portant sur une stratégie transversale dans le PAR et prescrite à l'ensemble des acteurs de la DSP, a été confirmée par des acteurs-clés de l'organisation. Ceux-ci étaient des membres d'un comité interne de la DSP ayant déjà amorcé une réflexion en vue d'optimiser la stratégie visée, en lien avec le développement durable des communautés².

Au moment de la formulation du projet d'évaluation, d'autres acteurs régionaux s'intéressaient également à des thématiques apparentées et on observait un foisonnement d'études et de réflexions sur le sujet (Côté, Saint-Louis et Bourque, 2010; Guernon, Guédon et Malboeuf, 2009; Sénécal et collaborateurs, 2010; Bourque, 2008). Plusieurs partenaires de la DSP avaient d'ailleurs exprimé maintes fois des questionnements à propos de leur propre engagement dans différentes démarches et instances de concertation. Pour certaines de ces organisations, des démarches formelles d'évaluation comportant aussi d'autres objets d'évaluation étaient déjà envisagées. C'était le cas notamment pour le Comité régional pour la valorisation de l'éducation (CRÉVALE), la Table des partenaires du développement social de Lanaudière (TPDSL) et le Plateau lanaudois intersectorie³ (PLI) sur les saines habitudes de vie.

Ce contexte avait amené le Service de surveillance, recherche et évaluation de la DSP à suggérer un arrimage de son projet d'évaluation à ceux de ses principaux partenaires, (le CRÉVALE, la TPDSL, le PLI et le comité régional 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'action intersectorielle (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

² Notons 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

³ Cette instance non incorporée, en lien avec Québec en Forme, est coordonnée par l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière.

abandonnée. L'étude évaluative réalisée s'est donc concentrée sur la perspective intéressant la santé publique.

On peut noter que des éléments de contexte complémentaires ont été collectés, dans le cadre de l'évaluation, par les moyens de la revue de littérature et de la recherche documentaire. On trouvera notamment, dans les Fascicules 1 et 2 (Poissant, 2013 et 2014a), des informations sur l'origine du concept d'AIFSBE dans le domaine de la santé publique, ainsi que sur les principales démarches de ce type ou apparentées auxquelles ont pris part ou qu'ont soutenues les acteurs de la DSP de Lanaudière au cours des années. Toutefois, d'autres 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 PAL⁴ de santé publique de Lanaudière.

1.2 Type d'étude

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 depuis de nombreuses années par les instances nationales et internationales de santé publique.

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 l'emploi inégal de ces pratiques 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.

À l'aide du comité d'évaluation, baptisé comité ESSAI (pour Évaluation de la Stratégie de Soutien à l'Action Intersectorielle) quatre objectifs généraux ont été formulés :

⁴ 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 non encore adopté, ni même discuté.

1. Ébaucher un modèle logique reposant sur la théorie sous-tendue par la stratégie du PAR consistant à soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être.
2. Documenter le processus d'appropriation et de mise en œuvre de la stratégie par les acteurs de la DSP (gestionnaires et professionnels).
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.
4. Documenter l'articulation entre la stratégie du PAR consistant à soutenir l'action intersectorielle et les objectifs propres visés par les partenaires de la DSP par les moyens de la concertation, du partenariat et de l'action intersectorielle.

L'étude réalisée a pris la forme d'une évaluation d'implantation. La démarche s'est concentrée ainsi sur le processus qui conduisait (ou non) aux résultats attendus. Elle visait d'abord à mettre en évidence les conditions qui facilitaient la mise en œuvre de la stratégie ou y faisaient obstacle, donc qui concouraient ou non à l'atteinte des résultats visés.

Également, conformément à l'approche préconisée par le Service de surveillance, recherche et évaluation de la DSP de Lanaudière, l'évaluation a été réalisée dans une perspective participative et formative. Le comité ESSAI a donc été mis sur pied afin de suivre, de soutenir et de valider les différentes étapes de l'étude. Il était composé de gestionnaires et de professionnels de la DSP de Lanaudière. Quant à la dimension formative de l'évaluation, elle supposait une rétroaction continue avec les acteurs concernés, au fur et à mesure de la progression de la démarche, en vue de leur permettre d'utiliser les résultats pour ajuster les pratiques. Elle s'est concrétisée notamment : par les échanges lors des groupes de discussion; par la présentation occasionnelle, à l'ensemble du personnel de la DSP, de l'état d'avancement de l'évaluation; et par la tenue d'un groupe de discussion de rétroaction.

1.3 Méthodologie

Trois méthodes principales de collecte de données ont été employées en combinaison, auprès de trois groupes d'acteurs : ceux de la DSP de Lanaudière, ceux des partenaires intrasectoriels de la DSP, et ceux de ses partenaires intersectoriels. Ces trois méthodes ont été intégrées à six étapes successives de l'étude. Il s'agit de la recherche documentaire, du groupe de discussion et du questionnaire. On trouvera respectivement, aux annexes 1 et 2, une présentation schématisée des sources d'information utilisées pour documenter les objets d'évaluation ciblés, ainsi que des principaux blocs et phases du déroulement de l'étude.

La **recherche documentaire** a été réalisée principalement au cours d'une phase préliminaire, à partir d'écrits scientifiques et de publications organisationnelles (bilans, rapports, etc.). Les informations recueillies ont servi à l'élaboration de la *Proposition d'évaluation* initiale (Poissant, 2011), puis à la construction d'un modèle logique initial de la stratégie de soutien à l'AIFSBE du PAR 2009-2012 de santé publique de Lanaudière (partie 1 du présent rapport), à la publication de deux fascicules (Poissant, 2013 et 2014a), à l'analyse globale des résultats (partie 2), ainsi qu'à leur synthèse et à leur discussion (partie 3).

Par la suite, la démarche d'évaluation a comporté cinq autres phases réparties en trois blocs. Le Bloc 1 était consacré à l'étude de la stratégie du point de vue des acteurs « de l'interne » de la DSP. Quatre **groupes de discussion** ont alors été réalisés, soit un avec les gestionnaires, puis trois avec les services et équipes de l'organisation (intervenants et gestionnaires). Au cours de cette deuxième phase de la démarche, au printemps et à l'automne 2011, 27 personnes ont été rencontrées.

Le Bloc 2 explorait le point de vue sur la stratégie des acteurs « de l'externe » de la DSP. Deux groupes d'acteurs distincts étaient ciblés : les partenaires intersectoriels de la DSP et ses partenaires intrasectoriels (rattachés aux CSSS). Ce deuxième bloc comportait trois phases. Au cours de la phase 3, au printemps 2012, un **groupe de discussion** a été tenu avec 11 personnes représentant des partenaires intersectoriels de la DSP. Puis, à la phase 4, à l'hiver 2013, deux **groupes de discussion** ont été réalisés avec des partenaires intrasectoriels de la DSP. Chacun réunissait des représentants (gestionnaires et intervenants) d'un des deux CSSS de Lanaudière. Dans les deux cas, huit participants étaient présents. Enfin, un **questionnaire en ligne** visant les partenaires intrasectoriels et intersectoriels de la DSP a été administré à la phase 5 de l'étude. Il avait pour but de préciser et de valider auprès d'un plus grand nombre de personnes et d'organisations partenaires les informations obtenues dans le cadre des groupes de discussion. Au total, 232 questionnaires ont été remplis par des répondants représentant 46 % des 506 personnes ciblées.

Le dernier bloc de l'évaluation était complémentaire aux précédents. Il comportait une seule phase de collecte de données (la phase 6) consacrée à un **groupe de discussion de rétroaction** réunissant des acteurs des trois groupes à l'étude. La rencontre a eu lieu au printemps 2014, et 16 personnes y ont participé.

L'**analyse des données** a été réalisée en fonction du type de données. Le contenu des groupes de discussion a été soumis à une analyse de contenu qualitative, à partir de transcriptions intégrales des échanges. Les données provenant du questionnaire ont été traitées à l'aide du logiciel SPSS. Une analyse préliminaire a été effectuée après chacune des phases de la collecte. Avant l'analyse globale de l'ensemble des résultats, ceux obtenus à chacune de ces phases ont servi à la préparation de la phase suivante, notamment à l'élaboration d'outils de collecte.

Le **modèle logique** a aussi été employé en tant que méthode d'analyse complémentaire. Ainsi, dans la foulée de l'analyse de contenu, un modèle logique a été élaboré pour chacun des trois groupes d'acteurs, afin de mettre en évidence les principales particularités de ses rapports à la stratégie.

Outre le présent document, un rapport plus complet a été produit (Poissant, 2014a). Les résultats détaillés de chacune des phases de l'évaluation y sont présentés, en fonction des thématiques et des trois groupes d'acteurs. On y trouve également, en annexe, les outils de collecte utilisés.

2. LE MODÈLE LOGIQUE INITIAL DE LA STRATÉGIE

Le modèle logique initial de la stratégie de soutien à l'AIFSBE (annexe 3, p. 93) a 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 aussi 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 l'élaboration 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 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).

2.2 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.

2.3 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.

2.4 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.

2.5 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.

2.6 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.

3. ANALYSE GLOBALE

Cette deuxième partie du rapport d'évaluation est consacrée à l'analyse globale des principaux résultats de l'étude. Elle combine ceux qui ont été obtenus par le moyen des groupes de discussion ayant réuni des acteurs des trois groupes visés (de la DSP, de l'intrasectoriel et de l'intersectoriel), et ceux obtenus à l'aide du questionnaire adressé aux organisations partenaires de la DSP (de l'intrasectoriel et de l'intersectoriel).

Les informations relatives à chacun des trois groupes sont présentées successivement, dans trois sections distinctes. Il s'agit d'ébaucher un portrait général du positionnement de chacun de ces trois groupes à l'égard des trois principaux thèmes de l'évaluation : celui des ancrages de la stratégie, celui de sa mise en œuvre, puis celui de ses retombées.

Chacune des sections est complétée par la présentation d'un cadre logique propre au groupe d'acteurs concerné. Cet outil constitue une cristallisation, sous forme schématique ou illustrée, des principaux constats de l'étude se rapportant à ce groupe d'acteurs.

3.1 La stratégie du point de vue des acteurs de la DSP

Les acteurs de la DSP représentent le principal groupe ciblé par l'évaluation, en tant que responsables de la mise en œuvre de la stratégie de soutien à l'AIFSBE. Leurs rapports à cette stratégie, inscrite dans le PAR, c'est-à-dire un document d'orientation pour leur pratique, constituent un élément névralgique de l'évaluation.

