

ÉVALUATION D'UNE MOBILISATION RÉGIONALE ET LOCALE SUR LES SAINES HABITUDES DE VIE, LE POIDS ET LA SANTÉ

Dans le cadre de l'approche 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION de la région de la Capitale-Nationale

ANN ROYER, Ph. D.^{1, 2, 3}

MYLÈNE TURCOTTE, M. Sc.¹

LUIZA MARIA MANCEAU, M. Sc.¹

SONIA DUGAL, M. Sc.¹

¹ Équipe Habitudes de vie/Maladies chroniques, Direction régionale de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Québec

² Partenariat pour la recherche sur les interventions, les services et leurs modalités (PRISM), CSSS de la Vieille-Capitale, centre affilié universitaire, Québec

³ Département de médecine sociale et préventive, Université Laval, Québec

OCTOBRE 2009



Rédaction

Ann Royer, Ph. D.
Mylène Turcotte, M. Sc.
Luiza Maria Manceau, M. Sc.
Sonia Dugal, M. Sc.

Mise en page

Christine Simard

Personne à contacter pour obtenir un exemplaire de cette publication

Sylvie Bélanger
Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9
Téléphone : 418 666-7000, poste 217
Télécopieur : 418 666-2776
Courriel : s.belanger@ssss.gouv.qc.ca
Le format électronique (PDF) est également disponible sur le site Internet à l'adresse suivante :
www.dspq.qc.ca/asp/listPublication.asp

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2009
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009
ISBN : 978-2-89496-401-9 (version imprimée)
ISBN : 978-2-89496-402-6 (PDF)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

La réalisation de ce projet a été rendue possible grâce à une subvention conjointe du ministère de la Santé et des Services sociaux et de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale dans le cadre du Programme de subventions en santé publique pour projets d'étude et d'évaluation

Référence suggérée

Royer, A., Turcotte, M., Manceau, L.-M., Dugal, S. *Évaluation d'une mobilisation régionale et locale sur les saines habitudes de vie, le poids et la santé*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2009, 83 p.

REMERCIEMENTS

Ce projet d'évaluation a été possible grâce à la collaboration de plusieurs personnes, organisations et partenaires qui sont impliqués et qui œuvrent depuis de nombreuses années dans les domaines de la prévention et de la promotion des saines habitudes de vie dans la région de la Capitale-Nationale.

En particulier, nous tenons à remercier tous les partenaires de la Mobilisation régionale et locale sur les saines habitudes de vie, le poids et la santé qui ont accepté de partager leurs points de vue avec générosité et confiance.

Merci également à toute l'équipe Habitudes de vie et maladies chroniques de la Direction régionale de santé publique ainsi qu'à son coordonnateur, M. Michel Beauchemin, qui nous ont soutenues dans ce processus de démarche évaluative.

De plus, nous aimerions souligner l'apport du comité-conseil de l'étude, composé de M. Angelo Tremblay, chercheur et professeur au Département de kinésiologie de l'Université Laval, et de M^{me} Laurence Le Hénaff, chef de l'équipe Adaptation familiale et sociale de la Direction régionale de santé publique, pour leurs conseils et commentaires lors de la préparation des questionnaires et la présentation des résultats.

Enfin, nous aimerions remercier M^{me} Christine Simard pour la mise en page de ce rapport.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	3
LISTE DES TABLEAUX	7
LISTE DES ANNEXES	9
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	11
1 INTRODUCTION	13
1.1 État de la situation : les saines habitudes de vie, le poids et la santé	13
1.2 Agir localement : la région de la Capitale-Nationale se mobilise	14
1.3 Évaluer la démarche de mobilisation : comprendre pour mieux se situer et agir	15
2 MÉTHODOLOGIE	17
2.1 Type d'évaluation	17
2.2 Collecte de données : les sources de données, les outils élaborés et la méthode utilisée pour la collecte des données	17
2.3 Les étapes nécessaires à l'implantation d'une mobilisation (ou action intersectorielle) et les facteurs liés à sa réussite	18
2.3.1 Variables de l'étude	18
2.4 Analyse des données	20
2.4.1 Analyse des données écrites	20
2.4.2 Analyse des données provenant des entretiens	21
3 RÉSULTATS ET PRINCIPAUX CONSTATS	23
3.1 Étape 1 : Regrouper des partenaires concernés par la problématique	24
3.1.1 Composition de la Mobilisation	25
3.1.2 Caractéristiques des représentants des partenaires	25
3.1.3 Problèmes et solutions relatifs à la première étape	25
3.2 Étape 2 : Établir un consensus de base sur la problématique et le mode de fonctionnement	27
3.2.1 Absence de consensus sur l'objectif de la Mobilisation	27
3.2.2 Absence de consensus sur la philosophie d'action et les orientations	28
3.2.3 Absence de consensus sur les modes de fonctionnement	29
3.3 Étape 3 : Mise en commun des projets et analyse du milieu	32
3.4 Étape 4 : Établir des priorités régionales	33
3.5 Étape 5 : Élaboration d'un plan d'action	35
3.6 Étape 6 : Implanter le plan d'action	37
3.6.1 Cible 1 : Déplacement actif et sécuritaire	37
3.6.2 Cible 2 : Aménagement et animation des aires de jeux municipales et scolaires	37

3.6.3	Cible 3 : Offre alimentaire	38
3.6.4	Cible 4 : Fumée de tabac dans l'environnement	39
3.6.5	Cible 5 : Formation, recherche et évaluation	39
3.6.6	Cible 6 : Promotion, action politique et marketing	40
3.6.7	Écarts observés entre les activités prévues et réalisées	40
3.6.8	Inquiétudes face à l'avenir de la Mobilisation et solutions proposées	41
3.7	Étape 7 : Évaluation	42
4	DISCUSSION	45
4.1	Action intersectorielle, coalition et communauté de pratique : situer la Mobilisation	45
4.1.1	L'action intersectorielle : les étapes d'une mobilisation	45
4.1.2	La coalition : l'action politique et le pouvoir d'influence	45
4.1.3	La communauté de pratique : clé d'interprétation de la Mobilisation	46
4.2	Discussion sur les résultats de l'évaluation : les défis ciblés	47
4.2.1	Défi 1 : Clarifier la vision commune	47
4.2.2	Défi 2 : Réviser le plan d'action et obtenir du financement	47
4.2.3	Défi 3 : Favoriser la permanence des partenaires et reconnaître la nature de leur organisation et leur rôle dans la Mobilisation	48
4.2.4	Défi 4 : Revoir la composition et la structure de la Mobilisation ainsi que ses modes de fonctionnement	48
5	CONCLUSION	49
5.1	Ajustements apportés à la Mobilisation	49
5.1.1	Les ajustements apportés à la Mobilisation	49
5.1.2	Responsabilité et mandat du comité exécutif, et vision de la Mobilisation	50
5.1.3	Bilan des activités (22 janvier 2008) : ajout d'un comité de travail	50
5.1.4	Bilan des activités (10 juin 2008) : remise et présentation de la trousse d'accueil; accueil et présentation de nouveaux partenaires; bilan des activités des groupes de travail; proposition d'un plan stratégique de communication	51
5.2	Perspectives d'avenir : quelques pistes de réflexion	51
5.2.1	Facteurs organisationnels	51
5.2.2	Facteurs individuels	52
5.2.3	Facteurs environnementaux	52
5.3	Limites de l'étude	52
5.4	En conclusion	52
6	BIBLIOGRAPHIE	55
	ANNEXES	59

