



Favoriser les interventions sur les saines habitudes de vie en milieu municipal : besoins des professionnels de la santé publique

RAPPORT

AUTEURE

Nathalie Sasseville, chercheuse d'établissement
Développement des individus et des communautés

SOUS LA COORDINATION DE

Réal Morin, directeur scientifique
Développement des individus et des communautés

COMITÉ SCIENTIFIQUE AVISEUR

Yun Jen, médecin spécialiste
Gérald Baril, chercheur d'établissement
Développement des individus et des communautés

Mélanie Bourque, professeure/chercheuse
Université du Québec en Outaouais

MISE EN PAGE

Florence Niquet, agente administrative
Développement des individus et des communautés

REMERCIEMENTS

Ce projet a bénéficié du soutien financier de la Table de concertation nationale de prévention et promotion.

Nous aimerions remercier tous ceux et celles qui se sont investis avec sérieux et enthousiasme dans cette démarche.

Nos remerciements vont tout spécialement aux membres du comité d'accompagnement qui ont généreusement accepté de consentir de leur temps pour soutenir et valider l'ensemble des étapes de ce projet :

- Ginette Lampron, coordonnatrice du service promotion et prévention, Agence de la Santé et des Services sociaux de Lanaudière;
- Pauline Fortin, adjointe à la directrice de la Santé publique et coordonnatrice du service de promotion, Agence de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais;
- Alain Carrier, directeur de l'administration des programmes de santé publique par intérim, Agence de la Santé et des Services sociaux de Laval;
- Josée Charlebois, agente de planification, de programmation et de recherche, Agence de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais;
- Alain Lefèvre, médecin spécialiste, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal;
- Réal Morin, directeur scientifique, direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec;
- Lyne Mongeau, coordonnatrice du PAG-promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids, ministère de la Santé et des Services sociaux;
- Claude Pelletier, directeur des partenariats, de l'innovation et du transfert des connaissances, Québec en Forme.

Évidemment, le succès de ce projet n'aurait pu voir le jour sans l'engagement et la disponibilité manifestés par les professionnels et les gestionnaires des 16 équipes de santé publique qui ont participé à l'étude. Merci à toutes ces personnes qui ont bien voulu nous accorder du temps et partager leur réalité de travail avec les acteurs municipaux.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 3^e trimestre 2015
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN : 978-2-550-73756-8 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2015)

Avant-propos

La présente étude a été réalisée avant les transformations qu'a subies le réseau en avril 2015 avec l'adoption de la Loi 10 modifiant l'organisation et la gouvernance des services de santé et des services sociaux. Ses résultats ne s'en trouvent néanmoins pas amoindris, car ils pourront contribuer à soutenir les instances de santé publique interpellées à revoir leur offre de services auprès des municipalités en tenant compte des nouvelles structures.

Nous sommes donc confiants que les enseignements que fournit cette étude sauront faciliter ce travail, dans le meilleur intérêt des populations desservies par la santé publique et les municipalités.



Réal Morin
Directeur scientifique

Table des matières

Liste des sigles et acronymes	III
Messages clés.....	1
Résumé	1
1 Introduction.....	4
1.1 Mandat	4
1.2 Enjeux entourant l'intervention municipale en matière de saines habitudes de vie.....	5
2 But et objectifs	5
3 Méthodologie	6
3.1 Stratégie d'échantillonnage et échantillon.....	6
3.2 Méthodes et outils de collecte des données	6
3.3 Analyse des données	7
4 Résultats	8
4.1 Intervention de soutien auprès des municipalités : principaux constats	8
4.2 Actions prioritaires pour un soutien plus efficace des équipes de santé publique.....	10
4.3 Des compétences spécifiques à l'intervention de soutien des municipalités	12
4.4 Les besoins de soutien et d'accompagnement.....	14
4.5 Une approche modulée à la diversité des organisations	16
5 Discussion.....	18
6 Conclusion	20
Références.....	20
Annexe – Compétences de soutien à l'intervention en milieu municipal.....	22

Liste des tableaux

Tableau 1	Activités de promotion et de prévention déployées par les DRSP et les CSSS en lien avec l'intervention de soutien des municipalités dans le domaine des saines habitudes de vie	10
Tableau 2	Moyens de développement et de renforcement des compétences identifiés par les participants.....	15
Tableau 3	Compétences professionnelles perçues requises afin d'influencer et de mobiliser les acteurs municipaux dans l'action sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie	22

Liste des sigles et acronymes

CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DRSP	Direction régionale de santé publique
I-CLSC	Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
TCNPP	Table de concertation nationale de prévention et promotion
PAG SHV	Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids, 2006-2012
PAR	Plan d'action régional
PAL	Plan d'action local
TIR-SHV	Tables intersectorielles régionales du Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids

Messages clés

Cette évaluation porte sur les besoins de soutien et de formation des professionnels impliqués dans la promotion des saines habitudes de vie en milieu municipal. Des entrevues de groupe semi-dirigées auprès de 66 participants en provenance de 10 centres de santé et de services sociaux (CSSS) et de 6 directions régionales de santé publique (DRSP) ont fait ressortir que :

- Il est indispensable de travailler en partenariat plus étroit avec les acteurs municipaux pour l'atteinte des objectifs de santé publique.
- La capacité de soutenir les municipalités dans le domaine des saines habitudes de vie s'avère un enjeu très actuel pour les équipes de santé publique.
- Le déploiement d'une stratégie de soutien des municipalités se vit à échelle variable au Québec : certains milieux sont plus proactifs que d'autres.
- L'intervention en appui aux municipalités dans le domaine des saines habitudes de vie est influencée par quatre (4) grandes catégories de facteurs ayant trait :
 1. à la place accordée à la prévention et aux saines habitudes de vie dans la société;
 2. au fonctionnement des organisations de santé publique;
 3. au fonctionnement des municipalités;
 4. à la qualité des interactions entre les acteurs de santé publique et des municipalités.
- Ces facteurs s'influencent mutuellement et réclament des interventions systémiques pour que les professionnels se sentent à l'aise et bien outillés pour exercer leur rôle.
- L'intervention en milieu municipal requiert des compétences spécifiques en matière :
 - d'influence et de mobilisation des municipalités;
 - d'expertise de contenu en santé publique;
 - de création et de maintien des liens de collaboration avec les acteurs du milieu;
 - d'accompagnement des milieux locaux : les CSSS et les municipalités.
- L'ensemble des participants ont verbalisé avoir un besoin de soutien accru dans leur travail auprès des municipalités. La formation, l'accès à des outils, le *coaching-mentoring*, le travail en réseau et la production de connaissances sont au nombre des moyens proposés afin de mieux les soutenir.
- Selon les participants, le déploiement d'une stratégie de soutien devrait prioritairement comprendre :
 1. la mise sur pied d'une démarche de planification pérenne des actions et qui mise sur les acquis faits au Québec ces dernières années en matière de saines habitudes de vie;
 2. la nécessité de mieux définir les rôles et les responsabilités des acteurs de santé publique ainsi que des municipalités, et ce, dans une perspective de coconstruction;
 3. la nécessité que les acteurs en santé publique (le ministère de la Santé et des Services sociaux et les DRSP) puissent exercer un *leadership* accru auprès des acteurs municipaux ou de leurs représentants;
 4. la consolidation des capacités d'agir des CSSS et des DRSP.
- Une analyse transversale des dimensions à l'étude a également permis de dégager quatre cas de figure qui informent sur la manière de mieux répondre aux besoins de soutien et de formation des professionnels de santé publique, et ce, en fonction des particularités des organisations dans lesquelles ils évoluent.

Résumé

Contexte de l'étude

Cette étude porte sur les besoins de soutien et de formation des professionnels de santé publique dans l'appui qu'ils apportent aux municipalités dans le domaine des saines habitudes de vie.

Elle s'inscrit dans la foulée de plusieurs travaux qui ont été entrepris au cours des dernières années afin de mieux mobiliser les acteurs municipaux pour qu'ils s'engagent dans des actions dans le domaine des environnements favorables aux saines habitudes de vie. Parmi ces travaux, mentionnons la publication

« Prendre soin de notre monde » qui a suscité l'adhésion de douze organisations partenaires des municipalités (dont la Fédération québécoise des municipalités et l'Union des municipalités du Québec) (RQVVS, 2014). Il y a eu également la tenue de séances de sensibilisation dans les régions auprès des acteurs municipaux sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie.

Cet intérêt n'est pas étranger au fait que les municipalités se retrouvent sans contredit parmi les acteurs de premier plan, car elles disposent de leviers pour façonner les conditions de vie qui exercent une influence sur notre santé. Or, force est de constater que les efforts de santé publique en milieu municipal ont été jusqu'ici moins soutenus que dans d'autres milieux de vie, comme les écoles. C'est pourquoi il devient important de comprendre comment susciter une collaboration plus étroite entre les acteurs de santé publique et ceux des municipalités.

But et questions de recherche

Cette étude vise à identifier les besoins de soutien et de formation des professionnels de santé publique œuvrant dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les directions régionales de santé publique (DRSP), en vue d'améliorer leur travail auprès des municipalités. Elle permet de répondre aux questionnements suivants :

- Quelle est la vision des professionnels des CSSS et des DRSP de leur rôle auprès des municipalités en matière de saines habitudes de vie?
- Par quels moyens et actions actualisent-ils ce rôle?
- Quels sont les facteurs qui facilitent ou contraignent la capacité des professionnels des DRSP et des CSSS à exercer un rôle de soutien auprès des municipalités?
- Quels sont les besoins de soutien et de formation :
 - des professionnels des CSSS concernant l'intervention auprès des acteurs municipaux?
 - des professionnels des DRSP concernant l'intervention de soutien auprès des CSSS?

Méthodologie

L'ensemble de la démarche de recherche s'est échelonné entre septembre 2013 et septembre 2014. Un prétest a été réalisé en septembre 2013. Il avait pour double objectif d'obtenir des données préliminaires ainsi que d'élaborer une méthodologie adaptée à la réalité des différentes régions (stratégie d'échantillonnage, validation des questionnaires d'entrevue, etc.).