Le point de vue de ces acteurs, sur les trois sous-thèmes retenus, a été obtenu uniquement par la méthode du groupe de discussion (n = 28⁵).

3.1.1 Les ancrages de la stratégie

Les ancrages de la stratégie, c'est-à-dire les fondements sur lesquels elle s'appuie ou le terreau dans lequel elle s'enracine, ont été abordés en tenant compte de quatre dimensions interreliées. Ce sont les connaissances et les représentations de la stratégie qu'avaient les acteurs, la pertinence qu'ils reconnaissaient à cette stratégie, ainsi que leur niveau d'appropriation de celle-ci. Dans l'analyse globale, un regroupement a conduit à retenir deux dimensions : ce que les acteurs savaient de la stratégie, puis comment ils se situaient par rapport à celle-ci.

⁵ Toutefois, trois coordonnateurs ont pris part à deux rencontres : une réunissant les gestionnaires de la DSP, et trois autres réunissant chacune une ou des équipes autour d'un coordonnateur.

Ce que ces acteurs savaient de la stratégie

Le PAR a été conçu comme un outil de travail destiné à baliser le travail des différents acteurs de la DSP en fonction d'orientations reliées au Programme national de santé publique (PNSP). Malgré cela, la **connaissance de cet outil** est apparue limitée.

- Celle du PAR est apparue variable entre les acteurs des différents services de la DSP responsables de domaines d'intervention spécifiques.
- Celle de la stratégie de soutien à l'AIFSBE, intégrée au PAR, était d'autant plus variable entre ces services.

Ces différences dans la connaissance du PAR et de la stratégie ont été expliquées par des **raisons associées aux mandats et aux conditions de pratique** des acteurs. Par exemple :

- Ceux des services de prévention et promotion, ainsi que de surveillance, recherche et évaluation ont fait état d'un recours spontané et naturel à l'AI. Ils ont souligné aussi qu'une culture de partenariat avait été développée par l'organisation lanauoise depuis de nombreuses années.
- Ceux des services de protection (santé au travail, santé environnementale et maladies infectieuses) ont invoqué des mandats très encadrés par des lois, de même que des priorités d'action fixées en fonction de ressources humaines limitées.

Les éléments de connaissance et de compréhension de la stratégie et de l'AI ont été **peu associés aux orientations du PAR**. Les informateurs tendaient à s'appuyer davantage sur leur expérience personnelle et organisationnelle. De leur point de vue, par exemple :

- La façon de faire de l'AI aurait évolué dans le sens d'une amélioration depuis plusieurs années. Le rôle des acteurs de la DSP serait moins celui d'experts consultés dans le cadre d'« interventions très pointues ».
- 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. Il a été question, notamment, de « construire ensemble » en participant; ainsi que de soutenir en « accompagnant des processus », en mettant en place les conditions permettant l'AI, en rendant disponibles des données ou en contribuant à alimenter des réflexions. L'orientation de soutenir l'AI a été expliquée aussi par le « changement de gouverne publique » survenu dans le système sociosanitaire depuis 2001.

- L'articulation des rôles des trois niveaux d'intervention (national, régional, local) à l'égard de la stratégie a été abordée d'un point de vue critique. Ont été déplorées notamment une approche trop « *top down* » du national envers le régional et une tendance à considérer le régional comme l'exécutant de politiques ou directives nationales, sans tenir suffisamment compte des impératifs de « *l'application terrain* ».

Dans leur effort pour **définir ou expliquer** la stratégie, les informateurs de la DSP :

- Ont fait référence à des termes ou expressions propres au domaine de la santé publique, tels les « *déterminants de la santé* », les « *leviers* » et le « *pouvoir d'agir* » sur la santé des autres secteurs d'intervention;
- Ont considéré qu'il y avait des interrelations entre la mise en œuvre de la stratégie et celle du développement des communautés (DC).

Le sous-thème des **fondements théoriques** de la stratégie n'a pas donné lieu à des discussions très élaborées.

- Les informateurs ne semblaient pas se considérer directement concernés par cet aspect.
- Ils semblaient s'en remettre en amont à des autorités scientifiques plus compétentes en la matière. Ils faisaient confiance aux études sur lesquelles s'appuyaient ces experts.

Comment ces acteurs se situaient par rapport à la stratégie

L'étude a porté aussi sur la **reconnaissance de la pertinence** de la stratégie par les acteurs. Les opinions émises à ce sujet par les informateurs de la DSP étaient plutôt positives. Toutefois, quelques nuances et précisions ont été apportées.

- Des écarts ont été signalés entre une certaine « pertinence de principe » et l'application concrète de la stratégie, en lien avec les domaines d'intervention de la santé publique. On y recourrait davantage dans les domaines liés à la prévention et à la promotion de la santé, et moins dans ceux de la protection.
- En général, les informateurs jugeaient que la stratégie demeurerait pertinente même dans les domaines où son application était le moins développée.
- La pertinence de la stratégie à tous les niveaux d'intervention a été moins systématiquement reconnue. Cette pertinence a cependant été soulignée pour le niveau national.

Le **niveau d'appropriation** de la stratégie par les acteurs a également été abordé et différentes variations dans l'appropriation ont été identifiées. Elles relevaient notamment :

- de circonstances historiques (valeurs de l'AI devenues fondamentales depuis une vingtaine d'années, puis jugées parfois compromises en fonction des dirigeants en poste);
- du type de poste occupé (professionnel davantage dans l'action, gestionnaire pouvant impulser la vision);
- des niveaux d'intervention (par exemple, plus développé au niveau régional);
- des domaines du PAR (par exemple, plus grande appropriation dans le domaine des saines habitudes de vie).

Des **facteurs susceptibles de faciliter** l'appropriation ont été relevés. Ils étaient de différentes natures :

- **organisationnelle** ou **structurelle** (par exemple, l'offre de formation);
- **fonctionnelle** (notamment l'ancienneté du personnel);
- **contextuelle** ou **politique** (par exemple, message clair descendant du ministère);
- **liée aux ressources** (notamment habiletés, compétences, temps).

Des **facteurs limitants** ont aussi été mentionnés. Ils étaient de natures :

- **structurelle** ou **organisationnelle** (par exemple, le travail en silos);
- **fonctionnelle** (par exemple, des caractéristiques des équipes de maladies infectieuses et de santé environnementale);
- **liée aux ressources** (notamment manque de temps, de financement, de ressources humaines).

3.1.2 La mise en œuvre de la stratégie

L'analyse de la mise en œuvre de la stratégie a été réalisée en fonction de deux dimensions principales. Il s'agit d'un état de situation général, ainsi que de l'identification d'un ensemble d'éléments susceptibles de faciliter cette mise en œuvre ou d'y faire obstacle.

État de situation

Selon les informateurs de la DSP, l'implantation de la stratégie et le recours à l'AI se **caractérisaient** notamment par :

- leur aspect évolutif et variable dans le temps;
- l'influence des changements survenus au cours des dernières années dans les structures du réseau de la santé et des services sociaux;
- une variation dans l'intensité de la mise en œuvre de la stratégie en fonction des domaines d'intervention de la santé publique, et donc des services de la DSP. Le Service de prévention et promotion a été identifié comme celui où la stratégie était le plus employée, et ceux de protection (respectivement santé au travail, puis santé environnementale et maladies infectieuses), comme les services où elle l'était le moins.

D'après ces informateurs aussi, la DSP disposait d'un **vaste bassin de partenaires** avérés, supposés et potentiels. De leur point de vue :

- L'ensemble de ces partenaires, des réseaux public et communautaire, couvrirait plusieurs secteurs d'activité et ils pourraient intervenir aux paliers national, régional ou local.
- Des citoyens, sur une base individuelle, pourraient peut-être se joindre à ces partenaires, selon des modalités à préciser.

Des objectifs organisationnels propres ont été reconnus à chacun des partenaires de la DSP prenant part à des démarches d'AI. Malgré cela, les informateurs ont considéré qu'on y observerait plus de **convergences** que de **divergences** entre ces organisations.

- Les points de divergence identifiés se rapportaient surtout à des éléments de culture organisationnelle (par exemple, en lien avec la communication et la circulation de l'information).
- Quelques organisations ont été identifiées comme étant celles avec lesquelles la DSP aurait le plus d'éléments de convergence, notamment : le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), les municipalités régionales de comté (MRC) et certains

organismes communautaires ayant une mission santé⁶. D'autres, comme celles avec lesquelles elle aurait davantage de divergences, soit le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP⁷) et le ministère des Transports (MTQ).

Le **partage des rôles, responsabilités et pouvoirs** entre les partenaires d'une AI 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, notamment financières, dont chacun dispose et le pouvoir qu'il peut exercer;
- l'importance (pouvoir décisionnel et qualités personnelles) des personnes mandatées pour représenter les organisations;
- l'aspect évolutif des pouvoirs dévolus à chacun;
- le problème de l'hyperconcertation;
- la reconnaissance plus fréquente à la DSP de trois rôles et responsabilités, par les informateurs de ce groupe : ceux d'expert de contenu, de leader et de soutien.

Facteurs facilitants et limitants

De nombreux éléments constituant des facteurs susceptibles de faciliter la mise en œuvre de la stratégie ou d'y faire obstacle ont été relevés. Leur analyse a consisté à les regrouper en fonction de cinq catégories. Ont ainsi été distingués des facteurs de types : contextuel ou politique, structurel ou organisationnel, fonctionnel, relationnel et en fonction des ressources.

Au sujet des **facteurs facilitants** :

- 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

⁶ Il faut noter que la question posée aux informateurs de l'interne de la DSP, lors des groupes de discussion de la phase 2 de l'étude, ciblait surtout les partenaires intersectoriels de l'organisation. Cela explique que les CSSS n'aient pas été identifiés comme des partenaires avec lesquels la DSP connaîtrait des convergences particulières.

⁷ En mai 2014, le MDDEP est devenu le MDDELCC, c'est-à-dire le ministère du Développement durable, de l'Environnement et de la Lutte contre les Changements climatiques.

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.