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Données relatives aux saines habitudes de vie et au poids, région de la Capitale-Nationale – Population âgée de 12 ans et plus	14
Tableau 2 :	Étapes nécessaires à l’implantation de l’action intersectorielle	19
Tableau 3.1 :	Conditions de réussite de l’action intersectorielle : facteurs organisationnels	19
Tableau 3.2 :	Conditions de réussite de l’action intersectorielle : facteurs individuels	20
Tableau 3.3 :	Conditions de réussite de l’action intersectorielle : facteurs environnementaux	20
Tableau 4 :	Bilan des activités planifiées et des activités réalisées – Étape 1	24
Tableau 5 :	Bilan des activités planifiées et des activités réalisées – Étape 2	27
Tableau 6 :	Bilan des activités planifiées et des activités réalisées – Étape 3	32
Tableau 7 :	Bilan des activités planifiées et des activités réalisées – Étape 4	33
Tableau 8 :	Bilan des activités planifiées et des activités réalisées – Étape 5	35
Tableau 9 :	Bilan des activités planifiées et des activités réalisées – Étape 6, cible 1	37
Tableau 10 :	Bilan des activités planifiées et des activités réalisées – Étape 6, cible 2	38
Tableau 11 :	Bilan des activités planifiées et des activités réalisées – Étape 6, cible 3	38
Tableau 12 :	Bilan des activités planifiées et des activités réalisées – Étape 6, cible 4	39
Tableau 13 :	Bilan des activités planifiées et des activités réalisées – Étape 6, cible 5	39
Tableau 14 :	Bilan des activités planifiées et des activités réalisées – Étape 6, cible 6	40
Tableau 15 :	Bilan des activités planifiées et des activités réalisées – Étape 7	42
Tableau 16 :	Éléments sur lesquels reposent les communautés de pratique et actions effectuées par la Mobilisation sur les saines habitudes de vie, le poids et la santé	46

LISTE DES ANNEXES

Annexe I :	Guide d'entretien	61
Annexe II :	Questionnaire autoadministré	65
Annexe III :	Fiche descriptive des partenaires	71
Annexe IV :	Liste des sources de données écrites	73
Annexe V :	Bilan descriptif des activités de la Mobilisation, selon les sources de données écrites (décembre 2004 à octobre 2007)	75
Annexe VI :	Liste des partenaires de la Mobilisation en 2005 et en 2007 ainsi que des partenaires actuels (2009)	79
Annexe VII :	Paramètres de la Mobilisation	81

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ARSEQCA :	Association régionale du sport étudiant de Québec et de Chaudière-Appalaches
ASPQ :	Association pour la santé publique du Québec
ASSS :	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
CQPP :	Coalition québécoise sur la problématique du poids
CQPS :	Conseil québécois sur le poids et la santé
CRPO :	Centre de recherche en prévention de l'obésité
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
DRSP ou DSP C-N :	Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale
FSAP :	Fête du sport et de l'activité physique
JNSAP :	Journée nationale du sport et de l'activité physique
MELS :	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PEPS :	Pavillon de l'éducation physique et des sports de l'Université Laval
SAS-UL :	Service des activités sportives de l'Université Laval
URLSQ :	Unité régionale de loisir et de sport de Québec

1 INTRODUCTION

La Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale a amorcé, en décembre 2004, une stratégie de mobilisation régionale et locale sur les saines habitudes de vie, le poids et la santé dans le but de ralentir la progression de l'obésité et d'améliorer les habitudes de vie de la population de la région.

Cette mobilisation régionale et locale (la Mobilisation) réunit aujourd'hui une quarantaine de partenaires issus des milieux scolaire, universitaire, municipal, de la santé, communautaire, associatif, de la recherche et des secteurs privé et public. Un des objectifs de cette mobilisation est de promouvoir la création d'environnements favorables pour soutenir les jeunes et leur famille dans l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie, et ce, en accordant une attention particulière aux familles vivant en contexte de vulnérabilité ou de pauvreté.

Cette démarche de mobilisation s'inscrit dans le Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 de la Capitale-Nationale et représente une des conditions jugées essentielles pour améliorer l'état de santé de la population (DRSP, 2004, p. 8). Ce projet rejoint également le Programme national de santé publique 2003-2012, qui inscrit l'action intersectorielle parmi les stratégies retenues pour agir sur les facteurs susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être de la population (MSSS, 2003, p. 21). Afin de vérifier l'atteinte des objectifs de cette démarche de mobilisation et de cerner les facteurs favorables et défavorables à ce type de collaboration, l'équipe Habitudes de vie/Maladies chroniques de la Direction régionale de santé publique a procédé, en 2007, à son évaluation.

Le présent document fait donc état de l'évaluation de l'implantation de la démarche de mobilisation dans le contexte des planifications gouvernementales régionales et locales pour améliorer les saines habitudes de vie, le poids et la santé de la population de la région. On y décrit l'état de la situation régionale sur l'adoption des saines habitudes de vie, le poids et la santé, la stratégie utilisée pour évaluer la démarche de mobilisation régionale et locale, les étapes nécessaires pour implanter une action intersectorielle ainsi que ses conditions de réussite, la collecte et l'analyse des données, les résultats et les constats que l'on peut tirer de l'évaluation, les défis, les problèmes et finalement les correctifs à apporter pour assurer le succès de cette démarche.

1.1 État de la situation : les saines habitudes de vie, le poids et la santé

Dans la foulée des taux croissants de maladies chroniques et d'obésité observés au Québec, comme ailleurs en Amérique du Nord, l'adoption de saines habitudes de vie (non-exposition à la fumée de tabac et non-consommation de tabac, saine alimentation, pratique d'activité physique) est de plus en plus un sujet d'actualité et de préoccupation sociale. Même si des améliorations en matière de modification des comportements au profit de saines habitudes de vie sont observées, notamment en ce qui concerne l'exposition des non-fumeurs à la fumée secondaire dans les endroits publics et la consommation accrue de fruits et légumes, elles demeurent insuffisantes.

Tableau 1 : Données relatives aux saines habitudes de vie et au poids, région de la Capitale-Nationale – Population âgée de 12 ans et plus

		2003	2007-2008
	Fumeurs (réguliers et occasionnels)	24,6 %	22,2 %
	Non-fumeurs exposés à la fumée de tabac secondaire dans les endroits publics	26,0 %	8,6 %
	Consommation de fruits et légumes, cinq portions ou plus par jour	43,6 %	50,1 %
	Activité physique durant les loisirs, pourcentage modérément actif ou actif	52,7 %	47,8 %
	Activité physique durant les loisirs, pourcentage inactif	48,3 %	52,2 %
	Population adulte (18 ans et plus), embonpoint (IMC = 25-29,9)	32,1 %	33,0 %
	Population adulte (18 ans et plus), obèse (IMC ≥ 30)	12,1 %	15,4 %
	Population adulte (18 ans et plus), excès de poids pouvant être préjudiciable pour la santé	44,2 %	48,4 %

Source : Statistique Canada, résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003 et 2007-2008, tableaux 105-0501 et 105-0502.