Les résultats présentés dans ce rapport s'appuient sur des entrevues de groupe téléphoniques semi-dirigées réalisées auprès de 10 équipes de CSSS et de 6 équipes de DRSP. Au total, 66 professionnels et gestionnaires de santé publique ont participé à l'étude. Selon une approche qualitative inductive, l'analyse des données s'est appuyée sur un cadre d'analyse mixte : les fondements des approches globales et concertées en promotion et prévention de la santé (Deschesne *et al.*, 2008; DePlancke *et al.*, 2009; Sasseville, Simard et Mucha, 2011) et le référentiel des compétences en promotion et prévention de la santé (Martin et Brahim, 2014). Ce cadre d'analyse mixte a permis d'appréhender les familles de compétences requises pour soutenir les municipalités, dans un contexte où il n'existe pas de référentiel spécifique à l'intervention de santé publique dans ce milieu de vie.

Résultats

Constats sur les interventions de soutien des acteurs de santé publique auprès des municipalités

Les résultats de cette recherche mettent en évidence qu'il existe des idées consensuelles au sein des 16 équipes de santé publique. Il est notamment ressorti qu'il est indispensable d'engager un partenariat plus étroit avec les acteurs municipaux puisque ces derniers disposent de leviers afin d'influencer les environnements favorables aux saines habitudes de vie.

Un inventaire des actions déployées par les équipes de santé publique a permis de démontrer que les DRSP jouent un rôle plus indirect auprès des municipalités. En effet, leur rôle consiste essentiellement à faciliter le travail des CSSS auprès des municipalités ainsi qu'à animer les concertations régionales. Les CSSS quant à eux travaillent de façon plus directe avec les municipalités en étant à la recherche d'opportunités

pour les influencer et les mobiliser dans des actions en matière de saines habitudes de vie.

Les actions déployées par les DRSP et les CSSS s'inscrivent dans les quatre grandes fonctions de la santé publique, telles que définies dans le référentiel de compétences en prévention et promotion de la santé et des services sociaux au Québec, 2014 (voir p. 7).

L'investissement des équipes de santé publique auprès des acteurs municipaux s'actualise de façon variable d'une organisation à l'autre. Cette situation est attribuable à de nombreux facteurs ayant trait à des éléments d'ordre sociopolitique, mais également à des éléments intra et inter organisationnels des établissements de santé publique et des municipalités. L'interaction entre ces facteurs est complexe et commande des actions systémiques pour y faire face.

Des priorités d'actions

Devant la complexité de l'intervention en milieu municipal, les équipes de santé publique interrogées estiment que le déploiement de stratégies de soutien devrait prioritairement cibler les facteurs contextuels plutôt que le renforcement des compétences individuelles.

Des quatre conditions à respecter, il y a d'abord la mise sur pied d'une démarche de planification pérenne qui permettrait de miser sur les acquis faits au Québec en matière de saines habitudes de vie. Cette condition est perçue incontournable en raison du retrait annoncé de Québec en Forme en 2017 qui risque de fragiliser ces acquis et d'entraîner une démobilisation des acteurs municipaux.

Cette démarche de planification devrait concourir à mieux définir les rôles et les responsabilités des acteurs en présence (notamment ceux de santé publique et des municipalités), et ce, à différents paliers d'intervention et niveaux hiérarchiques. Une orientation claire, mais flexible de la direction que devrait prendre l'intervention en milieu municipal sur les saines habitudes de vie est en ce sens attendue.

Par la même occasion, il est souhaité que le ministère de la Santé et des Services sociaux et les DRSP puissent exercer un *leadership* accru afin de mobiliser les municipalités et leurs représentants à s'engager dans des actions de santé publique. Ce *leadership*

devrait concourir à marquer l'engagement, concret et durable de la santé publique, de manière à soutenir un changement de pratique vers une approche axée sur les environnements favorables à la santé. Cela est d'autant plus justifié dans un contexte où les actions de promotion et prévention occupent un espace limité au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

Un besoin de soutien accru, mais adapté à la diversité des milieux

Les professionnels de santé publique ont exprimé avoir besoin d'être mieux soutenus afin de renforcer leurs compétences en lien avec l'intervention en milieu municipal, sur les plans :

1. de l'influence et de la mobilisation des acteurs municipaux;
2. de la capacité à transposer leur expertise de santé publique à la diversité des réalités municipales;
3. de la création de liens de collaboration avec les acteurs de milieu;
4. de l'accompagnement des milieux locaux (les CSSS et les municipalités).

À ce titre, différents moyens ont été proposés pour mieux soutenir les professionnels de santé publique dans le renforcement de leurs compétences, dont la formation, le coaching personnalisé et le travail en réseau. Les professionnels ont aussi verbalisé le besoin d'avoir accès à des connaissances spécifiques sur le travail auprès des municipalités. Ils déplorent manquer d'informations sur la façon d'adapter leurs interventions à la réalité de ces dernières. Les besoins de soutien exprimés par les professionnels varient d'une région à l'autre. C'est pourquoi la mise en place de mesures de soutien au renforcement des compétences devrait éviter les solutions « mur-à-mur ».

Implications

Ce rapport s'adresse aux professionnels ainsi qu'aux gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux. Il a pour finalité d'éclairer l'action et la prise de décision dans le domaine de l'intervention de santé publique en milieu municipal.

1 Introduction

L'adoption des saines habitudes de vie figure parmi les objectifs prioritaires de la santé publique. Pour obtenir des gains substantiels de santé, il est essentiel de miser sur les changements de comportements individuels qui sont grandement tributaires d'environnements physiques, sociaux, économiques et politiques favorables aux saines habitudes de vie (WHO, 1996; Takano, Nakamura, et Watanabe, 2002).

Or, la santé publique a peu de moyens pour agir sur ces différents environnements. Elle doit s'associer à des partenaires significatifs qui disposent des leviers nécessaires pour agir sur ces derniers. Dans cette optique, la création de partenariats avec les municipalités est une cible privilégiée puisque ces dernières sont en mesure de façonner les conditions de vie qui exercent une incidence sur la santé (ex. : l'aménagement urbain, le transport collectif, l'accès à une saine alimentation, des rues et des milieux de vie sécuritaires, etc.) (Sasseville, 2014).

L'importance d'agir sur les milieux de vie est d'ailleurs une orientation clairement inscrite dans le *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids (2006-2012)* (PAG-SHV) qui propose 75 actions à mettre en œuvre dans tous les milieux de vie, dont les municipalités. Si beaucoup de milieux de vie inscrits dans le PAG-SHV ont pu bénéficier jusqu'à présent d'interventions soutenues en promotion et en prévention, force est de constater que les municipalités ont fait l'objet de moins d'attentions.

1.1 Mandat

Différentes initiatives structurantes ont été menées au cours des dernières années afin de mieux comprendre les fonctions municipales et les enjeux relatifs à la dynamique partenariale entre les acteurs municipaux et ceux qui désirent collaborer avec elles. Mentionnons le chantier sur l'intervention en milieu municipal mis en œuvre par Québec en Forme¹, l'élaboration d'une vision

« par et pour » les acteurs municipaux de leur rôle à l'égard des saines habitudes de vie² et la vaste opération de sensibilisation aux environnements favorables aux saines habitudes de vie réalisée par le Comité québécois de formation sur les saines habitudes de vie³.

C'est en continuité avec ces initiatives que le réseau de la santé publique, par sa Table de concertation nationale en promotion-prévention (TCNPP), a mandaté l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) afin de réaliser un état de situation des interventions réalisées en milieu municipal par les paliers régionaux (DRSP) et locaux (CSSS). Par la même occasion, le réseau désirait connaître les besoins de soutien et de formation de ses ressources humaines afin qu'elles puissent être en mesure de mieux intervenir auprès de ce milieu. Enfin, par ce mandat, la TCNPP souhaitait compléter la démarche « par et pour » les acteurs municipaux (Sasseville, 2014) en donnant la voix aux acteurs de son réseau. Ce rapport s'inscrit donc dans la réflexion actuelle sur l'importance d'accentuer les efforts auprès des municipalités, en le faisant de manière plus concertée pour assurer une meilleure synergie des actions.

¹ En 2014, Québec en Forme a mené un chantier sur l'intervention en milieu municipal. Par ce chantier, l'organisme visait à se doter d'un plan d'intervention multi partenarial et multi stratégique dont le but était de sensibiliser et convaincre les acteurs municipaux (élus et gestionnaires) de mettre en place des politiques et des plans d'actions qui touchent les saines habitudes de vie.

² La démarche « par et pour » visait à élaborer une vision du rôle que désirent exercer les municipalités dans la création d'environnements favorables aux saines habitudes de vie. Pour ce faire, dix entrevues de groupe ont été réalisées auprès de 66 acteurs représentant les services municipaux (des élus ainsi que le personnel administratif de différents secteurs, dont la direction générale, les sports et loisirs, la sécurité publique ainsi que l'urbanisme et l'aménagement) (Sasseville, 2014). Les résultats de cette consultation ont servi à l'élaboration de la brochure « Prendre soin de notre monde » qui invite les acteurs municipaux du Québec à s'impliquer dans le mouvement (RQVVS, 2014).

³ Le Comité québécois de formation sur les saines habitudes de vie est l'instigateur en collaboration avec les régions d'une vaste opération de sensibilisation sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie. Depuis l'automne 2013, près de 9 000 acteurs de soutien et leviers ont été rejoints. La prochaine formation visera deux cibles : 1- préparer les acteurs de soutien à bien accompagner le milieu municipal dans la création d'environnements favorables aux saines habitudes de vie et 2- préparer et éclairer les acteurs municipaux eux-mêmes.