- Les facteurs facilitants de type **fonctionnel** étaient les plus nombreux à avoir été mentionnés. Ils correspondaient à des moyens relativement concrets ou pratiques. L'un d'eux se rapportait à des besoins propres aux acteurs de la DSP : 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 : reconnaissance par les employeurs du temps nécessaire à leurs employés participants; 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.
- La plupart des facteurs facilitants de type **relationnel** relevés auprès des informateurs de la DSP faisaient référence aux personnes : 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.
- Les facteurs facilitants **en lien avec les ressources** identifiés par les informateurs de la DSP référaient à cinq types de ressources : humaines, financières, temps, énergie et information. Ceux-ci soulignaient que ces différentes ressources étaient interreliées.

Pour ce qui est des **facteurs susceptibles de faire obstacle** à la mise en œuvre de la stratégie :

- Les facteurs **politiques** relevés pouvaient se rapporter à des enjeux de pouvoir généraux entre différents secteurs, tel le sentiment ressenti par d'autres ministères d'une intrusion dans leurs champs de compétences. Ils pouvaient aussi référer à des marges de manœuvre limitées, comme l'absence de leviers politiques pour appliquer le PAR dans les régions. L'importance du leadership des personnes dirigeantes a aussi été soulevé, avec l'observation d'un manque d'impulsion dans le sens de l'AI de la part des directions de l'ASSS de Lanaudière (dont la DSP).
- Les facteurs limitants de type **structurel ou organisationnel** 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 mention que les CSSS ne seraient pas intéressés à travailler en intersectoriel parce qu'ils n'auraient pas développé cette expertise.

- Parmi les facteurs limitants de nature **fonctionnelle**, les informateurs de la DSP ont mentionné une absence de formation en matière d'AI et le fait que les partenaires arrivent chacun avec son objectif précis. Dans le même sens, ils ont fait état d'un manque d'outils pour aider les gens à se doter d'objectifs communs.
- Aucun facteur limitant d'ordre **relationnel** n'a été mis en évidence dans les propos des informateurs de la DSP.
- Certains facteurs limitants **liés aux ressources** ont été mentionnés par les informateurs de la DSP. Ils étaient surtout de nature financière et 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.

Les informateurs de la DSP 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.

- Plusieurs étaient de type **fonctionnel**. Il a été question, par exemple, 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. On a signalé aussi que les partenaires devraient acquérir un langage commun et se parler pour identifier les objectifs et les limites des cadres de travail de chacun.
- En ce qui concerne les facteurs **relationnels**, les informateurs étaient d'avis qu'une meilleure connaissance mutuelle des partenaires pouvait aider à concilier leurs objectifs divergents. Ils ont mentionné aussi : l'approvisionnement mutuel, l'écoute et la flexibilité afin de pouvoir contourner le choc des cultures.
- Quelques éléments d'ordre **structurel ou organisationnel** ont aussi été relevés. 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 certains de ces ministères fassent une mise en commun de leurs priorités et de leurs visions.
- Aucun facteur de type **politique** n'a été associé aux informateurs de la DSP.

- 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, par exemple, un chef d'équipe reliant les acteurs concernés par un même domaine d'intervention.

3.1.3 Les retombées de la stratégie

Les retombées de la stratégie ont été abordées en distinguant les objectifs de résultats ou effets attendus et les résultats ou effets réellement obtenus à la suite de la mise en œuvre.

Objectifs de résultats ou effets attendus

En ce qui concerne les effets attendus, **dans l'ensemble** :

- Les informateurs 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 quelques objectifs « intermédiaires », plus proches de l'action, notamment celui d'aider à l'atteinte des objectifs du PAR, et celui de pouvoir contribuer à la mobilisation des communautés.
- Des informateurs ont considéré que la stratégie pouvait viser également à sensibiliser les partenaires intersectoriels aux effets de leurs activités sur la santé de la population.

Une bonne partie des échanges a porté sur les **caractéristiques de la stratégie** qui se reflétaient sur les objectifs qu'elle visait.

- Son « flou » et son manque de clarté, notamment en ce qui concerne les résultats attendus et surtout quantifiables, ont été souvent mentionnés.
- Certains informateurs signifiaient l'adéquation de cette situation, en lien avec les valeurs fondamentales et « naturelles » que représente l'AI pour la santé publique.
- D'autres, au contraire, déploraient cette situation de « flou ». Elle était assimilée à une faiblesse dans un contexte gouvernemental de gestion où la reconnaissance et la priorisation des actions sont axées sur une efficacité démontrée à l'aide d'indicateurs de résultats.

Des informateurs ont identifié quelques **moyens** leur apparaissant susceptibles de contribuer à l'atteinte de résultats associés à la stratégie : lignes directrices, guide, etc.

Résultats ou effets obtenus

Pour ce qui est des résultats ou effets obtenus, **dans l'ensemble** :

- Les discussions à ce sujet 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. On a aussi souligné l'aspect non mesurable ou non mesuré de ces effets en raison de leur caractère plutôt qualitatif ou concernant le processus.
- A été mentionnée notamment, en tant qu'effet qualitatif ou sur le processus, la disparition progressive du travail en silos à la DSP.

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'enfants, ainsi qu'à la vaccination).

En lien avec certains des effets attendus précédemment identifiés, des informateurs de la DSP ont aussi affirmé que des **résultats** avaient effectivement été **obtenus** par rapport aux objectifs « intermédiaires » qui consistaient à :

- 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.

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 :

- le caractère non mesurable ou non encore mesuré de la stratégie (conditions et moyens non mis en place à cet effet);
- le temps, considéré comme un facteur d'influence important.

Des informateurs de la DSP ont aussi fait état de moyens ayant été utilisés pour générer les effets obtenus ou de **conditions jugées nécessaires** pour générer les effets attendus. Il a été question :

- des ressources humaines et financières;
- des conditions de contexte;
- de la clarté de la concertation.

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* ».

Les moyens ou les conditions pouvant être associés à **la mesure ou à l'évaluation des effets** ont également été discutés. Il s'en dégagait notamment :

- la suggestion de développer un « PAG » (plan d'action gouvernemental) de santé publique;
- le constat d'une importance accrue accordée aux évaluations de type suivi de gestion par rapport aux évaluations d'impact;
- le constat d'une difficulté à isoler la part d'impact direct attribuable aux actions de santé publique (notamment celles du CSSS).

3.1.4 Le modèle logique des acteurs de la DSP

On trouvera à l'annexe 4 (p. 99) le modèle logique final 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 3, p. 93), 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 la santé et du 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.
- 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'approprier 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.

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 2001⁸ et le passage de l'orientation de participer à l'AI à celle de soutenir l'AI.

⁸ Avec l'adoption de la *Loi sur l'administration publique*.

- 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 (MAMROT⁹, MAPAQ, MRC, etc.), sans participation à des comités ou tables de concertation.

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.

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

⁹ En mai 2014, le MAMROT est devenu le MAMOT, c'est-à-dire le ministère des Affaires municipales et de l'Occupation du Territoire.

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.

3.2 La stratégie du point de vue des acteurs des CSSS

Les acteurs des CSSS sont les partenaires intrasectoriels de la DSP. Ils doivent notamment assumer des mandats locaux relevant du champ de la santé publique. Bien que le PAR ne leur soit pas directement ou spécifiquement destiné, ils ont des rôles à jouer dans plusieurs des actions qui y sont prévues. Leurs rapports à la stratégie de soutien à l'AIFSBE et leur compréhension de la façon dont elle est mise en œuvre par les acteurs de la DSP constituent des éléments-clés. Ils contribuent à une analyse plus globale de l'implantation de cette stratégie.

Le point de vue des acteurs de ce groupe, sur les trois sous-thèmes retenus, a été obtenu d'abord par la méthode du groupe de discussion (n = 16). Puis, des informations complémentaires ont été collectées à l'aide du questionnaire (n = 41).

3.2.1 Les ancrages de la stratégie

Les ancrages de la stratégie, chez les acteurs des CSSS, ont été étudiés en fonction des deux mêmes dimensions que chez ceux de la DSP. D'une part, il a été question de ce que les acteurs savaient de la stratégie (leurs connaissances et leurs représentations). D'autre part, l'étude a porté sur leur rapport à celle-ci (la pertinence qu'ils y reconnaissaient et leur niveau d'appropriation).

Ce que ces acteurs savaient de la stratégie

Le PAR constituait un outil destiné aux acteurs de la DSP bien davantage qu'à ceux des deux CSSS. Lors des groupes de discussion, la **connaissance de cet outil** qu'avaient ces derniers s'est avérée encore plus limitée.

- Le PAR et même les PAL (plans d'action locaux) ne semblaient pas constituer des documents sur lesquels les acteurs des CSSS s'appuyaient régulièrement.
- On a observé des différences dans la connaissance du PAR entre les deux CSSS, de même qu'entre les organisateurs communautaires et les autres types d'intervenants de ces organisations.
- L'existence, dans le PAR, d'une stratégie de soutien à l'AIFSBE est apparue peu connue par ces acteurs.

Dans le cadre du questionnaire :

- 20 répondants sur les 41 de l'intrasectoriel 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 ont affirmé qu'ils savaient que le PAR proposait une stratégie de soutien à l'AI.

Les éléments de connaissance et de compréhension de la stratégie et de l'AI ont été **peu associés aux orientations du PAR et des PAL**. Ces informateurs, comme ceux de la DSP, tendaient à se baser surtout sur leur expérience personnelle et organisationnelle. De leur point de vue, notamment :

- La pratique de l'AI par les acteurs des CSSS¹⁰ serait antérieure au PAR et aux PAL. Elle aurait eu une évolution historique fluctuante, en lien avec le niveau d'engagement dans des pratiques de prévention et de promotion de la santé. Ces dernières auraient eu tendance à céder la place à des pratiques plutôt curatives, depuis plusieurs années.
- Le passage, dans le deuxième PAR, de l'orientation de participer à l'AI à celle de la soutenir a été expliqué par des raisons contextuelles : nouvelle vision ministérielle, changement organisationnel et création des CSSS. Dans la pratique, toutefois, les acteurs auraient continué à recourir à la participation ou au soutien selon le projet, ou encore selon l'état d'avancement du processus ou de la thématique.
- L'articulation des trois niveaux d'intervention tendait à se présenter selon la séquence suivante : orientations ministérielles au niveau national, cibles définies au niveau régional par la DSP et

Dans le cadre du questionnaire :

- Au moins les deux tiers des 41 répondants ont identifié trois déterminants de la santé qui pouvaient être influencés en utilisant l'AI. C'était : 1) « les habitudes de vie et les comportements des individus » (35 répondants); 2) « les milieux de vie » (27 répondants), ainsi que 3) « les systèmes » (27 répondants).
- Environ les trois quarts des 41 répondants de ce groupe ont retenu trois des liens proposés entre la stratégie de soutien à l'AI et celle du DC. C'était : 1) « Elles poursuivent l'objectif ultime d'améliorer les conditions de vie ou la qualité de vie de la population » (33 répondants); 2) « Elles nécessitent l'implication de partenaires de plusieurs secteurs d'activité » (30 répondants) et : 3) « Elles sont basées sur une vision globale et transversale » (29 répondants).
- Plus de la moitié des 41 répondants de ce groupe ont affirmé qu'ils « ne savaient pas » ce qui distinguait la stratégie de soutien à l'AIFSBE et l'EIS (24 répondants).