La Charte d'Ottawa (1986) décrit six méthodes d'intervention reconnues efficaces pour agir sur les comportements de santé. Ces méthodes visent autant les individus que les environnements dans lesquels ils vivent. L'une des méthodes d'intervention propose un partenariat entre des membres du secteur de la santé et d'autres secteurs (municipal, scolaire, communautaire, etc.) pour atteindre un résultat de santé qui ne pourrait être atteint par le secteur de la santé seul (Agence de la santé publique du Canada, 2007; Mattessich et coll., 1992; Conférence internationale pour la promotion de la santé, 1986; Fortin et coll., 1994). Il s'agit de l'action communautaire, connue également sous les noms de *mobilisation communautaire* ou d'*action intersectorielle*.

1.2 Agir localement : la région de la Capitale-Nationale se mobilise

La région de la Capitale-Nationale est, depuis plusieurs années, reconnue pour son dynamisme et son caractère novateur en promotion de la santé, des saines habitudes de vie et de prévention des maladies chroniques. Ainsi, dès 2002, le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec approuvait un continuum d'interventions pour encadrer l'organisation des services axé sur l'amélioration de la santé, sur la modification des comportements et sur l'adoption de saines habitudes de vie, le Programme intégré de prévention des maladies chroniques 2002-2012 (Dugal et coll., 2004). Puis, en 2004, la Direction régionale de santé publique a instauré une mobilisation réunissant plusieurs partenaires régionaux et locaux impliqués dans la problématique du poids et la promotion des saines habitudes de vie. De douze au départ, la Mobilisation régionale et locale sur les saines habitudes de vie, le poids et la santé réunit aujourd'hui une quarantaine de partenaires issus

des milieux scolaire, universitaire, municipal, de la santé, communautaire, associatif, de la recherche et des secteurs privé et public. Un des objectifs de la Mobilisation est de promouvoir la création d'environnements favorables pour soutenir les jeunes et leur famille dans l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie, et ce, en accordant une attention particulière aux familles vivant en contexte de vulnérabilité ou de pauvreté. Le cadre de référence utilisé pour faciliter le déploiement des activités des partenaires de la Mobilisation est l'approche 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION. Ce cadre mise sur l'intégration de trois mesures autour d'un message unifié (0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION) pour promouvoir les saines habitudes de vie et prévenir l'apparition des maladies chroniques. Les trois mesures pour soutenir l'intervention sont : « 0 » pour la non-consommation de tabac et la non-exposition à la fumée de tabac dans l'environnement, « 5 » pour la consommation d'au moins cinq fruits et légumes par jour et « 30 » pour la pratique d'au moins trente minutes d'activité physique par jour. Pour introduire ces mesures, la combinaison de deux stratégies est proposée : des actions éducatives auprès des individus et des actions environnementales dans les milieux de vie (Dugal et coll., 2004).

1.3 Évaluer la démarche de mobilisation : comprendre pour mieux se situer et agir

En 2007, l'équipe Habitudes de vie/Maladies chroniques de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale prenait l'initiative d'évaluer la démarche de mobilisation régionale et locale sur les saines habitudes de vie, le poids et la santé grâce à un financement obtenu dans le cadre du Programme de subventions en santé publique (programme conjoint MSSS-agences).

L'objectif général de cette évaluation était de vérifier l'appréciation des partenaires à l'égard de cette stratégie et de cerner les facteurs favorables et défavorables à ce type de collaboration. Pour ce faire, quatre objectifs spécifiques avaient été retenus :

1. Décrire les conditions externes d'intervention, soit le profil individuel et organisationnel des partenaires ainsi que le contexte socio-politico-économique d'implantation du projet.
2. Décrire l'état d'avancement, l'appréciation des membres et l'atteinte des objectifs spécifiques des sept étapes d'une démarche de mobilisation.
3. Mesurer l'atteinte des résultats en matière de collaboration intersectorielle (degré d'implication des partenaires, évolution des liens, bilan des activités communes).
4. Cerner les conditions favorables et défavorables à cette démarche de mobilisation.

2 MÉTHODOLOGIE

« L'évaluation d'implantation sert à décrire le déroulement réel d'un programme. Elle permet de cerner les facteurs qui affectent le déroulement d'une intervention ou encore d'analyser en profondeur la façon dont un programme peut mener aux résultats escomptés » (MSSS, 1998, p. 33).

La présente évaluation de la démarche de mobilisation décrit les étapes franchies ainsi que les défis et les problèmes que rencontrent les partenaires impliqués dans ce projet. Elle représente l'étape préalable à la mesure des effets ou de l'impact qu'aura la Mobilisation sur les saines habitudes de vie, le poids et la santé sur les citoyens de la région.

2.1 Type d'évaluation

L'évaluation de l'implantation de la démarche de mobilisation est principalement de nature qualitative et comprend une analyse synthétique de la littérature scientifique sur le sujet, une analyse des documents écrits et une analyse des entrevues avec les partenaires de la Mobilisation.

2.2 Collecte de données : les sources de données, les outils élaborés et la méthode utilisée pour la collecte des données

Les données de cette étude proviennent principalement de deux sources : écrites (les documents écrits de la Mobilisation) et verbales (résultant des entretiens personnels avec les partenaires de la Mobilisation¹ et de l'observation des rencontres et événements de la Mobilisation des mois de février à octobre 2007).

Pour les données écrites, 27 documents ont été recensés par l'intermédiaire de la coordination à la Direction régionale de santé publique : onze comptes rendus et documents accompagnateurs (présentations PowerPoint, etc.), deux rapports, un bilan, trois documents de travail de planification et un plan d'action (annexe IV). Ces documents couvrent la période de décembre 2004 à octobre 2007.

Pour les entretiens personnels, 21 partenaires, membres de la Mobilisation en date de janvier 2007, ont été rencontrés (19 en milieu de travail, 1 par courriel jumelé à un entretien téléphonique et 1 à la maison). Les entretiens semi-dirigés d'une durée d'environ une heure trente minutes étaient en majorité individuels, à l'exception de deux tenus avec quelques personnes d'une même organisation. Des pré-tests ont été effectués auprès de trois personnes, lesquelles sont les deuxièmes représentantes d'un même organisme; elles comptent au nombre des personnes interviewées pour cette étude.

1. Vingt et un partenaires composaient la Mobilisation en janvier 2007.

Trois instruments de collecte ont été utilisés dans cette étude² :

1. Un guide d'entretien, construit selon les travaux de Deschesnes, Jomphe Hill et coll. (1999) et les principes de Patton (1990) (annexe I).
2. Un questionnaire auto-administré portant sur quatre aspects des modes de fonctionnement d'une mobilisation (climat de travail, style de leadership, prise de décision et mode de communication), construit selon Deschesnes, Jomphe Hill et coll. (1999) (annexe II).
3. Une fiche descriptive précisant le type d'organisme et le mandat en relation avec les saines habitudes de vie (annexe III).

Tous les entretiens faits en personne ont été enregistrés sur bande sonore afin d'en faciliter les analyses. Une seule agente de recherche a procédé à tous les entretiens, où la fiche descriptive de l'organisme, initialement remplie par l'agente de recherche, était validée par le partenaire et où les réponses au questionnaire auto-administré portant sur les modes de fonctionnement de la Mobilisation étaient discutées.