1.2 Enjeux entourant l'intervention municipale en matière de saines habitudes de vie

Quelques travaux se sont intéressés à la complexité des interventions municipales en matière de saines habitudes de vie (CRÉ de la Montérégie Est, 2011; Québec en Forme, 2013; Sasseville, 2014). Les enjeux relevés par ces travaux ont trait à :

- L'engagement inégal des municipalités dans la création d'environnements favorables aux saines habitudes de vie en raison de capacités inégales pour agir (ex. : accès à des ressources humaines, matérielles et financières), mais aussi de questionnements entourant la légitimité de leur rôle dans le domaine de la santé.
- Les capacités d'agir limitées du réseau de la santé publique en termes de ressources et d'expertises font en sorte que les municipalités ont accès à un soutien variable d'une région à l'autre.
- L'absence d'une vision partagée sur les rôles et les responsabilités des différents acteurs en lien avec les municipalités (national, régional et local). Ces ambiguïtés entraînent des difficultés partenariales entre les acteurs en présence.
- La persistance d'un fonctionnement organisationnel en silo, tant au sein des municipalités, qu'au sein des organisations de santé publique.
- La coexistence de différentes approches, écoles de pensée et façons de faire avec les municipalités (ex. développement durable, développement social, développement des communautés, Villes et Villages en santé, etc.) qui entraînent des incompréhensions quant à leur application.
- Une sursollicitation ainsi qu'une surmultiplication des projets et programmes qui s'adressent aux municipalités qui, sans intégration et coordination adéquate, engendrent leur méconnaissance et sèment la confusion sur les rôles.

Malgré ces enjeux, la démarche « par et pour » les acteurs municipaux a fait ressortir que de manière générale, les acteurs municipaux estiment détenir un rôle fondamental à l'égard de la qualité de vie, en mettant à profit leurs compétences⁴. Ceci dit, devant la complexité des réalités et des problématiques qui les concernent, ils estiment qu'ils ne peuvent intervenir seuls. C'est pourquoi une collaboration plus étroite avec le réseau de la santé publique est à ce titre souhaitée par ces derniers (Sasseville, 2014).

Devant cette invitation sans équivoque des municipalités, il devient pertinent de se questionner sur les besoins de soutien et de formation des acteurs du réseau de la santé publique concernant leur rôle d'accompagnement des municipalités dans le domaine des saines habitudes de vie.

2 But et objectifs

Cette étude a pour but de documenter les besoins de soutien et de formation des professionnels de santé publique afin d'identifier des mesures capables de les appuyer dans leur rôle auprès des municipalités. Les quatre objectifs qui ont guidé cette démarche sont de :

- dégager la vision qu'ont les professionnels des CSSS et des DRSP de leur rôle auprès des municipalités en matière de saines habitudes de vie;
- recenser les moyens et les actions par lesquels ils actualisent ce rôle;
- identifier les facteurs qui facilitent ou contraignent leur capacité à exercer un rôle de soutien auprès des municipalités;
- connaître les besoins de soutien et de formation :
 - des professionnels des CSSS concernant l'intervention auprès des acteurs municipaux;
 - des professionnels des DRSP concernant l'intervention de soutien auprès des CSSS.

⁴ Ces principaux champs de compétences ont trait à des actions en matière : d'urbanisme et d'aménagement du territoire; de culture, de loisirs, d'activités communautaires et de parcs; de transport et de voirie; de sécurité; d'environnement; ainsi que de développement économique local (Sasseville, 2014).

3 Méthodologie

Compte tenu du but et des objectifs, une méthodologie de recherche qualitative descriptive a été retenue. La population à l'étude est celle des professionnels et gestionnaires œuvrant dans le domaine de la promotion et de la prévention en matière de saines habitudes de vie. Ils ont été recrutés à partir des 16 DRSP et des 95 CSSS du Québec.

3.1 Stratégie d'échantillonnage et échantillon

Stratégie d'échantillonnage

Dans la mesure où nous cherchions à déterminer des besoins de soutien et de formation en fonction d'une diversité de réalités vécues par les DRSP et les CSSS, un plan d'échantillonnage stratifié à 2 degrés a été retenu.

Au premier degré, il s'agissait de regrouper les DRSP et les CSSS en trois strates selon la densité de la population⁵ (régions peu densifiées, régions moyennement densifiées et régions densifiées). Par la suite, 10 CSSS⁶ et 6 DRSP⁷ ont été sélectionnés aléatoirement, et ce, de manière proportionnelle au nombre d'organisations existant dans chacune des strates.

Au deuxième degré, tous les professionnels et les gestionnaires répondant aux critères de sélection suivants étaient invités à participer à l'étude :

- détenir une responsabilité en matière de prévention et de promotion des saines habitudes de vie, **et**
- intervenir de façon directe ou indirecte auprès des municipalités.

⁵ La densité de la population est obtenue en divisant la population par la superficie du territoire.

⁶ Les CSSS sélectionnés sont ceux du Témiscaming et de Kipawa; de la Vallée-de-la-Batiscan; des Etchemins; de la Vallée-de-la-Gatineau; du Haut-Richelieu-Rouville; du Lac-St-Jean; d'Argenteuil; de Pierre-Boucher; de Trois-Rivières ainsi que de Sept-Îles.

⁷ Les DRSP sélectionnées sont celles de l'Abitibi; du Nord-du-Québec; de l'Outaouais; du Centre-du-Québec; de Montréal ainsi que de Québec.

Échantillon

Au total, 66 professionnels et gestionnaires ont été interrogés (53 femmes et 13 hommes) et le taux de désistement à l'étude est de 12,9 % (n = 10).

Sur le plan des caractéristiques des participants composant l'échantillon, cinquante-cinq d'entre eux occupaient une fonction d'agent de recherche et de planification et les quinze autres une fonction de gestion ou de coordination. La grande majorité des participants (87 %) détenait un statut d'emploi permanent. Les participants interrogés provenaient également de champs disciplinaires variés : éducation physique, nutrition, psychologie, médecine, santé communautaire, sciences infirmières, travail social, aménagement et urbanisme, biologie, communications, kinésiologie.

Des distinctions entre les professionnels des DRSP et des CSSS ont pu être observées :

- les professionnels des DRSP détenaient en plus grande proportion des études supérieures que ceux des CSSS (baccalauréat : 41 % c. 70 %; maîtrise : 47 % c. 26 % et doctorat : 12 % c. 4 %);
- les professionnels des DRSP détenaient une moyenne d'années d'expérience de travail en promotion et en prévention plus élevée que ceux des CSSS (8,31 années c. 5,88 années);
- les professionnels des DRSP possédaient une moyenne d'années d'expérience de travail en milieu municipal plus élevée que ceux des CSSS (7,6 années c. 5,46 années).

3.2 Méthodes et outils de collecte des données

Méthode de collecte des données

La collecte des données s'est déroulée entre les mois d'octobre 2013 et de janvier 2014 au moyen d'entrevues téléphoniques de groupe semi-dirigées. La durée moyenne des entrevues était d'une heure trente minutes. Toutes les entrevues ont été enregistrées et retranscrites intégralement.

Les étapes qui ont précédé ces entrevues sont les suivantes :

- un premier contact était effectué par courriel auprès des coordonnateurs de promotion et prévention des DRSP des régions retenues pour expliquer la démarche et solliciter leur appui dans le processus de recrutement des CSSS;
- par la suite, avec l'aide des coordonnateurs des DRSP et des gestionnaires des CSSS, les participants qui répondaient aux critères de sélection étaient identifiés;
- le schéma d'entrevue ainsi que le formulaire de consentement étaient acheminés par courriel aux participants avant l'entrevue. Les participants étaient invités à retourner le formulaire de consentement dûment complété par courriel avant l'entrevue.

Outils de collecte des données

L'entrevue de groupe semi-dirigée est le principal outil de collecte des données. Le schéma d'entrevue visait à documenter la perception des professionnels de promotion et de prévention sur les dimensions suivantes :

- la compréhension de leur rôle et responsabilités actuelles à l'égard des municipalités;
- les éléments qui facilitent ou contraignent l'exécution de ce rôle;
- leur perception des compétences requises, acquises et à acquérir face à l'intervention de soutien en milieu municipal;
- les besoins de soutien et de formation jugés prioritaires pour mieux les soutenir dans ce rôle.

Le schéma d'entrevue prévoyait également un court questionnaire visant à dresser un profil des participants

3.3 Analyse des données

Cadre d'analyse des données

Tel qu'évoqué précédemment, dans l'univers de l'intervention de soutien auprès des municipalités coexistent différentes approches et façons de faire. Ces approches dites « globales et concertées » font appel à des principes d'action et des valeurs similaires qui ont

servi de cadre d'analyse des données de cette étude. Ces principes d'actions concernent :

- la concertation et le partenariat intersectoriel (Gillies, 1998; Sasseville, Martineau, 2012);
- la participation citoyenne (CSBE, 2001);
- l'adoption de politiques publiques favorables à la santé (Yach et Beaglehole, 2004);
- l'engagement et la mobilisation des décideurs (Kearney et Vaillancourt, 2006; Sasseville et Martineau, 2012).

Ce type d'approches suppose également la capacité de mettre en œuvre des initiatives selon une démarche structurée afin de déterminer les actions de santé publique. Cette démarche repose sur quatre grandes familles de compétences telles que définies dans le référentiel des compétences en prévention et promotion de la santé du réseau de la santé et des services sociaux du Québec, à savoir :

- la production d'outils, méthodes et connaissances pour l'amélioration des pratiques de prévention et de promotion de la santé;
- la planification, en collaboration avec les partenaires et les réseaux concernés, des services et des activités de prévention et de promotion de la santé adaptés aux besoins des collectivités;
- le déploiement des services et d'activités de prévention et de promotion de la santé auprès de la population et des milieux de vie concernés;
- l'accompagnement des intervenants et des gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires dans l'amélioration des pratiques de prévention et de promotion de la santé (Martin et Brahim, 2014).

Traitement des données

Une analyse thématique a permis de vérifier la présence de thèmes, de mots ou de concepts dans les contenus des entrevues et de les organiser en un ensemble. Deux approches complémentaires ont été utilisées à cet effet :

- une analyse verticale des propos, c'est-à-dire basée sur un traitement des données intra participants pour dégager la façon dont chacun aborde l'ensemble des catégories de la grille d'analyse;

- une analyse horizontale, c'est-à-dire entre les éléments d'analyse catégorisés pour établir comment chacune des dimensions a été abordée par l'ensemble des professionnels interrogés.