¹⁰ En fait, il s'agissait plutôt des CLSC avant la mise en place des CSSS et de leur mission CLSC.

actions concrètes au niveau local par les CSSS en vue d'atteindre ces cibles. De la souplesse serait cependant nécessaire afin de mieux contourner certaines difficultés identifiées : confrontation des instances locales à des « commandes » qui « descendent », inadéquation des mesures ministérielles uniformisées devant les réalités régionales et sous-régionales différentes, absence de leviers au niveau local, etc.

Dans leur effort pour **définir ou expliquer** la stratégie, les informateurs des CSSS ont aussi fait référence à des termes ou expressions propres au domaine de la santé publique, tels les « environnements favorables », les « facteurs de risque », les « facteurs de protection », ainsi que les « meilleures pratiques ».

- Ils ont aussi considéré qu'il y avait des interrelations entre la mise en œuvre de la stratégie à l'étude et celle du développement des communautés (DC).
- Ils n'ont pas pu établir de relations entre la stratégie de soutien à l'AI et l'évaluation d'impact sur la santé (EIS), notamment parce qu'ils n'avaient pas une bonne compréhension de ce concept (confusion avec une évaluation des interventions de santé publique s'appuyant sur les « meilleures pratiques »).

Dans le cadre du questionnaire :

- 36 des 41 répondants de l'intrasectoriel 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.

Le sous-thème des **fondements théoriques** de la stratégie n'a pas donné lieu à des discussions plus élaborées auprès de ces informateurs que de ceux de la DSP.

- Ils ne semblaient pas se considérer directement concernés par cet aspect.
- Ils ont à peine mentionné l'existence d'études sur lesquelles devait s'appuyer le recours à la stratégie.

Comment ces acteurs se situaient par rapport à la stratégie

Les opinions exprimées par les informateurs des CSSS concernant leur **reconnaissance de la pertinence** de la stratégie étaient, dans l'ensemble, positives. Ils tendaient à accorder à cette dernière une large « reconnaissance de principe ». On a noté, cependant :

- Que leurs propos glissaient parfois de la pertinence de la stratégie à celle de l'AI « tout court », voire à la pertinence des actions de santé publique en général;
- Qu'ils étaient plutôt d'avis que tous les domaines d'intervention pouvaient bénéficier de la stratégie. Quelques bémols ont tout de même été mentionnés : partenariats parfois artificiels pour se plier à un critère relié au financement, effet de mode, besoin de rationalisation devant une multiplication problématique des concertations.

Au regard du **niveau d'appropriation** de la stratégie, des variations ont été mentionnées en fonction des « secteurs » intrasectoriels :

- L'appropriation est apparue plus facile dans les programmes qualifiés de santé publique « pure », c'est-à-dire relevant hiérarchiquement de la direction responsable de la santé publique du CSSS (par exemple, celui des saines habitudes de vie).
- Elle a aussi été jugée facile dans les contextes d'intervention clinique multidisciplinaire. Toutefois, ce point de vue était associé à une interprétation particulière de ce qu'est l'AI.
- Elle est apparue plus difficile dans le milieu médical.

Plusieurs **facteurs susceptibles de faciliter l'appropriation** de la stratégie ont été identifiés. Ils étaient de différents types :

- surtout **organisationnel ou structurel** (par exemple, la préparation du terrain et des intervenants au travail en AI grâce à la participation aux tables de concertation des organisateurs communautaires, l'existence de protocoles d'entente clarifiant les mandats des partenaires, etc.);
- **contextuel ou politique** (partage et soutien des valeurs entre la DSP et les CSSS, ainsi qu'entre les gestionnaires et les intervenants);
- **fonctionnel** (organisation de colloques et de formations, relais automatique de l'information).

Des **facteurs limitants**, de nature exclusivement **contextuelle ou politique**, ont aussi été relevés. Ils étaient en lien avec la philosophie de gestion et d'intervention promue.

3.2.2 La mise en œuvre de la stratégie

Comme dans le cas des acteurs de la DSP, l'analyse de la mise en œuvre de la stratégie du point de vue de ceux des CSSS a tenu compte de deux dimensions. D'abord, un état de situation a été dressé, puis des éléments susceptibles de faciliter cette mise en œuvre ou d'y faire obstacle ont été identifiés.

État de situation

Dans l'ensemble, les informateurs des CSSS, de façon similaire à ceux de la DSP, ont jugé que l'implantation de la stratégie et le recours à l'AI se **caractérisaient** notamment par :

- leur aspect évolutif et variable dans le temps;
- l'influence de modifications survenues dans le réseau de la santé depuis quelques années (changement de culture, nouveaux arrimages et réorganisation des services);
- une variation dans l'intensité de la mise en œuvre selon les domaines d'intervention (de leur point de vue, contrairement aux acteurs de la DSP, cette intensité serait plus développée en maladies infectieuses et en traumatismes non intentionnels).

Dans le cadre du questionnaire :

- 27 des 41 répondants de ce groupe ont déclaré que « oui », leur organisme participait à des démarches d'AI auxquelles la DSP de Lanaudière ne participait pas.

Les informateurs des CSSS ont, eux aussi, identifié un **large éventail de partenaires** actuels ou potentiels qu'ils ont associés à la DSP. De leur point de vue également :

- Ces partenaires seraient issus des réseaux public et communautaire. Ils couvriraient plusieurs secteurs d'activité et ils pourraient jouer des rôles aux paliers national, régional ou local.
- La possibilité d'inclure dans les démarches d'AI des citoyens sur une base individuelle pourrait être envisagée, selon des modalités à définir.

Comme ceux de la DSP, les informateurs des CSSS ont jugé qu'il y aurait plus de **convergences** que de **divergences** entre les partenaires participant ensemble à des AI :

- Certains éléments de divergence entre les CSSS (comme acteurs de santé publique) et d'autres partenaires ont été identifiés, en lien avec des mandats ou des moyens différents. Par exemple : la lecture ou la compréhension différente de la situation, les intérêts

financiers de certains partenaires, l'irréalisme de certaines attentes par rapport aux moyens, etc.

- Des organisations ont été identifiées comme étant celles avec lesquelles les acteurs de santé publique auraient davantage de divergences ou de difficultés à travailler en AI : notamment Emploi-Québec ainsi que le CLE; et également les médecins, la pédiatrie sociale et le « secteur jeunesse 0-18 ans ».

Les informateurs considéraient que le **partage des rôles, responsabilités et pouvoirs** des partenaires dans les démarches d'AI auxquelles prenaient part les acteurs des CSSS était influencé notamment par :

- les ressources dont dispose chaque organisation (défavorisant par exemple les organismes communautaires);
- l'aspect évolutif des pouvoirs et des rôles dévolus à chacun, en fonction des étapes et besoins du processus;
- le niveau d'intervention des instances de santé publique (théorie, réflexion, évaluation, suivi et mesure de cibles, ainsi que vision plus large reconnus surtout à la DSP; intervention terrain associée surtout aux CSSS, mais aussi un rôle propre de support et de coordination de son réseau local de services ou RLS);

Dans le cadre du questionnaire :

- Près de la moitié des 41 répondants de ce groupe (19 répondants) ont considéré que les trois instances proposées (MSSS, DSP et CSSS) étaient toutes les plus appropriées pour soutenir l'AI à laquelle participait leur organisation. Également, plus du quart (11 répondants) ont choisi « les deux CSSS ». Par contre, aucun répondant n'a considéré que c'était la DSP de Lanaudière, et 8 répondants ont affirmé qu'ils « ne savaient pas ».
- Plus du tiers des répondants de ce groupe 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. C'était : 1) « l'économie » (18 répondants); 2) « les affaires municipales et l'aménagement du territoire » (15 répondants); et 3) « les transports » (15 répondants).
- Plus de la moitié des 41 répondants de ce groupe ont jugé que la DSP de Lanaudière pouvait jouer quatre rôles principaux dans les AI auxquelles elle participe avec ses partenaires. C'était : 1) celui d'« expert de contenu » (29 répondants); 2) celui d'« initiateur des démarches » (23 répondants) 3) celui d'« expert de méthode ou de processus » (22 répondants); et 3) celui de « bailleur de fonds » (21 répondants).

- les rôles attribués spécifiquement à la DSP se situant surtout dans le registre du soutien aux démarches d'AI (support en matière de connaissance et logistique, aide à la réflexion, etc.) et de leur initiation. Toutefois, une souplesse dans ces rôles a été considérée nécessaire pour s'ajuster à l'évolution du processus.

Facteurs facilitants et limitants

Cinq types de facteurs pouvant faciliter ou limiter la mise en œuvre de la stratégie ont aussi été relevés dans les propos des informateurs des CSSS. Ce sont les types : contextuel ou politique, structurel ou organisationnel, fonctionnel, relationnel et en fonction des ressources.

Concernant les **facteurs facilitants** :

- Deux types de facteurs facilitants reflétaient un besoin de souplesse afin de pouvoir adapter la mise en œuvre de la stratégie aux réalités du milieu d'intervention. C'était les facteurs de type **politique-contextuel** (par exemple, association des différents types de pouvoir et mise en garde concernant l'influence du pouvoir financier), ainsi que de type **structurel-organisationnel** (par exemple, marge de manœuvre nécessaire aux gestionnaires terrain).
- Les facteurs facilitants de type **fonctionnel** étaient les plus nombreux à avoir été relevés par ces informateurs comme par ceux de la DSP. Ils concernaient l'ensemble des partenaires impliqués dans une même AI : temps accordé aux employés 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.
- Les facteurs facilitants de type **relationnel** identifiés dans les propos des informateurs des CSSS étaient plutôt axés sur les organisations ou sur 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 ont insisté surtout sur les ressources humaines : cibler les personnes les plus appropriées et rôle-clé des organisateurs communautaires.