2.3 Les étapes nécessaires à l'implantation d'une mobilisation (ou action intersectorielle) et les facteurs liés à sa réussite

La mobilisation communautaire propose une mise en œuvre d'actions qui vont au-delà d'un simple échange d'information et fait appel à de multiples acteurs venant de secteurs autres que celui de la santé. Plus précisément, elle met à contribution des acteurs des paliers d'intervention local, régional et national dans l'élaboration des étapes nécessaires à la mise en œuvre des actions prévues dans le plan d'action intersectoriel (Canadian Public Health Association, 1997; Mattessich et coll., 1992; Conférence internationale pour la promotion de la santé, 1999; Fortin et coll., 1994; Ouellet et coll., 1995).

2.3.1 Variables de l'étude

Les variables à l'étude s'inspirent des étapes jugées nécessaires à l'implantation de l'action intersectorielle recensées dans la littérature ainsi que des facteurs qui favorisent sa réussite. Ces facteurs sont regroupés en trois catégories : les facteurs organisationnels, les facteurs individuels et les facteurs environnementaux.

Le tableau 2 résume les étapes nécessaires à l'implantation de l'action intersectorielle ainsi que leurs objectifs, tandis que les tableaux 3.1, 3.2 et 3.3 donnent les facteurs organisationnels, individuels et environnementaux liés à sa réussite.

2. À noter que le comité-conseil a été rencontré à cette étape afin de valider les outils de collecte.

Tableau 2 : Étapes nécessaires à l'implantation de l'action intersectorielle

	Étapes	Objectifs
1	Mobiliser des partenaires de différents milieux autour d'une problématique précise.	Tisser des liens privilégiés entre les partenaires.
2	Établir un consensus de base (message commun, orientations et règles de fonctionnement).	Donner un sens à la Mobilisation en créant un engagement et un sentiment d'appartenance entre les partenaires.
3	Mettre en commun les savoirs et analyser les projets des partenaires.	Élaborer une stratégie d'action à privilégier en se basant sur les connaissances et les projets déjà existants des partenaires.
4	Élaborer un plan d'action.	Mettre en œuvre des actions concrètes auxquelles les partenaires peuvent participer.
5	Implanter et évaluer la démarche.	Mettre en place une démarche d'évaluation afin de permettre une rétroaction sur les actions et d'orienter les actions futures.

Adapté de Ouellet et coll. (1995).

Tableau 3.1 : Conditions de réussite de l'action intersectorielle : facteurs organisationnels

Leadership	La personne assumant le leadership du groupe doit : • avoir un rôle d'animateur (Fortin et coll., 1994). • être capable de faire face aux problèmes d'ordre organisationnel ayant trait au leadership, à la communication, aux conflits et à la prise de décision (Fortin et coll., 1994; Santé Canada, 2000; Ouellet et coll., 1995; Réseau québécois de Villes et Villages en santé [RQVVS], 1998). • être capable de faire face aux changements qui peuvent survenir chez les partenaires ou dans les orientations du groupe (Mattessich et coll., 1992; RQVVS, 1998).
Communication	• S'entendre sur les mécanismes de communication (Mattessich et coll., 1992; McLeroy et coll., 1994). • Établir des liens de communication formels ou non (Mattessich et coll., 1992; McLeroy et coll., 1994). • Prévoir une communication active et efficace au sein du groupe, de la communauté et des institutions (RQVVS, 1998).
Résultats tangibles	• Formuler des objectifs concrets (Fortin et coll., 1994). • Mettre en œuvre des actions concrètes (Santé Canada, 2000; Ouellet et coll., 1995). • Viser l'obtention de résultats tangibles à court terme (Santé Canada, 2000; Ouellet et coll., 1995; Maskill et Hodges, 2001). • Établir et maintenir un lien avec des organismes de terrain (Fortin et coll., 1994).
Permanence des acteurs	• Maintenir une équipe stable en établissant un climat de confiance et en s'assurant qu'elle dispose de ressources humaines suffisantes (Mattessich et coll., 1992; Santé Canada, 2000; Fortin et coll., 1994).
Récurrence du financement	• Disposer de ressources financières suffisantes et récurrentes (Lebeau et coll., 1998).

Tableau 3.2 : Conditions de réussite de l'action intersectorielle : facteurs individuels

Buts, objectifs et vision commune	• Choisir des buts et des objectifs bien définis, concrets et réalisables (Mattessich et coll., 1992; Santé Canada, 2000; Ouellet et coll., 1995). • S'assurer que tous les partenaires adhèrent à un même cadre de référence (Mattessich et coll., 1992). • S'assurer que tous les acteurs adhèrent au projet (Mattessich et coll., 1992).
Rôles et intérêt	• Établir les rôles de chaque partenaire (Ouellet et coll., 1995). • S'assurer de l'engagement réel des partenaires (Ouellet et coll., 1995). • Faire en sorte que chacun comprenne son rôle, ses droits et ses responsabilités (Mattessich et coll., 1992). • Établir des liens personnels constructifs (Santé Canada, 2000; Fortin et coll., 1994). • S'assurer que les acteurs ont un intérêt à travailler ensemble (Fortin et coll., 1994; Deschesnes et coll., 1999). • S'assurer que les partenaires sont en mesure de faire des compromis (Mattessich et coll., 1992).

Tableau 3.3 : Conditions de réussite de l'action intersectorielle : facteurs environnementaux

Influence des acteurs et représentativité	• Recruter des acteurs influents. En effet, plus les gens impliqués ont de l'influence et sont près du niveau décisionnel, plus il y a de chances que le projet se concrétise (Fortin et coll., 1994). • S'assurer d'une représentativité au sein des partenaires (Santé Canada, 2000; Deschesnes et coll., 1999).
Connaissance du milieu	• Posséder une bonne connaissance de l'histoire de la communauté, des alliances, des conflits antérieurs et des besoins du milieu. Cela favorise une compréhension commune chez les partenaires et optimise le succès des interventions (Deschesnes et coll., 1999).

* Ces tableaux sont tirés de Le Hénaff et Lepage (2007), p. 21-23.

2.4 Analyse des données

L'analyse des données se divise en deux sections : l'analyse des données écrites et l'analyse des entretiens avec les partenaires de la Mobilisation.

2.4.1 Analyse des données écrites

L'analyse des sources de données écrites s'est faite avant la tenue des entretiens auprès des partenaires. La démarche a été inspirée des étapes de l'analyse de contenu décrite par Mayer et coll. (2000, p. 162). Elle s'est effectuée en trois temps. En premier lieu, une « lecture flottante » de l'ensemble des documents a été effectuée

afin de s'imprégner du matériel et de le classer en ordre chronologique. Par la suite, le matériel a été catégorisé selon le cadre d'analyse des sept étapes de Ouellet (1995) et les conditions de réussite énumérées dans la littérature. Enfin, toutes les sections identifiées d'une même étape à l'intérieur d'une grille d'analyse ont été regroupées par thème. Cet exercice a permis de constater la présence ou l'absence d'activités pour chacune des étapes de Ouellet (1995). Il a permis également d'ajuster ces étapes à la réalité de la Mobilisation étudiée, notamment en subdivisant la deuxième étape en trois : établissement d'un consensus sur le problème, sur les orientations et la philosophie communes et sur le mode de fonctionnement.

2.4.2 Analyse des données provenant des entretiens

Pour chaque entretien, une fiche synthèse était remplie. Presque toutes les fiches synthèses ont été validées par courriel par les partenaires rencontrés. Quant aux résultats obtenus avec le questionnaire sur le mode de fonctionnement de la Mobilisation, ils ont été compilés dans une base de données Excel.