Limites de l'étude

Cette étude comporte certaines limites qu'il convient de mentionner. La première est inhérente au choix de la méthodologie de recherche qui est de nature descriptive et qualitative. Bien que la stratégie d'échantillonnage visait à s'assurer de capter une diversité de réalités vécues par les professionnels des DRSP et des CSSS, les résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble des situations qui prévalent au Québec. En ce sens, les propos recueillis reflètent la perception des professionnels de santé publique des milieux que nous avons interrogés.

La deuxième limite concerne le fait que cette étude se déroule à un moment précis où nous observons une transformation du rôle des professionnels en promotion et en prévention en faveur d'un soutien accru aux municipalités. Cette transformation s'inscrit dans un processus évolutif, ce qui fait en sorte que les points de vue des personnes interrogées témoignent de leur expérience à un moment précis de ce processus.

La troisième limite a trait au choix de réaliser des entrevues de groupe. La présence des coordonnateurs et de gestionnaires lors de ces entretiens a pu teinter certains propos de professionnels et vice versa.

4 Résultats

4.1 Intervention de soutien auprès des municipalités : principaux constats

Les municipalités : un acteur incontournable pour l'atteinte des objectifs de santé publique

« On a à rejoindre le côté politique et les élus, c'est sûr, parce que ce sont des acteurs vraiment importants dans notre milieu et on se dit qu'il faut travailler avec eux, c'est certain » (Propos d'un professionnel du CSSS # 9).

Les 16 équipes de santé publique que nous avons interrogées estiment primordial de travailler en partenariat étroit avec les municipalités. Elles rapportent que les acteurs municipaux s'avèrent incontournables à l'atteinte des objectifs de santé

publique, spécialement dans la création d'environnement favorables aux saines habitudes de vie.

Des actions à géométrie variable selon les milieux

« Au départ lorsque les postes des agents de promo ont été créés, avec le milieu municipal, on avait un rôle beaucoup plus au niveau des intervenants de loisirs dans le cadre des campagnes Plaisirs d'hiver, Défi 5-30, J'arrête j'y gagne. C'était une période où ce que l'on faisait c'était des activités ponctuelles, du genre kiosque dans le cadre d'une fête nationale. Et tranquillement, on a cheminé vers le concept d'environnements favorables en milieu municipal » (Propos d'un professionnel du CSSS # 9).

Au cours des dix dernières années, le réseau de la santé publique a vu une transformation considérable de sa pratique en matière de promotion et de prévention, en faveur d'une approche axée sur les milieux de vie. Les municipalités se retrouvent depuis peu à l'agenda des DRSP et des CSSS, principalement par l'entremise des plans d'action régionaux et locaux (PAR et PAL) ainsi que ceux des tables intersectorielles régionales en saines habitudes de vie (TIR-SHV). Les participants précisent toutefois que cette préoccupation ne parvient pas à se traduire par une offre concrète de services pour les municipalités.

L'actualisation d'une approche de soutien aux municipalités est donc en émergence pour beaucoup d'équipes interrogées et exige d'elles une période de positionnement et d'ajustement. Si bien que le déploiement d'une stratégie de soutien de santé publique en milieu municipal est variable d'une équipe à l'autre ; certains milieux étant plus proactifs que d'autres.

Des actions qui s'inscrivent dans les 4 fonctions de santé publique

Les principales activités déployées par les DRSP et les CSSS auprès des municipalités ont été identifiées dans le cadre de cette étude de besoin. Un inventaire des pratiques montre que ces actions peuvent être classées selon les quatre grandes fonctions de santé publique, telles que définies par le référentiel des compétences de la promotion et de la prévention au Québec. Le lecteur trouvera au tableau 1 des exemples d'activités de promotion et prévention déployées auprès des municipalités selon ces grandes fonctions de santé publique.

Au regard des fonctions exercées, les DRSP jouent un rôle plus indirect auprès des municipalités que celui des CSSS. Ce rôle s'exerce essentiellement par des fonctions d'accompagnement des CSSS, de production des connaissances (réaliser des recherches-actions, élaborer des outils, etc.) et d'animation des concertations à l'échelle régionale. Les CSSS impliqués auprès des municipalités, pour leur part, consacrent un temps substantiel à la recherche d'opportunités afin de créer des partenariats effectifs avec ces dernières, et ce, dans le but de les mobiliser dans des activités de santé publique.

En regard des fonctions exercées par les organisations de santé publique auprès des municipalités, ce sont au sein des CSSS qu'il existe le plus de disparité. En effet, dans les CSSS les interventions réalisées vont d'aucune intervention à des interventions d'influence et d'accompagnement plus soutenues auprès de ce milieu.

De multiples facteurs qui complexifient l'intervention de soutien auprès des municipalités

Les professionnels et les gestionnaires ont soulevé de multiples facteurs qui exercent une influence positive ou négative sur leur capacité à s'investir auprès des municipalités. Ces facteurs peuvent être classifiés en quatre (4) grandes catégories d'éléments ayant trait :

- à la *place de la prévention et des saines habitudes de vie* dans la société et à l'intérêt qui leur est porté par les pouvoirs publics. Ces facteurs concernent la présence ou l'absence de normes sociales en lien avec les saines habitudes de vie, d'attentes signifiées à l'égard des rôles et des responsabilités des acteurs en présence et de ressources (humaines et financières) pour soutenir les actions de prévention;
- à la *fonctionnement du réseau de la santé publique* et qui concernent la qualité des communications entre les différents paliers du réseau, les capacités d'agir des équipes de santé publique en termes de ressources humaines et d'expertise, le degré d'appui des gestionnaires et chefs d'équipe à l'égard d'approches plus globales et concertées, la charge de travail des professionnels et la présence ou non d'un discours harmonisé des acteurs du réseau en matière de santé;
- à la *fonctionnement des organisations municipales*, à savoir le degré de mobilisation et d'engagement des acteurs municipaux, la capacité d'agir des municipalités en termes de ressources financières et d'expertise, les réalités territoriales multiples, le degré de sensibilisation à leur rôle en matière de santé, la sursollicitation des acteurs municipaux par différents acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, le fonctionnement complexe des municipalités ainsi que la capacité des municipalités à planifier leurs actions de façon pérenne;
- à la *qualité des interactions entre les acteurs municipaux et ceux de la santé publique* dont : la capacité à travailler en concertation, la qualité de la complicité établie entre les acteurs, la compréhension du rôle de l'autre ainsi que la présence ou non d'une vision commune et partagée de l'action.

Tableau 1 Activités de promotion et de prévention déployées par les DRSP et les CSSS en lien avec l'intervention de soutien des municipalités dans le domaine des saines habitudes de vie

Fonctions de santé publique	Exemples d'activités de promotion et prévention déployées auprès des municipalités
Produire des connaissances utiles pour l'amélioration de la promotion et de la prévention de la santé publique	- Assumer une fonction de surveillance-contrôle - Réaliser des recherches-action - Établir des lignes directrices et des avis - Diffuser et transférer les connaissances
Planifier les interventions en collégialité avec le milieu municipal	- Soutenir l'élaboration de portraits de communauté - Planifier conjointement les actions avec les acteurs - Concevoir une intervention - Agir comme personne-ressource pour planifier et documenter les pratiques efficaces
Déployer les actions et les interventions dans les milieux municipaux	- Animer et travailler en concertation - Réseauter les acteurs - Développer des politiques favorables à la santé - Sensibiliser et informer sur des contenus de santé publique (ex. : kiosque d'information, campagnes sociétales) - Influencer et mobiliser les acteurs municipaux - Assurer la gestion et l'implantation des interventions - Faire des présentations sur des thématiques de santé
Accompagner les intervenants du réseau de la santé publique et les partenaires dans le développement des compétences et dans la mise en œuvre d'interventions efficaces de santé publique	- Développer les capacités d'agir des milieux - Outiller - Soutenir les CSSS dans l'animation locale - Donner accès à du financement pour la mise en œuvre de projet - Développer les compétences professionnelles des CSSS et des acteurs municipaux

4.2 Actions prioritaires pour un soutien plus efficace des équipes de santé publique

« Je dirais que la clé commence d'abord là, c'est-à-dire qu'avant de penser à des formations ou à de la mobilisation, il y a des choses de base qui ne sont pas au rendez-vous et qui nous empêchent de progresser » (Propos d'un professionnel de DRSP # 6).

En raison du nombre et de la nature complexe des enjeux entourant le soutien aux municipalités, quatre actions prioritaires ont été ciblées par les équipes de santé publique afin qu'elles se sentent mieux soutenues. Ces priorités concernent les conditions essentielles à rencontrer. Elles sont davantage axées sur la modification de l'environnement organisationnel et

politique entourant le domaine des saines habitudes de vie, plutôt que sur le développement des compétences individuelles.

Mettre sur pied une démarche de planification pérenne des actions et qui mise sur les acquis

« C'est important de continuer de tabler avec tout ce qui a été mis en place, et de s'assurer une continuité parce qu'en 2017 Québec en Forme va disparaître » (Propos d'un professionnel de DRSP # 5).

Avec la venue du PAG, de nombreux acquis ont été constatés ces dernières années dans le domaine des saines habitudes de vie, et ce, notamment grâce aux actions déployées par Québec en Forme et les TIR-SHV. Selon des propos recueillis, le retrait annoncé de Québec en Forme en 2017 risque de fragiliser ces acquis si

aucune démarche de planification des actions à plus long terme n'est mise sur pied d'ici là.

L'enjeu est, selon eux, la façon dont le réseau de santé publique sera en mesure d'appuyer l'ensemble des initiatives et concertations soutenues par Québec en Forme. Pour ces professionnels, il est évident qu'il s'en suivra un risque de démobilisation des initiatives locales si rien n'est fait.

Définir les rôles et les responsabilités des acteurs dans une perspective de coconstruction

«C'est important qu'il [le MSSS] nous oriente dans quelque chose, mais il faut que ce soit quand même assez souple et ajustable à notre milieu » (Propos d'un professionnel du CSSS # 10).