Dans le cadre du questionnaire :

- Au moins les deux tiers des 41 répondants de ce groupe ont jugé que quatre 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 » (35 répondants); 2) « Que les bonnes personnes (intervenants terrain ou gestionnaires) soient désignées pour représenter leur organisation aux « bonnes démarches » » (33 répondants); 3) « Que les partenaires précisent dès le départ les modalités de la démarche : le mandat et sa durée, qui y participe, le fond de fonctionnement, etc. » (29 répondants); et 4) « Que chacune des organisations partenaires sache clairement au départ le rôle qu'elle souhaite et peut jouer au sein de la démarche » (27 répondants).
- Également, environ les trois quarts des 41 répondants de ce groupe ont considéré que trois facteurs organisationnels étaient « très importants » au cours d'un processus d'AI. C'était : 1) « Que les organisations partenaires n'imposent pas leur contrôle ou leurs visées aux autres » (32 répondants); 2) « Que chacune des organisations partenaires respecte les rôles et les missions des autres » (30 répondants); et 3) « Que la circulation d'information soit assurée également entre tous les partenaires » (29 répondants).
- De plus, 34 des 41 répondants de ce groupe étaient d'avis qu'il fallait des habiletés ou compétences particulières pour prendre part à des démarches d'AI. Ceux qui ont été mentionnés par le plus de répondants gravitaient autour des mots-clés suivants : communication, ouverture, respect, leadership, vision et écoute.

À propos des **facteurs limitants** :

- Les deux facteurs **politiques** relevés se rapportaient à une marge de manœuvre limitée. C'était la perception que ce qui vient d'en haut est plutôt freinant, et le constat d'une certaine inégalité entre partenaires concernant les « commandes d'en haut » qui leur sont adressées.
- Concernant les facteurs limitants de type **structurel ou organisationnel**, les informateurs des CSSS 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 prioritaires au niveau intraétablissement au détriment des pratiques apparentées à l'AI.
- Parmi les facteurs limitants de nature **fonctionnelle**, les informateurs des CSSS ont mentionné un manque de moyens concrets concernant la stratégie dans le PAR et le PAL, le fait que certaines organisations ne soient pas ciblées dans les plans d'action régionaux, et le fait que tous les participants aux AI ne soient pas décisionnels.
- Les quelques facteurs limitants d'ordre **relationnel** identifiés dans les propos des informateurs des CSSS se rapportaient 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 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 à l'égard de l'animation du réseau local qui représente un ajout à ses mandats, et niveaux de connaissances inégales des partenaires, par exemple sur les bonnes pratiques.

Les informateurs des CSSS ont aussi proposé de nombreux moyens ou conditions susceptibles de permettre de **concilier les éventuels objectifs divergents** des différents partenaires d'une AI. Ces moyens ou conditions ont été considérés dans l'analyse comme des facteurs facilitant la mise en œuvre de la stratégie.

- Plusieurs étaient de type **fonctionnel**, tels 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. Également, les informateurs ont souligné l'importance d'une lecture commune et d'un consensus sur quelque chose.
- En ce qui concerne les facteurs **relationnels**, les informateurs des CSSS ont soulevé : le fait de travailler « avec du monde qui pense comme nous », ainsi que l'aspect enrichissant de l'intégration de gens « plus contestataires », c'est-à-dire exprimant des opinions alternatives.
- Un seul facteur **structurel** a été identifié par un informateur de l'intrasectoriel : 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.
- Également, un seul facteur de type **politique** a été associé aux informateurs des CSSS : la reconnaissance particulière nécessaire aux organismes communautaires en raison de leur approche alternative dans l'action visant à produire des résultats différents.
- Aucun facteur **en lien avec les ressources** n'a été relevé dans ce groupe.

3.2.3 Les retombées de la stratégie

Deux aspects complémentaires des retombées de la stratégie ont été abordés : les objectifs de résultats ou effets attendus et les résultats ou effets obtenus à la suite de la mise en œuvre.

Objectifs de résultats ou effets attendus

En ce qui concerne les **effets attendus**, dans l'ensemble, les informateurs des CSSS rejoignaient ceux de la DSP.

- Ils 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 quelques objectifs « intermédiaires », plus proches de l'action : celui d'aider à l'atteinte des objectifs du PAR, et celui de pouvoir contribuer à la mobilisation des communautés

Dans le cadre du questionnaire :

- Plus du tiers des 41 répondants de ce groupe 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 » (15 répondants).
- Également, plus du quart des 41 répondants de ce groupe ont jugé que deux objectifs principaux étaient poursuivis par les acteurs de la DSP (gestionnaires et intervenants) quand ils utilisaient la stratégie de soutien à l'AI. C'était : ceux d'« Améliorer l'état de santé de la population » (12 répondants); et de « Contribuer à améliorer la qualité de vie de la population » (12 répondants).
- Au moins le cinquième des répondants de ce groupe ont identifié trois objectifs qui seraient principalement poursuivis par leur organisation quand ils participent à des démarches d'AI avec la DSP. C'était : 1) « Contribuer à améliorer la qualité de vie de la population » (16 répondants); 2) « Améliorer l'état de santé de la population » (11 répondants); et 3) « Développer une complicité avec des partenaires qui pourront aider mon organisation » (8 répondants).

Les échanges ont porté notamment sur une **caractéristique de la stratégie** qui se reflétait sur les objectifs qu'elle visait. Il s'agit de son imprécision et de son manque de clarté en ce qui concerne les résultats attendus, surtout quantifiables.

- Cette caractéristique a été mentionnée par les informateurs de ce groupe, de même que par ceux de la DSP.
- Certains informateurs ont associé cette dernière caractéristique à la souplesse nécessaire pour stimuler la « créativité locale », en fonction des véritables besoins plutôt que des seuls objectifs formels stipulés par le programme officiel.
- D'autres ont plutôt déploré l'imprécision des attentes à l'égard de la stratégie, dans un contexte de gestion où la reconnaissance des actions est associée à l'atteinte de résultats démontrée.

Enfin, les informateurs 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 des indicateurs quantitatifs.

Résultats ou effets obtenus

Concernant les **résultats ou effets obtenus**, de façon générale :

- Les discussions sur ce thème étaient aussi en continuité avec celles ayant porté sur les résultats attendus.
- Les principaux effets obtenus étaient plutôt qualitatifs et se situaient dans le registre d'éléments de processus ou celui des relations entre partenaires.

Ont été mentionnés notamment, en tant qu'**effets qualitatifs ou sur le processus** :

- la meilleure connaissance mutuelle des partenaires leur permettant de mieux travailler en complémentarité;
- la pérennité assurée aux objectifs et projets portés ensemble par plusieurs partenaires;
- la mise en place de projets qui n'existaient pas avant et l'augmentation du panier de services.

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 ont considéré que la mise en œuvre de la stratégie conduisait à des améliorations concrètes de l'état de santé de la population (par exemple, en prévention des chutes ou des abus envers les aînés).

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.

Un élément particulier constituant une **condition à l'atteinte de résultats** a été mis en évidence. Il s'agit du temps, c'est-à-dire de la nécessité de pouvoir attendre quelques années avant de constater des résultats.

3.2.4 Le modèle logique des acteurs des CSSS

Le modèle logique de la stratégie propre aux acteurs des CSSS est présenté à l'annexe 5 (p. 105). 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.
- 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).
- 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.

- 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 IDP¹¹ et des PSII¹²).

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.

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.

¹¹ 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 lanauois 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.)

¹² 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.

- 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.

3.3 L'action intersectorielle du point de vue des partenaires intersectoriels

Les partenaires intersectoriels sont les organisations avec lesquelles les acteurs de la DSP doivent travailler, dans l'esprit de la stratégie de soutien à l'AIFSBE du PAR de santé publique de Lanaudière. Comme pour les acteurs intrasectoriels des CSSS, le PAR ne constitue pas un document d'orientation destiné à baliser leur propre pratique. Toutefois, ils y sont identifiés en lien avec différentes actions prévues où un rôle leur est proposé. En ce sens, leurs rapports à la stratégie de soutien à l'AIFSBE et leur compréhension de la façon dont elle est mise en œuvre par les acteurs de la DSP constituent aussi des éléments-clés dans le cadre d'une analyse globale de l'implantation de cette stratégie.

Le point de vue des acteurs de ce troisième groupe, sur les trois sous-thèmes retenus, a été abordé d'abord par la méthode du groupe de discussion (n = 11). Puis, des informations complémentaires ont été obtenues à l'aide du questionnaire (n = 191).

3.3.1 Les ancrages de la stratégie

Les deux dimensions employées pour étudier les ancrages de la stratégie, chez les partenaires de la DSP, étaient les mêmes que chez les deux autres groupes d'acteurs. Il s'agit de ce qu'ils savaient de la stratégie (leurs connaissances et leurs représentations) et de comment ils se situaient par rapport à celle-ci (uniquement la pertinence qu'ils y reconnaissaient).

Ce que ces acteurs savaient de la stratégie

Comme il s'agit d'un outil destiné aux acteurs de la DSP, **la connaissance** que les acteurs de l'intersectoriel avaient du PAR et de sa stratégie de soutien à l'AIFSBE s'est avérée très limitée, voire nulle. D'ailleurs, ce thème a été peu développé dans le cadre du groupe de discussion.

Dans le cadre du questionnaire :

- 84 répondants sur les 191 de l'intersectoriel ont affirmé qu'ils n'avaient « *jamais entendu parler du PAR* ». Également, 56 répondants sur les 106 ayant répondu à cette question ont affirmé qu'ils savaient que le PAR proposait une stratégie de soutien à l'AI.

Dans l'ensemble, l'analyse des résultats du groupe de discussion avec ces acteurs a surtout permis de relever quelques particularités dans leurs **connaissances de l'AI**. Par exemple, il a été mentionné :

- Que les partenaires pouvaient expérimenter l'AI et travailler de cette façon avec la DSP sans le savoir formellement.
- Que cette organisation pourrait aider ses partenaires à agir sur les causes de certains problèmes et qu'elle avait un rôle important à jouer dans les démarches d'AI.
- Que l'aspect intersectoriel (travail en réseau de différents types d'acteurs) était l'élément le plus important du concept d'AI.