À la mi-collecte, un résumé intermédiaire a été rédigé (Huberman et Miles, 1991). Cet exercice de condensation des 9 premiers entretiens (sur 21) a permis de regrouper les données sous différents thèmes liés au cadre d'analyse des sept étapes de Ouellet (1995). Inspiré de la démarche d'analyse thématique de Boyatzis (1998), ce regroupement a permis de faire ressortir les points de vue partagés par plusieurs partenaires, les étapes de la Mobilisation, etc. Les résultats obtenus ont été présentés à l'équipe d'évaluation, à l'équipe régionale Habitudes de vie/Maladies chroniques de la Direction régionale de santé publique (6 juin 2007) et à l'équipe des intervenants locaux 0-5-30 des CSSS (20 juin 2007).

Vers la fin de la collecte de données, le comité-conseil a été consulté afin de faire ressortir les grands défis à partir des données de 15 entretiens (sur 21) et de déterminer la façon de présenter ces résultats à l'ensemble des partenaires en septembre 2007.

Quatre grands défis ont été ciblés et présentés aux partenaires le 6 septembre 2007. L'objectif de cette présentation était de fournir à ces derniers l'information pouvant les aider à prendre des décisions éclairées en vue d'améliorer la Mobilisation.

3 RÉSULTATS ET PRINCIPAUX CONSTATS

La Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale a amorcé, en décembre 2004, une stratégie de mobilisation régionale et locale sur les saines habitudes de vie, le poids et la santé dans le but de ralentir la progression de l'obésité et d'améliorer les habitudes de vie de la population de la région.

Contexte externe d'implantation de la Mobilisation et profil individuel et organisationnel des partenaires

Comme nous l'avons précédemment indiqué, cette démarche de mobilisation s'inscrit dans le Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 de la Capitale-Nationale et représente une des conditions jugées essentielles pour améliorer l'état de santé de la population (DRSP, 2004, p. 8). Ce projet rejoint également le Programme national de santé publique 2003-2012, qui inscrit l'action intersectorielle parmi les stratégies retenues pour agir sur les facteurs susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être de la population (MSSS, 2003, p. 21). C'est en 2004 que la Direction régionale de santé publique a instauré une mobilisation réunissant plusieurs partenaires régionaux et locaux engagés dans la problématique du poids et la promotion des saines habitudes de vie. La Mobilisation est passée de 12 organisations à son origine à 22 organisations lors de l'évaluation en 2007. En septembre 2007, les membres (douze organisations publiques et parapubliques, sept organismes sans but lucratif et trois chaires de recherche) appartenaient aux dix secteurs d'activité suivants : santé et services sociaux, universitaire, scolaire, communautaire, sports et loisirs, développement durable, municipal, recherche, jeunesse et agroalimentaire (annexe III). Ces organismes détenaient des mandats régionaux (15/22) et des mandats locaux (7/22), et œuvraient dans trois domaines : le non-tabagisme, l'alimentation et la pratique d'activités physiques.

Les 7 étapes de la démarche de mobilisation

La démarche de la Mobilisation est fondée sur deux documents de travail : *Démarche de planification de la stratégie régionale de mobilisation des partenaires – portant sur la problématique du poids et l'amélioration des saines habitudes de vie* (Sauvageau, 2005) et *Paramètres de la Mobilisation* (annexe VII).

À la lecture de ces documents, il semble que la stratégie de mobilisation adoptée s'est appuyée sur certaines des conditions gagnantes présentées précédemment, dont le recrutement d'acteurs influents et l'établissement de liens de communication formels. Tant les données écrites que celles provenant des entretiens avec les partenaires de la Mobilisation permettent de constater l'étendue des activités accomplies^{3,4}. De façon générale, ces der-

3. L'annexe V détaille chacune des activités effectuées par la Mobilisation de décembre 2004 à octobre 2007.

4. Selon les écrits consultés, les partenaires de la Mobilisation ont tenu onze rencontres de travail et organisé quatre événements rassembleurs de décembre 2004 à octobre 2007 (un forum régional, des forums locaux dans trois territoires de CSSS, un lancement officiel de la Mobilisation et la Fête du sport et de l'activité physique).

nières semblent avoir été planifiées et réalisées selon les étapes de la démarche d'action intersectorielle proposées par Ouellet que nous avons présentées précédemment dans le tableau 2 (Ouellet et coll., 1995).

Selon le deuxième compte rendu (mars 2005), les partenaires ont adopté à l'unanimité la proposition d'une démarche de planification de la stratégie régionale de mobilisation des partenaires (Sauvageau, 2005) à l'étape préliminaire de planification. Cette démarche proposait de mettre en œuvre une stratégie de mobilisation en sept étapes :

1. Regrouper des partenaires concernés par la problématique.
2. Établir un consensus de base sur la problématique et le fonctionnement.
3. Mettre en commun des projets et faire une analyse du milieu.
4. Établir des priorités régionales.
5. Élaborer un plan d'action.
6. Implanter le plan d'action.
7. Évaluer.

Les sections suivantes (3.1 à 3.7) présentent les résultats obtenus pour chacune de ces étapes. Les activités planifiées ainsi que les activités réalisées par les partenaires de la Mobilisation sont présentées dans des tableaux; la perception et la satisfaction des partenaires à l'égard des activités effectuées depuis leur arrivée dans le groupe sont ensuite décrites et discutées.

3.1 Étape 1 : Regrouper des partenaires concernés par la problématique

Tableau 4 : Bilan des activités planifiées et des activités réalisées – Étape 1

ACTIVITÉS DE L'ÉTAPE 1	PLANIFIÉE	RÉALISÉE
1.1 Recherche de partenaires concernés par la problématique.	☒	☒
• Établir des critères d'admission des partenaires, si jugé nécessaire.	☒	
• Choisir et joindre des partenaires en cours de démarche.	☒	☒
• Former un groupe de « supporteurs » avec les organisations et les individus qui appuient la démarche sans toutefois s'impliquer dans la Mobilisation.	☒	
1.2 Recherche de représentants et d'organismes.	☒	☒
• Obtenir l'appui d'organismes ou de sociétés crédibles et reconnus dans leur milieu.	☒	☒
• Désigner des intervenants ou des gestionnaires comme représentants.	☒	☒
1.3 Désignation d'un responsable de la démarche de mobilisation.	☒	☒
• Nommer un responsable (animateur) ou président de la Mobilisation.	☒	☒
1.4 Lancement d'une première invitation aux membres de la Mobilisation afin de discuter de la mission et des besoins des organisations qu'ils représentent.	☒	☒

3.1.1 Composition de la Mobilisation

Selon les documents écrits, le nombre de partenaires de la Mobilisation est passé de 12 à 22 de décembre 2004 à septembre 2007 (annexe VI). En septembre 2007, les membres (douze organisations publiques et parapubliques, sept organismes sans but lucratif et trois chaires de recherche) appartenaient aux dix secteurs d'activité suivants : santé et services sociaux, universitaire, scolaire, communautaire, sport et loisir, développement durable, municipal, recherche, jeunesse et agroalimentaire. Ces partenaires détenaient des mandats régionaux (15/22) ou des mandats locaux (7/22) et œuvraient, en partie ou en totalité, dans trois domaines ciblés par la Mobilisation : le non-tabagisme, l'alimentation et l'activité physique.