Aux différents paliers (local, régional et national) ainsi qu'à tous les niveaux hiérarchiques (gestionnaires et professionnels), il est souhaité que le réseau de la santé publique puisse se doter d'une orientation claire sur la direction que devrait prendre le soutien à l'intervention en milieu municipal, tout en étant assez souple pour être adaptable aux différentes réalités régionales et locales.

Cette clarification entourant les rôles et les responsabilités devrait aussi viser le milieu municipal : clarifier ses leviers, ses compétences, ses capacités et le rôle qu'il se reconnaît à l'égard des environnements favorables aux saines habitudes de vie. Il a été suggéré à ce sujet que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), par son mandat de coordination du PAG-SHV, puisse inviter ses homologues ministériels afin de déterminer avec eux les grandes balises permettant de déterminer le rôle des municipalités à cet égard.

Favoriser un *leadership* accru des acteurs leviers

« Je pense qu'il y devrait y avoir comme un *leadership* qui devrait être plus fort assumé par la santé publique » (Propos d'un professionnel du CSSS # 13).

Beaucoup d'équipes estiment que le ministère de la Santé et des Services sociaux doit exercer une plus grande influence pour que soient adoptés des lois et des règlements visant à encadrer l'action municipale en matière de saines habitudes de vie. Pour qu'elles soient porteuses d'efficacité, ces actions devraient viser à changer les normes sociales et solliciter des acteurs d'influence qui peuvent intervenir en faveur d'un

engagement accru des municipalités en matière de saines habitudes de vie.

Au palier régional, il est attendu des équipes des CSSS interrogées que la DRSP de leur territoire puisse exercer un *leadership* accru auprès des municipalités. Selon elles, les DRSP peuvent faciliter grandement leur travail en leur ouvrant des portes. La réalisation d'une tournée régionale visant à sensibiliser les élus, l'utilisation de tribunes pour promouvoir les saines habitudes de vie ainsi que la réalisation d'actions conjointes CSSS et DRSP auprès des municipalités sont tous des exemples d'actions qui peuvent faciliter le travail des CSSS auprès des municipalités.

Consolider les capacités d'agir des équipes de santé publique

« Bon il y a très peu de budget qui est en prévention-promotion, la grosse masse du budget de la santé c'est guérir des blessures de toutes sortes. [...] Puis là on a un discours de dire : « il faut travailler avec les villages, il faut travailler avec les communautés ». Mais ça, ce n'est pas payant au niveau des statistiques. Si on sent qu'on n'a pas clairement dit au niveau du ministère de la Santé : "on se repositionne, puis que ces activités-là de santé publique soient reconnues, puis qu'on libère une personne et puis qu'on doit aussi libérer au niveau de sa productivité », tant qu'on n'aura pas ça, on est en échec » (Propos d'un professionnel du CSSS # 8).

Près de la moitié des équipes interrogées (DRSP et CSSS) considère essentiel de réaffirmer l'importance des actions de promotion et de prévention au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Des actions structurantes sont à cet effet soulignées par les professionnels et gestionnaires comme ayant le potentiel de faciliter l'atteinte de cet objectif.

Une première action structurante concerne une meilleure sensibilisation des décideurs et des gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux aux exigences relatives à l'intervention de soutien des municipalités. Cette sensibilisation devrait concourir à des modes de gestion plus flexibles permettant de rencontrer ces exigences, même si parfois ces dernières s'éloignent des critères de reddition de compte I-CLSC. À ce sujet, il est souhaité qu'une réflexion sur des indicateurs de performance soit menée afin qu'ils puissent prendre en considération les stratégies d'action mise en œuvre en promotion et prévention de la santé.

La seconde action structurante concerne l'importance de se doter d'une masse critique d'intervenants possédant des profils diversifiés pour répondre adéquatement aux besoins et aux contextes d'intervention des municipalités. La présence d'une équipe dédiée à la promotion et à la prévention dans les CSSS est avancée par de nombreuses équipes comme étant une condition incontournable au succès d'activités à portée « communautaire ».

4.3 Des compétences spécifiques à l'intervention de soutien des municipalités

« Intervenir avec les municipalités ça prend des habiletés qui sont différentes, qui ne sont pas toujours les mêmes d'un milieu à l'autre. Tu sais comme la capacité de travailler avec le politique, ce n'est pas une habileté que l'on a nécessairement développée » (Propos d'un professionnel de la DRSP # 2).

Les participants se sont prononcés à propos des compétences qu'ils considèrent requises, acquises ou à acquérir dans leur rôle de soutien auprès des municipalités. Une analyse de leurs propos a permis d'identifier 4 grandes compétences interdépendantes les unes des autres (figure ci-dessous). La plupart de ces compétences font appel à des savoir-faire communs à plusieurs champs disciplinaires. Le lecteur retrouvera en annexe 1 une grille synthèse des compétences considérées nécessaires à l'intervention municipale. À chacune sont associées des situations professionnelles et les ressources nécessaires à la maîtrise de ces situations (savoir, savoir-faire et savoir-être).

Compétences en promotion et prévention liées à l'intervention de soutien en milieu municipal dans le domaine des saines habitudes de vie



Compétence 1 : Influencer et mobiliser les acteurs municipaux

« On est vraiment dans une lecture politique, une lecture de la carte politique, notre niveau d'influence, etc. C'est une lecture fine qui nécessite d'être près de ce milieu-là et de bien le connaître pour être en mesure d'être capable de l'influencer » (Propos d'un professionnel de la DRSP # 6).

La compétence d'influence et de mobilisation des municipalités est un élément prédominant des discours de toutes les équipes interrogées.

Il s'agit, par diverses stratégies, de mobiliser les acteurs municipaux à s'engager dans un partenariat plus effectif avec la santé publique afin de façonner les environnements pour qu'ils soient favorables aux saines habitudes de vie.

Cette compétence engage trois situations professionnelles⁸ :

- des habiletés communicationnelles de persuasion afin d'être en mesure de susciter l'adhésion à ses idées;
- un *leadership* stratégique pour pouvoir naviguer dans un milieu largement « politisé » et complexe. Il implique des habiletés de stratégie ainsi que des capacités d'analyse afin de reconnaître les instances au pouvoir, décoder les jeux de pouvoir et en comprendre les règles;
- le *reaching out* afin de rejoindre les municipalités à partir de leurs préoccupations et besoins. Pour ce faire, le professionnel de santé publique se doit d'être proactif en tentant de développer une bonne complicité avec les acteurs en présence.

La forte majorité des professionnels des DRSP et des CSSS que nous avons interrogés, incluant ceux qui ont acquis une expérience significative auprès du milieu municipal, estime devoir développer une meilleure aisance sur le plan de la compétence d'influence et de mobilisation des acteurs municipaux. Les principales difficultés rencontrées par ces professionnels concernent :

- une méconnaissance du fonctionnement général des municipalités (ex. : fonctionnement des grandes villes

⁸ Les situations professionnelles sont des situations qui se présentent dans le cadre du travail et qui s'inscrivent dans un ensemble de situations similaires, c'est-à-dire ayant certaines caractéristiques communes (Martin, Brahimi, 2014).

versus des petits milieux) qui limite grandement leur capacité à exercer un leadership stratégique;

- un manque de connaissance des profils singuliers des municipalités qui composent leur territoire et qui ne leur permet pas de suivre l'évolution des changements qui surviennent (ex. : le changement des élus et son influence sur l'agenda politique);
- une difficulté plus marquée des professionnels qui ont peu d'expérience en milieu municipal à établir une crédibilité auprès de ce milieu.

Compétence 2 : Détenir une expertise de contenu en santé publique

« Ça prend de l'expertise au départ » (Propos d'un professionnel de la DRSP # 2).

Puisqu'ils agissent à titre de personnes-ressources dans la planification d'interventions de promotion et de prévention en milieu municipal, les participants estiment important d'être en mesure de :

- conseiller les municipalités sur des contenus de santé publique en lien avec les interventions jugées efficaces en matière de saines habitudes de vie et des environnements qui leurs sont favorables;
- transposer les contenus de santé publique à la diversité des milieux dans lesquels ils interviennent.

De façon générale, les professionnels interrogés considèrent bien maîtriser l'expertise de contenu en lien avec les saines habitudes de vie. Ils estiment cependant que l'expertise qu'ils détiennent est restreinte à un domaine de connaissances particulier soit : l'alimentation, le transport actif ou l'activité physique. Cette situation s'avère contraignante, car les municipalités travaillent dans une perspective plus large de qualité de vie. Le manque d'intégration des domaines de connaissances entourant les saines habitudes de vie et leurs environnements favorables constitue en ce sens une difficulté importante rencontrée par ces professionnels.

À cela s'ajoutent certaines difficultés à pouvoir proposer des interventions de santé publique adaptées aux différentes réalités municipales. C'est particulièrement le cas lorsqu'il s'agit de soutenir les petites municipalités qui disposent de ressources humaines et financières limitées.

Compétence 3 : Créer et maintenir des liens de collaboration avec les acteurs du milieu

« Dans le fond, c'est d'avoir une capacité de réseautage, de faire des liens avec toutes les opportunités à saisir en misant sur le travail en partenariat » (Propos d'un professionnel du CSSS # 9).

L'action sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie requiert la création et le maintien de liens de collaboration avec des acteurs issus de divers secteurs d'activités (emploi, éducation, municipal, etc.). Les situations professionnelles dans cette famille de compétence concernent :

- la capacité de réseauter et de mobiliser les acteurs du milieu dans des projets rassembleurs;
- la capacité d'animer et de coordonner les concertations.

Afin de bien soutenir le développement de cette compétence, des gestionnaires ont insisté sur l'importance de mieux former les professionnels du réseau de la santé publique sur les stratégies d'action en lien avec l'approche de développement des communautés. Des professionnels ont d'ailleurs formulé des besoins similaires de formation et d'accès aux outils en ce sens.

Compétence 4 : Accompagner les milieux locaux

« C'est beaucoup des compétences aussi au niveau de l'accompagnement, du développement des communautés locales et tout ce qui concerne l'*empowerment*. C'est développer leur capacité d'agir » (Propos d'un professionnel de la DRSP # 2).