Ont été relevés également auprès d'informateurs isolés de ce groupe :

- une vision de l'AI associée à un modèle de gestion s'appuyant sur une reddition de comptes;
- Une association entre l'AI et le rôle de prévention en santé dévolu à la santé publique;
- une confusion entre les concepts d'AI et de DC.

Dans le cadre du questionnaire :

- Plus du tiers des répondants de ce groupe ont retenu trois des liens proposés entre la stratégie de soutien à l'AI et celle du DC. C'était : 1) « *Elles poursuivent l'objectif ultime d'améliorer les conditions de vie ou la qualité de vie de la population* » (96 répondants); 2) « *Elles nécessitent l'implication de partenaires de plusieurs secteurs d'activité* » (96 répondants) et : 3) « *Elles sont basées sur une vision globale et transversale* » (69 répondants).
- 83 des 191 répondants de ce groupe (44 %) ont affirmé qu'ils « *ne savaient pas* » ce qui distinguait la stratégie de soutien à l'AIFSBE et l'EIS. Par ailleurs, 26 répondants ont considéré que « *L'EIS s'intéresse plus spécifiquement aux effets sur la santé de politiques, de programmes et de projets publics.* »

Un lien a été établi avec les **déterminants de la santé** qui seraient présents de façon implicite dans les objectifs propres aux partenaires. Tous partageraient une relative « *volonté d'un mieux-être de la population* ».

Dans le cadre du questionnaire :

- Plus de la moitié des 191 répondants de l'intersectoriel ont identifié trois déterminants de la santé qui pouvaient être influencés en utilisant l'AI. C'était : 1) « *les habitudes de vie et les comportements des individus* » (137 répondants); 2) « *les milieux de vie* » (119 répondants); ainsi que 3) « *les systèmes* » (93 répondants).

Comment ces acteurs se situaient par rapport à la stratégie

Après des acteurs de ce groupe, la pertinence de la stratégie n'a pas été abordée davantage que la connaissance qu'ils en avaient. Il a plutôt été question de la **pertinence de l'AI**. Celle-ci est apparue généralement reconnue.

- Elle a même été considérée comme une méthode de travail désormais incontournable.
- Il a été mentionné que cette pertinence avait été démontrée notamment dans les collaborations développées entre la DSP et le secteur de l'éducation.

Dans le cadre du questionnaire :

- 84 des 191 répondants de l'intersectoriel 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.

3.3.2 La mise en œuvre de la stratégie

L'analyse de la mise en œuvre de la stratégie, du point de vue des acteurs de l'intersectoriel, a distingué les deux mêmes dimensions. D'abord, un état de situation a été réalisé. Puis, des éléments pouvant faciliter ou limiter cette mise en œuvre ont été identifiés.

État de situation

Quelques éléments de contenu ont contribué à dresser l'état de situation de la mise en œuvre de la stratégie à l'étude. On note, par exemple :

- Que les informateurs ont principalement ébauché la liste des partenaires de la DSP 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.
- Que les informateurs ont aussi fait état des rôles respectifs, dans l'AI, de la DSP et des CSSS. On jugeait que la DSP devait accompagner, voire former en la matière les acteurs des CSSS.

Dans le cadre du questionnaire :

- 82 des 191 répondants de l'intersectoriel ont déclaré que « oui », leur organisme participait à des démarches d'AI auxquelles la DSP ne participait pas.

Concernant la **pertinence** et la façon possible **d'inclure des citoyens** dans les démarches d'AI, les informateurs de l'intersectoriel ont exprimé des réflexions plutôt critiques (aspects représentativité et légitimité, notamment).

Au sujet des points de **convergence** et de **divergence** entre la DSP et ses partenaires dans les AI :

- Deux organisations ont été identifiées comme étant celles avec lesquelles la DSP aurait le plus de convergences : le ministère de l'Emploi et de la solidarité sociale (MESS) et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS).
- Un point de **divergence** entre les objectifs des partenaires se présentait comme un obstacle potentiel à la mise en œuvre. Il était de nature **politique ou contextuelle** : le fait que les mandats de l'État soient parfois imposés aux organismes communautaires.

D'après les informateurs, le **partage des rôles, responsabilités et pouvoirs** des partenaires dans les démarches d'AI avec la DSP était influencé notamment par :

- les ressources, notamment financières et humaines, dont dispose chaque organisation (défavorisant particulièrement les organismes communautaires, et favorisant plutôt la DSP ainsi que « *la philanthropie et les sociétés de gestion* »);
- l'aspect évolutif et « migratoire » des pouvoirs dévolus à chacun, en fonction des étapes et des besoins du processus et des niveaux d'intervention concernés (par exemple, processus initié au niveau régional, puis déplacé vers le local);

- la diversité des pouvoirs en cause (liés, par exemple, à la connaissance, à l'expérience, à la « persuasion », etc.);
- les rôles attribués spécifiquement à la DSP, aussi considérés comme étant susceptibles d'évoluer (soutien, accompagnement, analyse, documentation et transmission d'information, leader, facilitateur, etc.).

Dans le cadre du questionnaire :

- Le tiers des 191 répondants de ce groupe (65 répondants) ont considéré que les trois instances proposées (MSSS, DSP et CSSS) étaient toutes les plus appropriées pour soutenir l'AI à laquelle participait leur organisation. Également, 39 répondants ont choisi « les deux CSSS », et 36 répondants, « la DSP de Lanaudière ».
- Également, plus du tiers des répondants de ce groupe 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. C'était : 1) « l'économie » (18 répondants); 2) « les affaires municipales et l'aménagement du territoire » (15 répondants); et 3) « les transports » (15 répondants).
- Les répondants de ce groupe (n = 191) ont jugé en plus grand nombre que la DSP de Lanaudière pouvait jouer quatre rôles principaux dans les AI auxquelles elle participe avec ses partenaires. C'était : 1) celui d'« expert de contenu » (96 répondants); 2) celui d'« initiateur des démarches » (95 répondants); 3) celui de « leader des démarches » (93 répondants); et 4) celui d'« expert de méthode ou de processus » (81 répondants).

Facteurs facilitants et limitants

Quelques informations en lien avec les facteurs pouvant faciliter ou limiter la mise en œuvre de la stratégie ont été relevées. Il s'agissait surtout de moyens ou de conditions jugés susceptibles de **favoriser la convergence** entre les objectifs différents des partenaires. Ils se présentent surtout comme des facteurs de type **relationnel** :

- la connaissance mutuelle des partenaires;
- la reconnaissance de leurs expertises respectives leur permettant de mieux travailler ensemble;
- le respect mutuel.

Dans le cadre du questionnaire :

- Un plus grand nombre des 191 répondants de l'intersectoriel ont jugé que quatre 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* » (99 répondants); 2) « *Que les bonnes personnes (intervenants terrain ou gestionnaires) soient désignées pour représenter leur organisation aux « bonnes démarches »* » (92 répondants); 3) « *Que les partenaires précisent dès le départ les modalités de la démarche : le mandat et sa durée, qui y participe, le fond de fonctionnement, etc.* ». De plus, (88 répondants); et 4) « *Que chacune des organisations partenaires sache clairement au départ le rôle qu'elle souhaite et peut jouer au sein de la démarche* » (86 répondants).
- Un plus grand nombre des 191 répondants de ce groupe ont considéré que trois facteurs organisationnels étaient « très importants » au cours d'un processus d'AI. C'était : 1) « *Que la circulation d'information soit assurée également entre tous les partenaires* » (97 répondants); 2) « *Que les organisations partenaires n'imposent pas leur contrôle ou leurs visées aux autres* » (92 répondants); et 3) « *Que chacune des organisations partenaires respecte les rôles et les missions des autres* » (90 répondants). De plus, 88 des 191 répondants de ce groupe étaient d'avis qu'il fallait des habiletés ou compétences particulières pour prendre part à des démarches d'AI. Ceux qui ont été mentionnés par le plus de répondants gravitaient autour des mots-clés suivants : ouverture, écoute, communication vision, travail d'équipe, leadership et respect.

3.3.3 Les retombées de la stratégie

Comme auprès des deux autres groupes d'acteurs, les retombées de la stratégie ont été abordées en distinguant les objectifs de résultats ou effets attendus, puis les résultats ou effets réellement obtenus à la suite de la mise en œuvre.

Objectifs de résultats ou effets attendus

À propos des **résultats ou effets attendus** de la mise en œuvre de la stratégie (ou de l'AI), les informateurs du groupe de discussion de l'intersectoriel rejoignaient en partie ceux des deux autres groupes.

- Ils ont aussi considéré que la stratégie pouvait viser une contribution à l'objectif « intermédiaire » de la mobilisation des communautés. Pour ce faire, ils ont mentionné l'importance d'une approche d'accompagnement plutôt que de contrôle. Ils ont, de plus, fait référence aux démarches lanadoises d'animation citoyenne et à celles suscitées par Québec en forme et Avenir d'enfants.
- Ils ont, par ailleurs, identifié un objectif intermédiaire de la stratégie différent de ceux mentionnés par les informateurs des deux autres groupes. À leur avis, la stratégie pouvait contribuer à l'atteinte des objectifs des partenaires, en plus de ceux de la santé publique.

Certains propos situaient la stratégie dans une perspective qu'on pourrait qualifier « d'efficience », puisqu'ils combinaient l'amélioration de la santé de la population et des améliorations de nature économique. Plus précisément, il était question de la performance d'un modèle permettant que les gens soient en santé sans que ça coûte trop cher au système.

Dans le cadre du questionnaire :

- Moins du cinquième des 191 répondants de ce groupe 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 » (33 répondants).
- Également, un plus grand nombre des 191 répondants de ce groupe ont jugé que trois objectifs principaux étaient poursuivis par les acteurs de la DSP (gestionnaires et intervenants) quand ils utilisaient la stratégie de soutien à l'AI. C'était : 1) « Développer une complicité avec des partenaires qui pourront aider la DSP à réaliser sa mission » (42 répondants); 2) « Améliorer l'état de santé de la population » (35 répondants); et 3) « Contribuer à améliorer la qualité de vie de la population » (30 répondants).
- Plus du tiers des répondants de ce groupe ont identifié deux objectifs qui seraient principalement poursuivis par leur organisation quand ils participent à des démarches d'AI avec la DSP. C'était : 1) « Contribuer à améliorer la qualité de vie de la population » (74 répondants); et 2) « Développer une complicité avec des partenaires qui pourront aider mon organisation » (67 répondants).