Selon les propos recueillis lors des entrevues, les partenaires se connaissent peu mais sont satisfaits de la composition de la Mobilisation et de la provenance et des champs d'intérêt des membres. La majorité des partenaires rencontrés souhaitaient toutefois que le groupe obtienne la participation de deux autres secteurs d'activité : le milieu scolaire (les directions générales des commissions scolaires et de quelques écoles) ainsi que le milieu municipal (la Ville de Québec et ses arrondissements, les villes défusionnées et les six MRC de la région)⁵. D'autres secteurs manquants ont été mentionnés par les partenaires, notamment le secteur de la petite enfance (0-5 ans)⁶ et les entreprises privées.

3.1.2 Caractéristiques des représentants des partenaires

La majorité des partenaires de la Mobilisation sont représentés par une ou deux personnes lors des rencontres. Il s'agit dans la plupart des cas de gestionnaires. Toutefois, lorsqu'ils sont absents, leurs remplaçants sont souvent des intervenants. Dans de rares cas, à la fois un gestionnaire et un intervenant représentent une organisation.

Selon quelques partenaires, le secteur de la santé est surreprésenté, particulièrement la Direction régionale de santé publique, avec en moyenne une représentation de sept à huit personnes. D'autres partenaires trouvent cependant que cette représentation est justifiée, car les professionnels de la DRSP sont responsables des comités de travail. Quelques partenaires souhaiteraient que les représentants des partenaires soient des intervenants (« acteurs terrain ») qui touchent et connaissent la population et qui détiennent un certain pouvoir décisionnel et d'influence dans leur organisation. Le document *Démarche de planification de la stratégie régionale de mobilisation des partenaires* (Sauvageau, 2005) appuie cette demande des partenaires.

3.1.3 Problèmes et solutions relatifs à la première étape

Quelques partenaires déplorent le roulement élevé des représentants des organismes aux rencontres de la Mobilisation; les données écrites confirment cette observation. Selon ces partenaires, le roulement nuit à la définition d'une mission et d'une philosophie communes ainsi qu'à la diffusion de l'information dans les milieux. Ce constat

5. La Ville de Québec participe à la Mobilisation depuis 2004, la Ville de L'Ancienne-Lorette et la Municipalité de Lac-Beauport depuis 2006.

6. L'Association des services de garde en milieu scolaire du Québec participe à la Mobilisation depuis 2008.

rejoint celui de chercheurs dans le domaine, qui indiquent qu'une certaine stabilité est nécessaire afin d'assurer la viabilité et la survie de ce type de démarche (Lebeau et coll., 1998).

Les absences répétées de quelques partenaires ont également été soulignées lors des entretiens, certains ne participant pas ou peu aux rencontres de la Mobilisation. En effet, il semble que plus le nombre de partenaires augmente, plus il est difficile de réunir tous les représentants simultanément (un à trois absents lors des rencontres de 2004, de 2005 et du début 2006; cinq à huit absents lors des rencontres de la fin de l'année 2006 à 2007).

Enfin, quelques répondants ont mis en évidence le défi d'intéresser de nouveaux représentants, en particulier en provenance du milieu scolaire, du milieu municipal, du secteur de la petite enfance ainsi que des entreprises privées.

Afin de résoudre ces difficultés, les partenaires ont proposé les solutions suivantes :

- la signature d'une lettre d'engagement officielle dès l'arrivée d'un partenaire au sein de la Mobilisation⁷;
- la nomination de deux représentants par organisme, soit un gestionnaire et un intervenant;
- la mise en place de modes de fonctionnement favorisant l'implication de membres peu disponibles (ex. : travail en sous-comités, rencontre de bilan annuelle, mise en place de groupes de nouvelles, etc.).

Problèmes et solutions relatifs à la première étape

Problèmes :

- Changement fréquent des représentants des organismes aux rencontres.
- Absences répétées de certains partenaires aux rencontres.
- Manque d'implication de certains partenaires
- Certains secteurs d'activité non représentés.

Solutions :

- Signer une lettre d'engagement.
- Nommer deux représentants par organisme pour assurer une présence aux rencontres.
- Mettre en place un mode de fonctionnement favorisant l'implication des membres (travail en sous-comités, groupe de nouvelles, etc.)
- Inclure de nouveaux partenaires, notamment du milieu scolaire, du milieu municipal, du secteur de la petite enfance et des entreprises privées.

7. Méthode suggérée dans le document de planification de la démarche (Sauvageau, 2005)

3.2 Étape 2 : Établir un consensus de base sur la problématique et le mode de fonctionnement

Tableau 5 : Bilan des activités planifiées et des activités réalisées – Étape 2

ACTIVITÉS DE L'ÉTAPE 2	PLANIFIÉE	RÉALISÉE
2.1 Formuler une vision commune.	☒	☒
S'entendre sur une vision commune du problème, de la philosophie d'action ou des orientations et du mode de fonctionnement.	☒	☒
Prévoir des séances de formation et d'information.	☒	
2.2 Établir la structure et le fonctionnement du regroupement de partenaires.	☒	☒
Élaborer un organigramme présentant la hiérarchie et la composition du regroupement régional.	☒	☒
Déterminer un mode de communication de l'information.	☒	☒
2.3 Définir les rôles et les responsabilités de chaque membre.	☒	
Établir le ou les rôles assumés par chaque membre en fonction de ses champs d'intérêt, de ses forces, de ses disponibilités et de la mission de son organisation.	☒	
2.4 Établir un processus de décision.	☒	☒
2.5 Définir les résultats recherchés à court terme et à long terme.	☒	☒
2.6 Prévoir une lettre d'engagement pour chacun des partenaires.	☒	

Selon le document *Paramètres de la Mobilisation* adopté par les partenaires en septembre 2005, le but, la vision, les clientèles ciblées, les principes directeurs et les objectifs de santé visés à long terme semblaient faire l'unanimité (annexe VII). Cependant, même si ces paramètres apparaissaient clairs et précis selon les sources de données écrites, la vision du problème ainsi que les modes de fonctionnement ne semblaient pas être les mêmes pour tous les partenaires rencontrés lors des entretiens. D'ailleurs, un des aspects majeurs ciblés lors de cette évaluation est le besoin de clarification concernant la vision commune.

3.2.1 Absence de consensus sur l'objectif de la Mobilisation

L'objectif de la Mobilisation semble être compris différemment par les partenaires rencontrés. La majorité des répondants ont affirmé que l'objectif visé était l'amélioration des saines habitudes de vie de la population de la région de la Capitale-Nationale. Pour un petit nombre, il s'agissait plutôt d'agir sur la problématique du poids. Enfin, certains ont affirmé que la Mobilisation visait ces deux problèmes simultanément, c'est-à-dire l'amélioration des saines habitudes de vie, lesquelles sont liées à prévention des problèmes de poids.

3.2.2 Absence de consensus sur la philosophie d'action et les orientations

L'analyse des discours a permis de constater une différence dans les perceptions au regard de la philosophie d'action et des orientations communes. En particulier, aucun partenaire n'a fait mention du but et de la mission de la Mobilisation tels qu'ils sont décrits dans les documents de la Mobilisation, c'est-à-dire promouvoir la création d'environnements favorables et devenir un modèle novateur dans la création d'environnements favorables (Sauvageau, 2005). Voici un résumé des points sur lesquels les partenaires ont émis des opinions divergentes au moment des entretiens.

○ But et objectifs visés

Plusieurs partenaires se questionnent à propos du but et des objectifs visés à court, moyen et long terme par la Mobilisation. Entre autres, l'objectif à long terme est défini comme étant : soit l'amélioration des saines habitudes de vie, soit la réduction des taux d'obésité, soit une population en meilleure santé ou encore l'établissement de la première « ville en santé » au Québec ou au Canada.