Cette compétence implique les situations professionnelles suivantes :

- la capacité d'accompagnement dans la mise en œuvre des projets et de services en partenariat avec les parties prenantes (CSSS et municipalités). Afin de mener à bien ses activités, le professionnel est amené à établir des liens de confiance en se montrant disponible et en adoptant une posture de « faire avec » plutôt que de s'imposer comme celui « qui sait et qui fait à la place de ». Il s'agit donc de soutenir le milieu dans ses aspirations et de partir d'où il se situe;
- la capacité de développer et de renforcer les compétences des parties prenantes (CSSS et municipalités) en continu par la réalisation d'activités

à portée éducative en promotion de la santé, pour ainsi augmenter leur efficacité. Cette capacité peut prendre diverses formes dont le mentorat, la sensibilisation, la formation, l'accompagnement personnalisé et l'accès à des outils de processus et d'intervention. Il s'agit de créer un climat propice au transfert et à l'échange des connaissances tout en reconnaissant l'expertise de l'accompagné.

Plusieurs professionnels des CSSS et des DRSP ont verbalisé les difficultés qu'ils éprouvent dans l'accompagnement des municipalités lors de la mise en œuvre de projets. Ces derniers ne se sentent pas toujours bien outillés pour proposer des actions concrètes et réalistes aux municipalités. Plusieurs craignent d'ailleurs que cette difficulté engendre à plus long terme une démobilisation de ce milieu.

Par ailleurs, pour des professionnels des DRSP une difficulté identifiée concerne leur capacité à soutenir le développement des compétences des professionnels des CSSS. Cette situation s'explique par les profils de formation diversifiés des professionnels des CSSS et qui font en sorte que l'accompagnement est un défi de taille.

4.4 Les besoins de soutien et d'accompagnement

Tel que démontré dans la section précédente, plusieurs professionnels qui ont participé à cette étude ont exprimé le besoin d'être mieux soutenus dans le développement et le renforcement de leurs compétences en lien avec l'intervention en milieu municipal.

Des besoins identifiés, cinq (5) grandes catégories de moyens ont pu être dégagées (voir tableau 2). Enfin, soulignons que ces moyens devraient respecter un certain nombre de principes dont :

- *l'empowerment* : en engageant les acteurs de santé publique dans les apprentissages, notamment en préconisant une approche de formation de formateurs basée sur les acquis des professionnels et s'éloignant du modèle d'expert (celui qui sait et qui transmet son savoir);
- la souplesse : en s'assurant que les moyens proposés soient adaptables à la diversité des besoins et des réalités régionales;
- l'accompagnement : en inscrivant la démarche dans la durée et la continuité et en assurant un ancrage dans la pratique.

Tableau 2 Moyens de développement et de renforcement des compétences identifiés par les participants

	Compétence 1 Influence et mobilisation des municipalités	Compétence 2 Expertise de contenu en santé publique	Compétence 3 Création de liens de collaboration avec les acteurs du milieu	Compétence 4 Accompagnement des milieux locaux
Suivre une formation	Bénéficier de formation en lien avec les thématiques suivantes : - fonctionnement général des municipalités (compétences, services, leviers, structure et enjeux) - advocacy - gestion de conflit - influence sur les politiques publiques favorables à la santé - entrevue motivationnelle - action sociale	Bénéficier de séances de perfectionnement sur les environnements favorables à la santé	Bénéficier de formation en lien avec les thématiques suivantes : - développement des communautés - mobilisation citoyenne - meilleures pratiques en concertation	Bénéficier d'une formation de formateurs pour accompagner les CSSS et former les nouvelles ressources professionnelles sur les saines habitudes de vie*
Avoir accès à des données et des outils	Avoir accès à des données afin d'établir un portrait de l'environnement politique des municipalités sur un territoire**	- Avoir accès de manière centralisée à des outils, guides, programmes, et exemples de projets réalisés par les municipalités - Avoir accès à un répertoire des bons coups		
Bénéficier d'un coaching-mentoring	Être jumelé à une personne d'expérience afin d'avoir un accompagnement personnalisé et adapté à la spécificité des milieux			Favoriser une approche d'intervention intégrée sur les diverses problématiques reliées aux saines habitudes de vie (alimentation, vie physiquement active et transport actif) **
Travailler en réseau		- Établir des réseaux d'échange sur les pratiques entre les acteurs de santé publique - Utiliser les liens d'échange inter-expertise entre les acteurs de santé publique et ceux des municipalités	- Établir des mécanismes de concertation et de communication plus fonctionnels entre les acteurs régionaux et locaux - Intensifier le développement d'une culture de travail en partenariat au sein des établissements du réseau	
Produire des connaissances		- Avoir accès aux pratiques jugées prometteuses en milieu municipal et en lien avec les environnements favorables aux saines habitudes de vie - Connaître les processus et les outils pour mieux intervenir selon une approche plus globale de la santé		Documenter les besoins de soutien des municipalités afin de mieux les accompagner

* Besoins de soutien et d'accompagnement spécifiques aux DRSP.

** Besoins de soutien et d'accompagnement spécifiques aux CSSS.

4.5 Une approche modulée à la diversité des organisations

Une analyse transversale des dimensions à l'étude a permis de faire ressortir les propos de chacun, en fonction du milieu d'appartenance, pour ainsi en dégager quatre (4) cas de figure. Ces cas de figure mettent en exergue l'importance de déployer des mesures de soutien et d'accompagnement appropriées à la diversité des réalités des milieux, pour ainsi éviter des solutions « mur-à-mur ».

1^{er} cas de figure : les milieux qui ne se reconnaissent pas de rôle

« Présentement on ne fait pas de travail formel avec les municipalités. [...] On n'a même pas le temps de penser à organiser des activités à plus grand déploiement qu'à travers les murs du centre de santé. C'est nouveau pour nous, fait que tu sais, je pense que des besoins y'en aura sûrement dans deux ans » (Propos d'un professionnel du CSSS # 13).

Le premier cas de figure concerne des milieux qui ne se reconnaissent pas de rôle à l'égard des municipalités et qui ne réalisent aucun travail formel auprès d'elles, si ce n'est que dans le cadre des grandes campagnes sociétales (3 CSSS et 1 DRSP).

Les milieux qui se situent dans ce cas de figure ont pour caractéristiques d'être situés en région peu densifiée et d'être constitués de petites équipes (3 à 4 professionnels). De plus, les professionnels de ces équipes ne possèdent aucune expérience en milieu municipal et une expérience limitée dans le domaine de la promotion et de la prévention (6 mois à 5 ans).

Les défis que sous-tend la situation dans laquelle se retrouvent ces milieux (ressources limitées, région éloignée, etc.) font en sorte que leurs professionnels et gestionnaires estiment ne pas être en mesure de s'investir auprès des municipalités. C'est pourquoi ils n'anticipent aucun besoin de soutien pour le moment, si ce n'est une orientation claire qui permettrait de rendre légitime leur rôle dans ce domaine avec des ressources suffisantes pour pouvoir le concrétiser.

2^e cas de figure : les milieux qui se positionnent en réponse aux besoins des municipalités

« On a toujours travaillé dans le respect que c'est eux [les CSSS] qui fixent leurs priorités et leurs attributions des ressources. Donc, on travaille aussi à respecter ce volet-là qui est plus contraignant dans l'organisation des ressources ou de priorisation du municipal. [...] Le défi qu'on a, c'est de voir comment ça [les saines habitudes de vie] va vraiment servir les communautés, et le secteur municipal. Donc, le défi est vraiment-là » (Propos d'un professionnel de la DRSP # 5).

Le deuxième cas de figure est composé de milieux qui se positionnent « en réponse aux demandes » émanant des municipalités et qui tentent de les rejoindre via des programmes qui n'ont pas nécessairement de lien direct avec les saines habitudes de vie, telle que l'élaboration d'une politique familiale municipale (1 DRSP et 4 CSSS).

Le profil des équipes de ces milieux est similaire à celui du premier cas de figure, mais s'en distingue par le fait qu'elles comptent en leur sein des organisateurs communautaires ayant une tâche dédiée au soutien des municipalités.

Ces équipes privilégient une approche de développement des communautés (logique ascendante). C'est pourquoi elles se disent réticentes à s'inscrire dans une logique descendante comme l'application de programmes ciblés à l'exemple du PAG-SHV puisque leurs interventions n'émaneraient pas spontanément des besoins des milieux locaux.

Les besoins de soutien manifestés par ces équipes ne concernent pas tant le renforcement des compétences individuelles que la mise en place de conditions facilitant le travail auprès des municipalités. À cet égard, elles se disent préoccupées par le flou entourant les rôles et les responsabilités des acteurs et souhaiteraient qu'il y ait une meilleure concertation afin que les programmes destinés aux municipalités soient mieux intégrés. De plus, il a été mentionné que ces programmes devraient servir de leviers pour répondre aux besoins des municipalités, plutôt que d'imposer des activités qui sont accompagnées de règles contraignantes.

3^e cas de figure : les milieux proactifs dans l'influence et la mobilisation des municipalités

« On va utiliser toutes les occasions possibles pour développer ces liens-là avec les municipalités et les influencer » (Propos d'un professionnel du CSSS #11).

« Quand on intervient avec la municipalité, c'est là que ça devient plus difficile. On a le sentiment de perdre justement nos moyens d'essayer d'influencer ou de mobiliser ces acteurs-là au niveau des saines habitudes de vie » (Propos d'un professionnel du CSSS # 16).

Le troisième cas de figure concerne des milieux dont les équipes se considèrent comme étant « proactives » dans le repérage d'opportunités afin de mobiliser les acteurs municipaux dans des actions en matière de saines habitudes de vie (3 DRSP et 2 CSSS).

Certains de ces milieux disposent de ressources humaines dédiées au soutien des municipalités sur cette thématique de santé. Ils sont également situés dans des régions moyennement à fortement densifiées (près des grands centres) qui offrent une plus grande accessibilité à des ressources pour le déploiement d'actions visant à influencer les environnements favorables aux saines habitudes de vie.