Résultats ou effets obtenus

Concernant **les résultats ou effets obtenus**, de façon générale :

- L'analyse a montré que, du point de vue des acteurs de l'intersectoriel comme de ceux des deux autres groupes, les principaux effets obtenus étaient plutôt qualitatifs et se situaient 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, bien que celles-ci aient aussi été mentionnées.

Parmi les **effets qualitatifs ou sur le processus** identifiés par ces informateurs, il a été question de :

- une meilleure connaissance mutuelle des partenaires leur permettant de mieux travailler en complémentarité;
- un partage d'expertise
- un rapprochement et une complicité entre organisations.

Des effets qualitatifs ou au niveau du processus ont aussi été **associés à la DSP même** :

- une démocratisation de l'accès aux données sur la population et sur le territoire :
- un changement de rôle des acteurs de la DSP (de bailleur de fonds à acteurs dans les milieux);
- une habitude développée chez les partenaires de travail plus rigoureux (niveau de réflexion et compétence).

Quelques effets identifiés plutôt négatifs étaient liés aux **thématiques privilégiées** dans les démarches d'AI, notamment :

- un effet pervers pour les organismes communautaires des thématiques adoptées pour se conformer aux exigences de bailleurs de fonds et obtenir du financement (par exemple auprès de la DSP ou du PLI);
- une trop grande importance relative accordée aux saines habitudes de vie par rapport à d'autres thématiques.

Des **distinctions entre paliers d'intervention** ont aussi été mentionnées 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 ceux-ci et menant à la perception d'un éloignement des spécialistes, mais favorisant peut-être 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.

Des informateurs de l'intersectoriel ont aussi attiré l'attention sur des **conditions jugées nécessaires** pour générer les effets attendus, tout comme l'avaient fait certains de la DSP. Il s'agissait de :

- une composition claire des comités;
- des mandats clairs;
- des objectifs clairs;
- une durée circonscrite de la démarche.

Également, comme dans le groupe de la DSP, la difficulté à isoler la part d'**impact direct attribuable aux actions de la santé publique** a été soulignée (par exemple, les interventions du CSSS visant le tabagisme).

La difficulté à **mesurer des résultats concrets** des démarches d'AI a aussi été soulignée (par exemple, sur le nombre de gens éduqués ou en santé).

3.3.4 Le modèle logique des partenaires intersectoriels

Le modèle logique de la stratégie propre aux partenaires de la DSP est présenté à l'annexe 6 (p. 111). 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**.

- À l'occasion, un rôle particulier de **soutien à des AI** a été associé à la DSP.
- Dans d'autres cas, l'AI a été considérée comme une façon de travailler pas nécessairement rattachée à la DSP.

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.

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.

3.4 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.

3.4.1 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.
- **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.

- **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.
- **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.
- **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 ».
- **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 faut-il comprendre que, pour les partenaires de la DSP, 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 potentielles.** 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.
- **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.

3.4.2 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.
- **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.
- **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.
- **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.
- **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.

- **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 échéancier 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.
- **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.

3.4.3 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.
- **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.

- **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.
- **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.
- **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.

4. 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.

4.1 Retour sur les modèles logiques

D'abord, les modèles logiques de la stratégie élaborés pour chacun des trois groupes d'acteurs (voir annexes 3 à 6) 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'appropriation 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).

4.2 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 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).

4.3 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 démarches 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 CLE¹³. 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).
- **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.

¹³ « 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.

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 catégories¹⁴, 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 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

¹⁴ Rappelons qu'il s'agit des facteurs de type politique/contextuel, structurel/organisationnel, fonctionnel, relationnel et lié aux ressources.

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)

4.4 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. 14), 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 aborder¹⁵, puis de trois thèmes d'analyse qui ont été retenus¹⁶. 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. 17).

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

¹⁵ 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.

¹⁶ 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 PAL¹⁷.

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.);
- 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;

¹⁷ Voir note, 4 p. 14.

- 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'AIFSBE et la stratégie de soutien au DC, notamment dans les prochains PAR et PAL¹⁸, 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 PAL¹⁹, 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.

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

¹⁸ Ibid.

¹⁹ Ibid.

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 lanauchoise. 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 (à venir).

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, 2014b, (à venir).

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, (à venir).

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

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

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		✓	✓	✓	✓	✓

ANNEXE 2

Le déroulement chronologique de la collecte de données

Le déroulement chronologique de la collecte des données

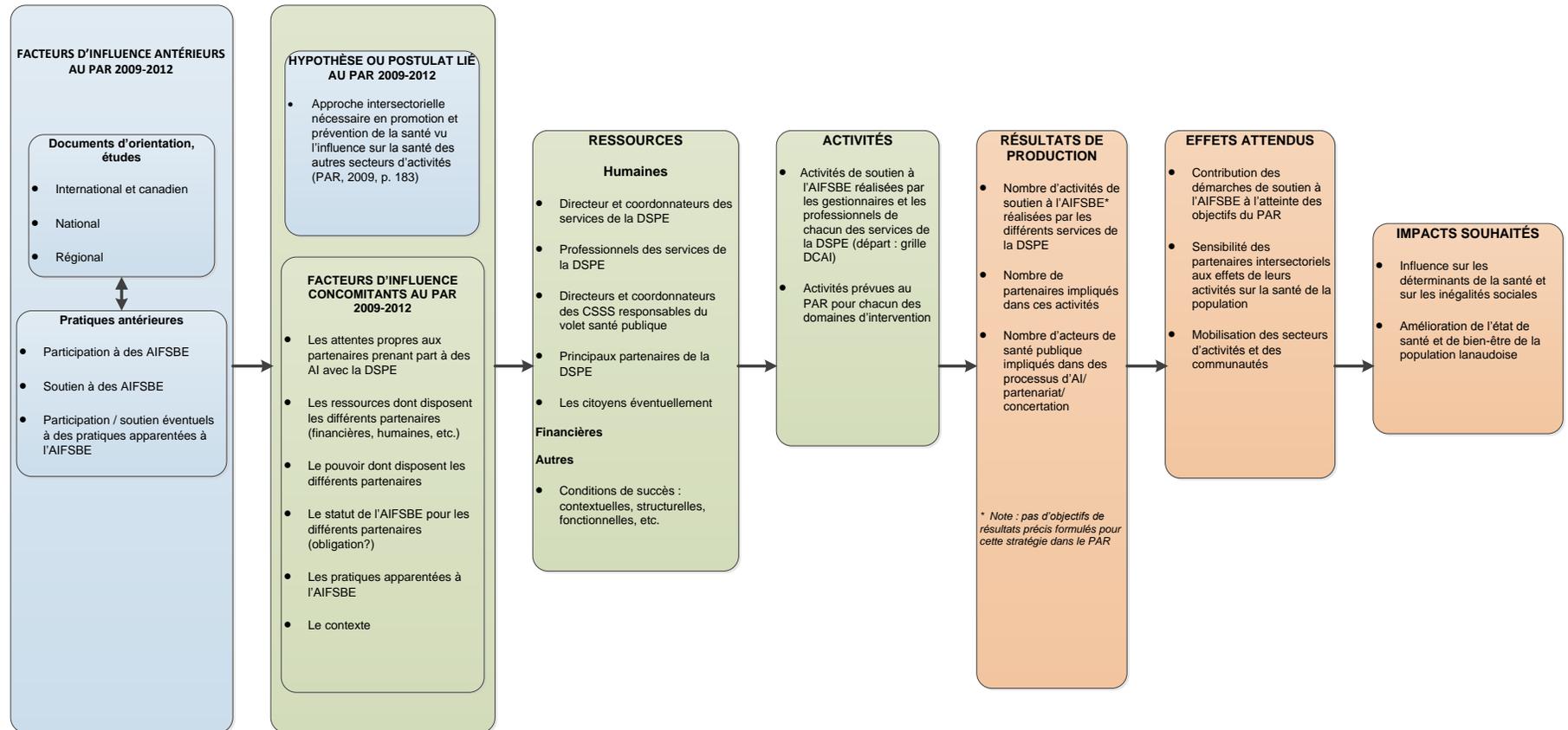
Bloc	Phase	Méthode	Source de données	Moment
Préliminaire	1	Recherche documentaire	Sources documentaires scientifiques et publications organisationnelles	Principalement du printemps 2010 au printemps 2011
1 : Interne de la DSP	2	Groupes de discussion (4)	Gestionnaires et professionnels de la DSP	Du printemps 2011 à l'automne 2011
2 : Externe de la DSP	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
	5	Questionnaire (1)	Partenaires (intrasectoriels et intersectoriels) de la DSP	Printemps 2013
Complémentaire	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