○ Population cible

Il n'y a pas consensus entre les partenaires sur la population ciblée par la Mobilisation. Ainsi, plusieurs croient que la population ciblée devrait être celle composée des jeunes et de leur famille, notamment les enfants en bas âge et leurs parents, alors que d'autres partenaires souhaiteraient prêter une attention particulière aux femmes et aux personnes vivant en situation de pauvreté.

○ Place de l'approche 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION dans les actions de la Mobilisation

L'approche 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION est perçue différemment par les personnes rencontrées :

- pour quelques-uns, l'approche 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION est très différente de la Mobilisation;
- pour l'un des répondants, il n'y a pas de différence entre l'approche 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION et la Mobilisation;
- pour plusieurs, l'approche 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION est un outil de promotion de la Mobilisation;
- enfin, pour quelques répondants, l'approche 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION chapeaute la Mobilisation, tandis que la Mobilisation est un moyen « pour aller plus loin, pour se faire connaître ».

○ Avantage à participer à la Mobilisation

Pour plusieurs, la valeur ajoutée réside dans la portée accrue du message lorsqu'il y a mobilisation. Ainsi, ils croient que la diffusion du même message par tous les partenaires pourrait avoir une incidence plus importante sur l'amélioration des habitudes de vie de la population. Certains perçoivent que la valeur ajoutée réside plutôt dans la concertation des partenaires intersectoriels et des actions accomplies à l'échelle régionale. En contrepartie, quelques répondants ont affirmé ne pas voir d'avantage à la Mobilisation. Selon ces derniers, les actions accomplies ne seraient pas attribuables aux efforts conjoints des partenaires de la Mobilisation, mais plutôt à une récupération par la Mobilisation de projets déjà amorcés par quelques partenaires.

○ Stratégies privilégiées

Certains répondants souhaitent privilégier les actions politiques, afin d'obtenir l'appui de dirigeants d'influence et éventuellement du financement pour des projets d'envergure. D'autres préfèrent privilégier les actions médiatiques

par l'intermédiaire des activités accomplies par les partenaires et des médias de masse et, enfin, quelques-uns souhaitent privilégier les actions locales auprès des communautés.

3.2.3 Absence de consensus sur les modes de fonctionnement

Selon les documents écrits, deux structures ont été mises en place par la Mobilisation : un regroupement de partenaires dont le mandat est de se connaître, de partager des informations et de s'organiser comme mobilisation (premier compte rendu, décembre 2004), et six groupes de travail dont le mandat est l'élaboration du plan d'action (cinquième compte rendu, décembre 2005).

Les entretiens ont permis de constater qu'il existe une certaine confusion au sujet du mode de fonctionnement du partenariat. Une clarification des rôles et des responsabilités de chaque partenaire permettrait d'améliorer le climat de travail, d'augmenter la motivation et indirectement, de favoriser l'implication des partenaires. Voici ce que les partenaires ont mentionné sur quelques points précis.

○ Climat de travail

Bien que la majorité des partenaires rencontrés se disent satisfaits du climat qui règne à la Mobilisation, certains montrent de l'impatience quant aux nombreux délais survenus depuis le début du projet. Selon eux, ces délais nuiraient au sentiment d'appartenance des membres envers la Mobilisation.

D'autres éléments mentionnés sont de l'ordre du manque d'écoute, de respect et d'ouverture entre les partenaires ayant des visions différentes et du faible degré d'implication des partenaires.

○ Rôle de la Direction régionale de santé publique (responsable de l'animation et de la coordination de la Mobilisation)

La majorité des répondants se disent satisfaits du rôle joué par la Direction régionale de santé publique. À leur avis, elle doit conserver l'animation et le leadership de cette mobilisation, car cela fait partie de son mandat. Ils évoquent la nécessité d'un « partenaire-leader » pour que le projet avance, et ne voient pas d'autres organisations qui pourraient exercer ce rôle. Bien que satisfaits, quelques partenaires notent les limites du rôle de la santé publique. Selon eux, la direction régionale a le mandat d'entreprendre des projets, mais ne peut assumer le leadership des stratégies politiques, un rôle qui revient au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Quelques partenaires jugent que la Direction régionale de santé publique exerce trop d'autorité et d'influence dans la prise de décision de la Mobilisation. Selon eux, la direction régionale ferait la promotion de ses propres projets organisationnels, notamment l'approche 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION. D'après ces derniers, elle devrait être un partenaire en tout point égal aux autres.

○ Modes de décision

Selon les données recueillies grâce au questionnaire, la majorité des décisions seraient prises par consensus, après discussion. En entrevue, la majorité des partenaires expriment le souhait de conserver un mode de décision démocratique. Quant à la question du leadership, une majorité des partenaires interviewés perçoivent les organisations suivantes comme étant les plus influentes (dans l'ordre) : l'Association régionale du sport étudiant de Québec et de Chaudière-Appalaches, la Direction régionale de santé publique, le PEPS et les organismes associés à la Fondation Lucie et André Chagnon (Québec en Forme, Portneuf en Forme et Centre de recherche en prévention

de l'obésité). Par ailleurs, lors des entrevues, plusieurs répondants ont précisé que leur influence s'exerçait davantage dans les groupes de travail.

○ Modes de communication

Le mode de communication actuel (courrier électronique) semble convenir à l'ensemble des répondants. Quant à la fréquence des rencontres, certains la croient suffisante et précisent qu'ils n'auraient pas de disponibilité pour des rencontres supplémentaires. D'autres souhaiteraient en tenir davantage. Ces derniers disent « perdre le fil » entre les réunions si elles sont trop espacées.

○ Échanges et liens entre les partenaires

Environ la moitié des partenaires affirment que la mobilisation leur a permis de connaître de nouveaux organismes. Dans certains cas, les liens qui se sont créés ont permis d'établir ou de consolider des partenariats et de réaliser des projets⁸. Malgré ces réalisations, plusieurs répondants signalent que les partenaires se connaissent peu et affirment n'avoir pas ou peu de contacts avec les autres membres en dehors des rencontres officielles.

Une amélioration des modes de communication entre les membres de la Mobilisation est souhaitée. De fait, favoriser les communications et les interactions entre les partenaires constitue un objectif majeur pour la majorité des partenaires. À ce sujet, l'ensemble des répondants proposent les pistes de solutions suivantes :

- Effectuer chaque année de courtes présentations officielles de chacun des partenaires (mission, membres, activités actuelles et futures).
- Revoir la formule des rencontres pour permettre aux membres de se faire connaître (prolonger la durée des rencontres, varier le lieu de rencontre).
- Fournir la liste des membres et leur rôle dans la Mobilisation (coordonnées complètes, mission, liens avec les saines habitudes de vie).
- Améliorer le processus d'intégration des nouveaux membres (remettre un « kit du nouveau membre », rencontrer le responsable de la Mobilisation [Direction régionale de santé publique] avant une première participation aux activités, présenter les apports et les attentes du nouveau membre aux partenaires de la Mobilisation).
- Inviter tous les partenaires aux événements liés à la promotion des saines habitudes de vie organisés par l'un des membres de la Mobilisation.
- Favoriser la communication entre les réunions (rédiger un journal de liaison entre les rencontres, optimiser l'utilisation du site Internet www.0-5-30.com).
- Favoriser la réalisation de projets communs.