Le principal obstacle relevé par les professionnels de ces équipes concerne leur méconnaissance du fonctionnement des municipalités, ce qui limite grandement leur capacité à exercer un *leadership* stratégique auprès d'elles. Ils ont le sentiment qu'ils n'ont pas tous les « bons éléments en main » pour effectuer une analyse des milieux auxquels ils s'adressent et ainsi ajuster leurs actions en conséquence. Des questionnements subsistent : Quel est le bon moment pour intervenir? À qui s'adresser? Quand faut-il relancer les acteurs municipaux? À cela s'ajoute le fait que beaucoup de professionnels qui composent ces équipes considèrent que leurs habiletés communicationnelles sont à parfaire pour être en mesure d'adopter un langage et un plaidoyer à partir desquels les municipalités se reconnaîtront.

Ainsi, les principaux besoins de soutien identifiés par les équipes de ce cas de figure sont en lien avec la compétence d'influence et de mobilisation des municipalités (tableau 2).

4^e cas de figure : les milieux qui ont établi un véritable travail de partenariat avec les municipalités

« Je pense que des stratégies qui sont uniquement d'influence, on est rendu un peu plus loin. Malheureusement, les freins ne sont pas dans la sensibilisation, parce qu'au contraire je trouve qu'on a une belle mobilisation et de l'intérêt de nos partenaires [municipaux], mais c'est dans la mise en œuvre des projets » (Propos d'un professionnel de la DRSP # 2).

Le quatrième cas de figure concerne deux milieux qui estiment avoir largement dépassé la logique d'influence et de mobilisation des municipalités pour en adopter une de travail en partenariat (1 DRSP et 1 CSSS). Depuis de nombreuses années, les professionnels de ces équipes collaborent avec les municipalités et sont engagés avec elles dans un partenariat pour soutenir les interventions de santé publique. Il y a donc de part et d'autre une reconnaissance et une utilisation des forces et des expertises de chacun.

Le fait que les équipes de ces milieux soient multidisciplinaires (nutritionnistes, kinésiologues, infirmières, travailleurs sociaux, urbanistes, médecins, etc.) et qu'elles observent une stabilité de leur personnel (moyenne d'expérience de travail de plus de 6 ans en milieu municipal) sont deux éléments qui favorisent cette capacité de travail en partenariat avec les acteurs municipaux.

Si ces équipes se reconnaissent généralement assez compétentes dans leurs interactions avec le milieu municipal, le véritable défi auquel elles font face concerne leur capacité à accompagner ce milieu dans la mise en œuvre des actions locales. C'est pourquoi elles souhaiteraient connaître davantage les pratiques exemplaires ainsi que les outils qui leur permettraient de transposer les contenus de santé publique de manière à ce qu'ils correspondent aux préoccupations des municipalités.

5 Discussion

Rappelons qu'en 2014, une étude portant sur la perception d'acteurs municipaux quant à leur rôle dans le domaine des saines habitudes de vie a été menée (Sasseville, 2014). Les principaux résultats de cette étude offrent la possibilité d'effectuer des comparaisons avec la perception des intervenants de santé publique sur le même objet. En voici les grandes lignes.

Des réalités convergentes

D'entrée de jeu, il existe davantage de similitudes que de distinctions entre les réalités vécues par les acteurs de santé publique et celles vécues par les acteurs municipaux lorsqu'il s'agit de créer des environnements favorables aux saines habitudes de vie.

Les équipes des 6 DRSP et des 10 CSSS interrogées dans le cadre de cette étude ont exprimé l'importance qu'elles accordent à s'engager dans un partenariat plus étroit avec les municipalités, puisque ces dernières s'avèrent incontournables à l'atteinte des objectifs de santé publique en matière de saines habitudes de vie. Des conclusions similaires avaient été mises en évidence lors de la consultation menée auprès des acteurs municipaux. Ces derniers avaient exprimé le désir de poursuivre leurs efforts en accordant une attention particulière aux saines habitudes de vie et de le faire de manière concertée avec le réseau de la santé publique (Sasseville, 2014). Il semble donc se dessiner une convergence d'intérêts communs de deux acteurs clés interpellés par cette question. Ce désir commun de faire face à un problème est une condition essentielle pour susciter la mobilisation et mener à l'action (Bandura, 1997).

À l'instar d'études québécoises, force est de constater que la création de partenariat avec le milieu municipal revêt une importance relative face aux nombreux autres dossiers de santé publique (Dubois et Massé-Jolicoeur, 2008; Belzile et Fafard, 2009). En effet, si au cours des dernières années nous avons vu apparaître des rapprochements et même des projets concertés avec le milieu municipal, de manière générale, les DRSP et les CSSS arrivent difficilement à offrir de l'accompagnement et du soutien aux municipalités (Schnebelen, Laliberté et Bolduc, 2007; CRÉ de la Montérégie Est, 2011; Sasseville 2014). Le déploiement d'une stratégie de soutien dans les municipalités est

donc très variable au Québec. Certains milieux de santé publique sont plus proactifs que d'autres.

Un même constat a pu être fait du côté des municipalités. Ces dernières poursuivent d'abord des objectifs d'amélioration de la qualité de vie. C'est à travers ce prisme qu'elles trouveront des intérêts à s'engager à promouvoir l'adoption de saines habitudes de vie (CRÉ de la Montérégie Est, 2001; Sasseville, 2014). Le domaine des saines habitudes de vie est perçu comme une responsabilité optionnelle, en ce sens que la *Loi sur les compétences municipales* ne mentionne aucune obligation spécifique à cet égard (Dongois, 2012). C'est pourquoi certaines d'entre elles répondent plus difficilement à l'appel de mobilisation qui leur est fait par le réseau de la santé publique (Dubois et Massé-Jolicoeur, 2008 ; Sasseville, 2014).

La création d'environnements favorables aux saines habitudes de vie est certes un objectif difficile à atteindre. En effet, les difficultés vécues par les professionnels de santé publique font écho à celles soulevées par les acteurs municipaux. On observe plusieurs facteurs contraignants à cet égard tels que : l'ambiguïté des rôles et des responsabilités tant des acteurs de santé publique que ceux des municipalités, le manque de ressources affectées à la réalisation d'actions communes, la persistance d'une culture de travail en silo et une faible adhésion à la norme sociale en lien avec les saines habitudes de vie. De plus, la complicité entre les acteurs de santé publique et ceux des municipalités est parfois difficile à établir en raison de fonctionnements et de logiques d'actions propres à chacun de ces milieux. Cette situation entraîne des incompréhensions et inhibe la mobilisation (Sasseville, 2014). Des efforts substantiels restent donc à déployer pour susciter l'engagement des acteurs municipaux en faveur des habitudes de vie (Sasseville, 2014).

Des compétences collectives à renforcer

Les propos des personnes interrogées ont permis de mettre en lumière des compétences transversales spécifiques à l'intervention auprès des municipalités. Ces compétences font appel à l'interdisciplinarité ainsi qu'à la nécessité de travailler en équipe, en collaboration et en partenariat, tel que le préconise le référentiel des compétences en prévention et promotion de la santé pour le réseau de la santé et des services sociaux du Québec (Martin et Brahimi, 2014).

La majorité des équipes de santé publique interrogées dans le cadre de cette étude estime avoir besoin d'acquérir ou de renforcer leurs compétences d'intervention en milieu municipal. À l'heure actuelle, ces dernières ont le sentiment qu'elles ne connaissent pas suffisamment le fonctionnement des municipalités, ce qui contraint leur capacité à mobiliser et influencer les acteurs municipaux dans une action de santé publique.

Par ailleurs, si les équipes interrogées dans le cadre de cette étude disent avoir une bonne maîtrise des contenus de santé publique en matière de saines habitudes de vie, elles estiment que beaucoup d'efforts restent à faire pour qu'elles soient en mesure de transposer leurs savoirs aux réalités multiples des municipalités. Elles soutiennent que sans cette capacité de transposition des connaissances, il y a un risque évident que les municipalités se démobilisent.

Les résultats confirment donc l'importance de miser sur le développement des compétences collectives des acteurs municipaux et de santé publique. La création de rapports de collaboration et de coopération dans un environnement propice au partage des connaissances est en ce sens incontournable.

Besoins de soutien et d'accompagnement : par où débiter?

Les actions dirigées vers les facteurs contextuels ont été jugées prioritaires pour mieux soutenir le rôle des professionnels de santé publique, et ce, bien avant le renforcement des compétences individuelles. Ces résultats sont cohérents avec la littérature scientifique qui met en lumière le rôle crucial du contexte organisationnel et politique en tant que condition essentielle à l'implantation d'actions s'appuyant sur une approche globale et concertée (Deschesnes *et al.*, 2008; Belzile et Fafard, 2009).

Ces besoins de soutien jugés prioritaires sont étroitement liés aux préoccupations des acteurs municipaux (Sasseville, 2014). Ils comprennent :

- la mise sur pied d'une démarche de planification pérenne des actions et qui mise sur les acquis des dernières années en saines habitudes de vie;
- la nécessité de mieux définir les rôles et les responsabilités des acteurs de santé publique et des acteurs municipaux dans une perspective de coconstruction;

- la nécessité que les acteurs leviers en santé publique (MSSS et DRSP) puissent exercer un *leadership* accru auprès des acteurs municipaux et de leurs représentants;
- la consolidation des capacités d'agir des CSSS et des DRSP.

Une démarche plus structurante des actions est souhaitée. Celle-ci pourra, d'une part, conduire les acteurs municipaux à considérer que le champ des saines habitudes de vie ne se situe pas en dehors de leur mission fondamentale et d'autre part, prendre en considération une diversité de particularités régionales. Une planification plus pérenne des actions qui miserait sur les acquis faits au Québec aurait pour avantage de favoriser une meilleure articulation des actions intersectorielles, une utilisation plus efficiente des ressources disponibles ainsi qu'une clarification du flou manifeste entourant les rôles et les responsabilités des acteurs en présence.