ANNEXE 3

**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**

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

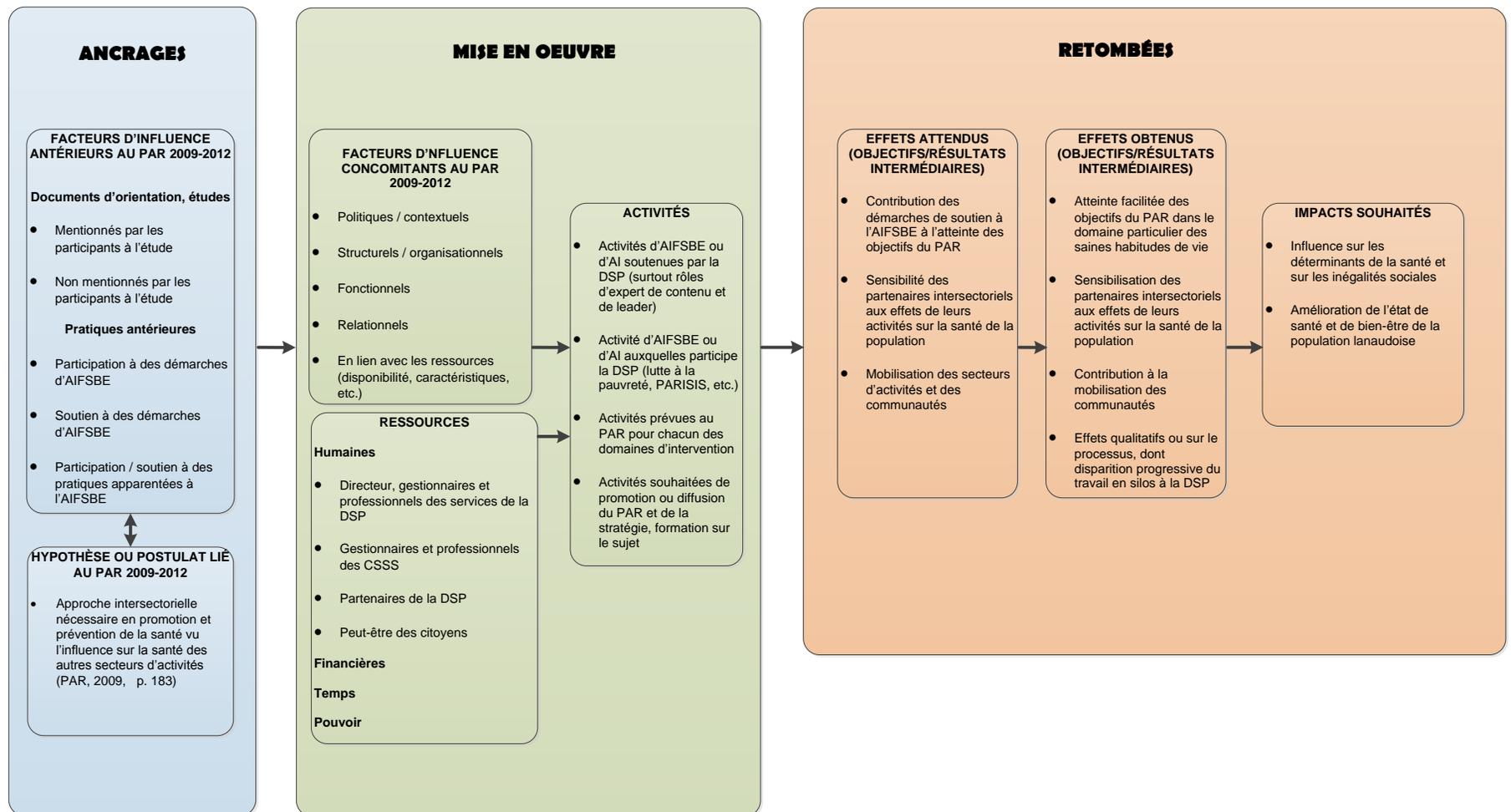
Le pouvoir dont disposent les différents partenaires

* Facteurs extérieurs, d' « interférence » ou de « confusion » par rapport à l'hypothèse ou au postulat lié au PAR

ANNEXE 4

**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

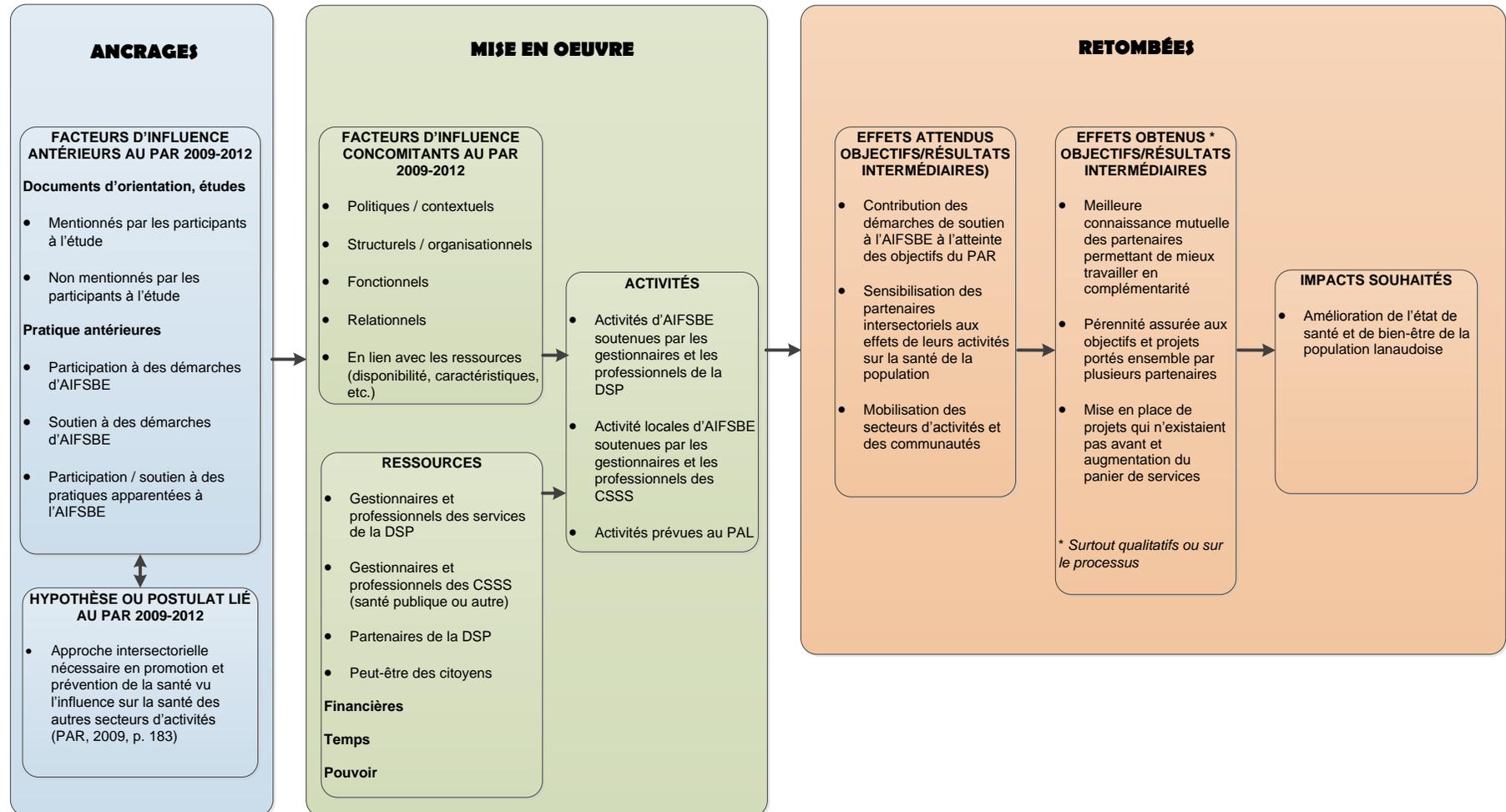
* Facteurs favorisant et limitant la mise en œuvre de la stratégie

ANNEXE 5

**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

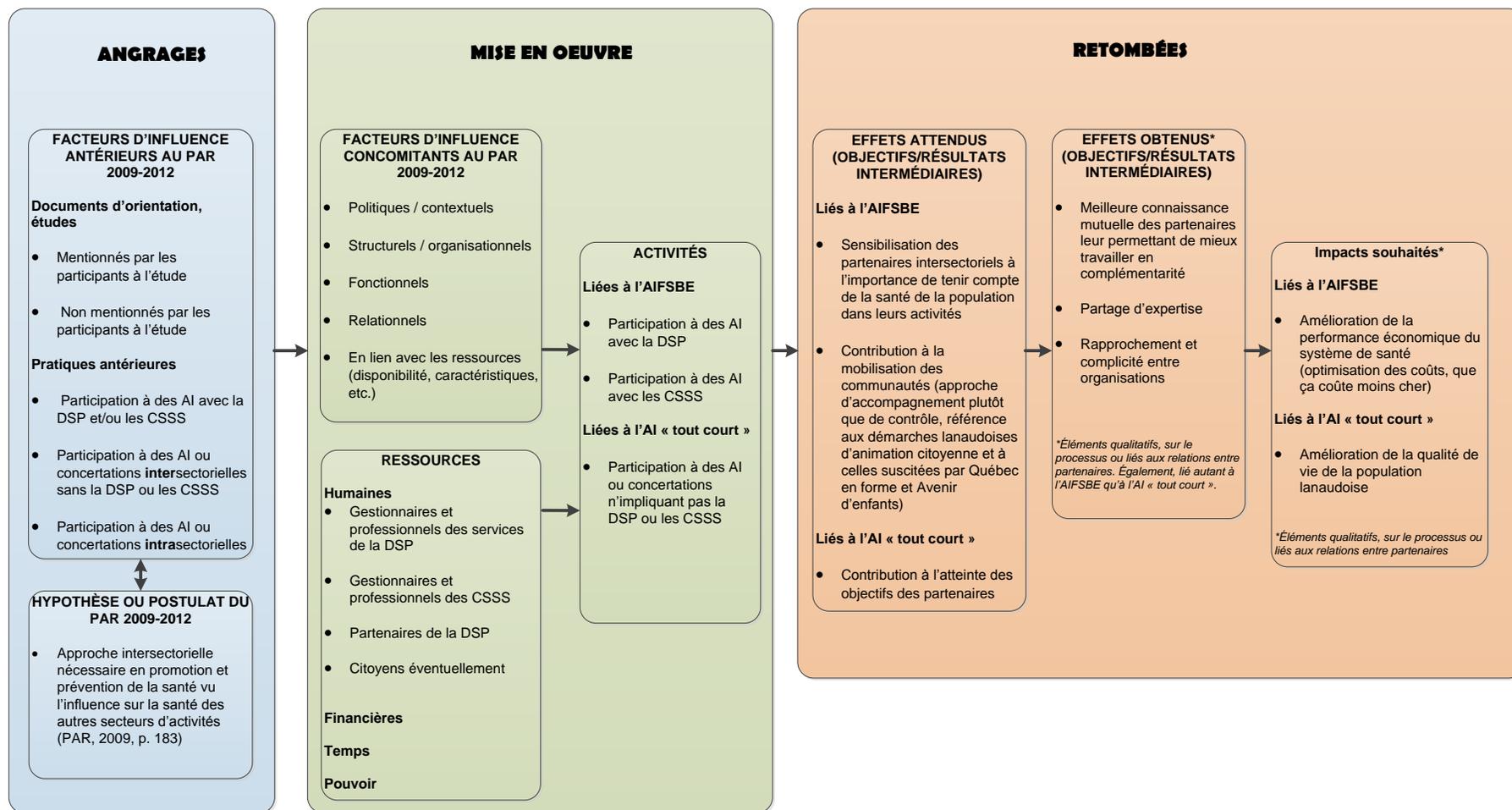
* Facteurs favorisant et limitant la mise en œuvre de la stratégie

ANNEXE 6

**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 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

**Agence de la santé
et des services sociaux
de Lanaudière**

Québec 