À cet effet, la littérature scientifique montre que la qualité de la planification exerce une influence positive sur la mobilisation des acteurs en présence et elle augmente les chances de succès des initiatives (Racine, 2012). Selon des professionnels interrogés, une telle réflexion est d'autant plus pertinente devant le possible retrait de Québec en Forme en 2017, lequel aura un impact sur le rôle de soutien que devront exercer les équipes de santé publique auprès des municipalités. Un *leadership* accru du MSSS est en ce sens attendu afin de marquer l'engagement concret et durable du réseau de la santé publique, de manière à soutenir un changement de pratique vers une approche axée sur les environnements favorables à la santé.

6 Conclusion

La présente étude s'inscrit en continuité avec un besoin de mieux connaître et comprendre l'environnement municipal et les enjeux relatifs à la dynamique partenariale entre les acteurs de santé publique et ceux des municipalités.

Les professionnels des DRSP et des CSSS ayant participé à l'étude confirment leur intérêt à s'engager et appuyer adéquatement les municipalités dans la création d'environnements favorables aux saines habitudes de vie. Pour ce faire, ils estiment important de pouvoir maîtriser les compétences transversales propres aux principes d'action des approches globales et concertées en promotion de la santé et en prévention.

Ce sont cependant les actions dirigées vers les facteurs contextuels qui sont jugées prioritaires par les professionnels de santé publique. Un ensemble d'actions systémiques a été proposé de manière à orienter les pratiques vers les environnements favorables à la santé.

À cette fin, l'élaboration d'un cadre structurant visant à baliser les interventions est souhaitée afin de déterminer les rôles et les responsabilités des acteurs de santé publique et municipaux. Pour assurer le succès d'une telle démarche, les équipes de santé publique interrogées dans le cadre de cette étude souhaitent être associées aux décisions qui auront un impact sur leur travail. Ce faisant, leur apport permettrait l'élaboration d'un cadre assez flexible pour pouvoir intégrer les particularités de leur milieu et ainsi éviter les solutions « mur-à-mur ».

Références

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Belzile D. et Fafard A. (2009). *Évaluation d'implantation du nouveau modèle de promotion de l'activité physique du programme Kino-Québec*. Québec : Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches.
- Conférence régionale des élus de la Montérégie Est (2011). *Pour le développement des saines habitudes de vie en Montérégie Est. Plan d'action 2011-2014*. Québec : Conférence régionale des élus de la Montérégie Est.
- Conseil de la santé et du bien-être (CSBE) (2011). *L'appropriation des communautés de leur développement*. Québec : Conseil Canadien de la santé et du bien-être.
- Deschesnes M., Couturier Y., Laberge S. et al. (2008). *Les facteurs influençant la dissémination et l'adoption de l'approche École en santé*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- DePlancke, E., Keam, H. et Steen, H. (2009). *Healthy Communities Report: A Report on Healthy Community Initiatives in Canada and around the World and How to Apply these Strategies in Haldimand and Norfolk Counties*. Ontario: Haldimand-Norfolk Health Unit.
- Dongois, M. (2012). Allier habitat et santé, le défi des urbanistes. *Actualités Médicales*, novembre 2012.
- Dubois N. et Massé-Jolicoeur, M. (2008). *Évaluation de la mise en œuvre du programme 0-5-30 combinaison prévention*. Québec : Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides et CREXE, École nationale d'administration publique.
- Gillies, P. (1998). Effectiveness of Alliances and Partnerships for Health Promotion. *Health Promotion International*, 13 (2), 99-120.
- Kearney, M. et Vaillancourt, Y. (2006). *Communautés locales : interaction et collaboration. Les collaborations stratégiques en développement local ou comment améliorer la qualité de vie en soutenant la citoyenneté participative (N.06-03)*. Cahiers du LAREPPS. Québec : Université du Québec à Montréal.

Lelièvre P. (2012). *Projet de soutien aux tables intersectorielles régionales en saines habitudes de vie (TIR SHV). Élaboré dans le cadre du déploiement du Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, Investir pour l'avenir (PAG).* Rapport remis à la Table de concertation nationale prévention-promotion (TNCPP).

Martin, C. et Brahim, C. (2014). *Référentiel de compétences en prévention et promotion de la santé et des services sociaux du Québec.* Québec : Institut national de santé publique du Québec.

Racine, M-M. (2012). *Évaluation de l'implantation du projet Communautés locales en forme et en santé (CLEFS).* Québec : Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale.

Réseau québécois des Villes et Villages en santé (2014). *Prendre soin de notre monde.* Disponible à : <http://www.rqvvs.qc.ca/documents/file/insp-brochure12p-avril-2014-lr.pdf>

Québec en Forme (2013). *L'environnement municipal : Portrait des politiques, mesures et caractéristiques de l'environnement bâti favorables à la saine alimentation et au mode de vie physiquement actif des jeunes : Rapport provincial.* Québec : Québec en Forme.

Sasseville, N., Simard, P. et Mucha, J. (2011). *État des connaissances sur les recherches ayant porté sur les initiatives communautaires en santé : une approche intégrée pour agir sur la prévention des maladies chroniques.* Québec : Réseau québécois de Villes et Villages en santé.

Sasseville, N. et Martineau, V. (2012). *Les initiatives Communautés en santé au Canada : Études de cas et conditions de réussite des pratiques.* Québec : Réseau québécois des Villes et Villages en santé du Québec.

Sasseville, N. (2014). *Intervention en milieu municipal sur les saines habitudes de vie – état de situation et synthèse des consultations auprès d'acteurs municipaux.* Québec : Réseau québécois des Villes et Villages en santé du Québec.

Schnebelen, M., Laliberté, C. et Bolduc, D. (2007). *Les schémas d'aménagement et de développement du territoire : une cible d'intervention de santé publique efficace?* Québec : Institut national de santé publique du Québec.

Takano, T., Nakamura, K. et Watanabe, M. (2002). Urban Residential Environments and Senior Citizens' Longevity in Megacity Areas: The Importance of Walkable Green Spaces. *Epidemiol Community Health*, 56, 913–918.

Yach, D. and Beaglehole, R. (2004). Globalization of Risks for Chronic Diseases Demands Global Solutions. *Perspectives on Global Development and Technology*, 3 (1–2), 213–233.

World Health Organisation (1996). *Creating Supportive Environments for Health – Stories from the Third International Conference on Health Promotion*, Sundsvall, Sweden, Geneva.

Annexe – Compétences de soutien à l'intervention en milieu municipal

Tableau 3 Compétences professionnelles perçues requises afin d'influencer et de mobiliser les acteurs municipaux dans l'action sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie

Situations professionnelles	Ressources internes		
	Savoir	Savoir-être	Savoir-faire
Influencer et mobiliser les acteurs municipaux dans l'action sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie			
Recourir aux principes du <i>marketing social</i>	- Connaissances générales sur le fonctionnement des municipalités - Connaissance des compétences détenues par les municipalités	- Capacité d'humilité professionnelle - Être convaincant - Être persuasif	- Habiletés communicationnelles : capacité à parler le langage des municipalités - Vendre et négocier
Exercer un <i>leadership</i> stratégique	Connaissance fine des environnements politiques des municipalités composant un territoire ainsi que leurs spécificités	- Esprit d'analyse - Sens du synchronisme - Savoir doser ses interventions - Être crédible - Être persévérant - Dynamisme	- Dégager une vision systémique des enjeux - Repérer les opportunités - Influencer l'opinion publique - Créer des alliances et des partenariats - Capacité à travailler avec les résistances
Travailler selon les principes du <i>reaching out</i>	- Connaissance des méthodes participatives et approches culturellement appropriées - Connaissance fine du milieu : les acteurs, les projets, l'agenda politique, etc.	- Être proactif - Respect du rythme du milieu - Ouverture à l'autre	- Créer des liens privilégiés - S'insérer dans des activités en cours dans les municipalités - Parler le langage des municipalités
Détenir une expertise de contenu en santé publique			
Conseiller sur des contenus de santé publique	- Connaissance des contenus relatifs aux saines habitudes de vie - Connaissance des contenus relatifs aux environnements favorables aux saines habitudes de vie	- Débrouillardise - Rigueur scientifique - Humilité professionnelle	- Utiliser ses expériences et ses acquis - Formuler des recommandations - Fournir des informations aux municipalités
Transposer les contenus de santé publique à la réalité des municipalités	Connaissance des pratiques prometteuses et probantes en milieu municipal	- Rigueur - Écoute des besoins	- Faire un portrait de milieu - Réaliser des projets et des programmes - Développer des connaissances par l'expérimentation sur le terrain - Évaluer les interventions - Développer les connaissances pour le changement
Créer et maintenir des liens de collaboration avec les acteurs du milieu			
Travailler en concertation avec les différents partenaires	- Connaissance de l'approche de développement des communautés - Connaissances des acteurs en présence	- Facilité dans les relations interpersonnelles - Écoute - Dynamisme rassembleur - Coopération	- Susciter, développer et maintenir des liens - Engager les gens dans un projet commun - Saisir les opportunités - Mobiliser et engager les élus et les citoyens - Agir de façon stratégique - Habiletés politiques
Animer les concertations	Connaissances des techniques d'animation	Esprit de synthèse	- Maîtrise de techniques d'animation de groupe - Communiquer efficacement (oral et écrit)

Tableau 3 Compétences professionnelles perçues requises afin d’influencer et de mobiliser les acteurs municipaux dans l’action sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie (suite)

Situations professionnelles	Ressources internes		
	Savoir	Savoir-être	Savoir-faire
Accompagner les milieux locaux : les CSSS et les municipalités			
Accompagner la mise en œuvre des projets	- Connaissances des milieux et des besoins municipaux - Connaissance de l’approche motivationnelle	- Flexibilité et doigté - Respect du rythme - Réaliste et concret - Écoute - Disponibilité	- Gérer des projets - Adapter les actions de santé publique au contexte singulier des milieux - Établir des liens de confiance
Développer et renforcer les compétences	- Connaissance de l’approche éducative - Connaissance des milieux et des besoins municipaux	Flexibilité et doigté	- Utiliser des stratégies d’accompagnement, tel le mentorat - Utiliser les outils et les adapter aux besoins

www.inspq.qc.ca