○ Structure et mandat

Quelques partenaires signalent la nécessité de revoir les structures et les mandats de la Mobilisation. À leur avis, le nombre élevé de membres autour de la table de la Mobilisation limite son efficacité. Si d'autres partenaires s'ajou-

8. Par exemple, les liens créés auraient permis de mettre en œuvre le Défi Peluredebanane.com (Association régionale du sport étudiant de Québec et de Chaudière-Appalaches, Forum jeunesse), d'améliorer l'offre alimentaire dans les services de L'Ancienne-Lorette (Ville de L'Ancienne-Lorette, CSSS de la Vieille-Capitale), de constituer la mobilisation locale Portneuf en Forme (CSSS de Portneuf, Unité régionale de loisir et de sport de Québec, Québec en Forme, Forum jeunesse) et d'impliquer des chercheurs de l'Université Laval dans différents projets (étude sur les environnements alimentaires de la Ville de Québec de la Direction régionale de santé publique, projet CLEFS du CSSS de la Vieille-Capitale, etc.).

tent, ce problème devrait s'accroître. Les répondants proposent qu'un « comité exécutif »⁹ composé d'un nombre plus restreint de partenaires et représentatif du groupe prenne les décisions et que la « grande table de la Mobilisation » ait un mandat d'information, de suivi des travaux des comités et de ratification des décisions. Les comités de travail conserveraient les tâches opérationnelles liées à chacune des cibles. Les « acteurs terrain » pourraient participer aux comités de travail, sans nécessairement siéger à la « grande table ».

Problèmes et solutions relatifs à la deuxième étape

Problèmes :

- Absence de consensus sur l'objectif de la Mobilisation et ses orientations.
- Absence de consensus sur la population ciblée par la Mobilisation.
- Ambiguïté sur la place de l'approche 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION.
- Non-perception de l'avantage de participer à la Mobilisation.
- Confusion sur le mode de fonctionnement du partenariat et les stratégies à privilégier.
- Confusion sur les rôles et responsabilités des partenaires.
- Manque de communications et d'interactions entre partenaires.
- Nécessité de revoir structure et mandat.

Solutions :

- Clarifier la vision commune, les orientations et les objectifs de la Mobilisation.
- Déterminer la population ciblée.
- Clarifier la place de l'approche 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION.
- Décrire les avantages d'une participation à la Mobilisation.
- Clarifier les modes de fonctionnement et les stratégies à privilégier.
- Clarifier les rôles et les responsabilités de chaque partenaire.
- Favoriser les communications et les interactions entre partenaires.
- Revoir structure et mandat afin de mettre en place un comité exécutif pour la prise de décision.

9. Cette structure décisionnelle a été proposée au groupe dès 2005 (Sauvageau, 2005). Un comité exécutif a été mis en place en 2008.

3.3 Étape 3 : Mise en commun des projets et analyse du milieu

Tableau 6 : Bilan des activités planifiées et des activités réalisées – Étape 3

ACTIVITÉS DE L'ÉTAPE 3	PLANIFIÉE	RÉALISÉE
3.1 Planifier la collecte de données permettant la mise en commun de projets et l'analyse du milieu.	☒	☒
3.2 Mettre en commun les connaissances, les besoins, les stratégies mobilisatrices et les projets en cours et à venir de chacun des partenaires de la Mobilisation.	☒	☒
3.3 Cibler les collaborations déjà existantes entre les partenaires.	☒	

Cette troisième étape de la démarche devait servir à l'élaboration de la vision commune, aux échanges lors des rencontres et à la planification des formations. Selon les documents écrits, une mise à jour des derniers développements sur les plans local, régional, provincial et fédéral était effectuée par les partenaires lors des rencontres de la Mobilisation.

De plus, comme mentionné dans les documents écrits, l'analyse des résultats du Forum participatif du Québec sur les problèmes reliés au poids organisé en janvier 2005 par l'Association pour la santé publique du Québec a été une source précieuse d'information à l'échelle régionale (Groupe de travail provincial pour la problématique du poids, 2006). À l'échelle locale, l'analyse des résultats des forums locaux sur la problématique du poids tenus dans trois territoires de CSSS en juin 2005 et des résultats des consultations effectuées dans les réseaux des partenaires a aussi permis de recueillir plus d'informations.

Certains partenaires rencontrés se sont toutefois montrés partagés quant aux résultats de cette étape. S'ils sont en majorité satisfaits de la démarche qui a mené au choix des cibles, quelques-uns se montrent moins satisfaits des retombées des forums. Ils disent ne pas se souvenir ou n'avoir pas eu connaissance des résultats du forum régional organisé par l'Association pour la santé publique du Québec ainsi que des forums locaux tenus dans les territoires de CSSS. L'un d'entre eux affirme qu'un forum avait été prévu dans son territoire de CSSS, mais qu'il n'aurait jamais eu lieu. D'autres, absents lors des forums, indiquent ne pas avoir été informés de cette démarche et de ses résultats. Enfin, d'autres partenaires soutiennent que les forums ont marqué le début du processus de mobilisation de la communauté à l'échelle locale et leur ont permis de valider les cibles et le plan d'action dans leur réseau. Malgré les difficultés, plusieurs partenaires croient pertinent de répéter les forums. Pour ces derniers, tenir de nouveaux forums permettrait à la Mobilisation de demeurer centrée sur les besoins des intervenants et d'établir des collaborations avec de nouveaux milieux.

Problème et solutions relatifs à la troisième étape

Problème :

- Méconnaissance des résultats des forums régionaux et locaux.

Solutions :

- S'assurer de diffuser les résultats de forums aux anciens et nouveaux partenaires.
- Préparer de nouveaux forums centrés sur les besoins des participants.
- Encourager la collaboration entre les partenaires par la mise en commun des projets en cours et à venir.

3.4 Étape 4 : Établir des priorités régionales

Tableau 7 : Bilan des activités planifiées et des activités réalisées – Étape 4

ACTIVITÉS DE L'ÉTAPE 4	PLANIFIÉE	RÉALISÉE
4.1 Établir des priorités régionales.	☒	☒
• Tenir compte des sources d'information déjà disponibles et des données recueillies lors de la mise en commun et de l'analyse de milieu.	☒	☒
• Définir des critères de décision (ampleur et gravité du problème, efficacité et faisabilité de la stratégie) au moment de la mise en commun et de l'analyse de milieu.	☒	
• Permettre une présélection des problèmes.	☒	☒
• Comparer des stratégies selon des critères choisis pour fixer l'ordre de priorité.	☒	☒
4.2 Mettre en commun les connaissances, les besoins, les stratégies mobilisatrices et les projets en cours et à venir de chacun des partenaires de la Mobilisation.		☒

Les forums décrits à l'étape précédente ont permis de choisir les six cibles prioritaires de la Mobilisation. Selon le quatrième compte rendu, une première proposition et l'adoption de cinq cibles prioritaires ont eu lieu en septembre 2005 (quatrième compte rendu, septembre 2005). En décembre 2005, les cinq cibles prioritaires ont officiellement été adoptées et une sixième, ajoutée (DRSP, 2005).

Comme mentionné dans le document *Identification des cibles prioritaires* (DRSP, 2005), les cibles retenues sont :

1. Déplacement actif et sécuritaire.
2. Aménagement et animation des aires de jeux municipales, scolaires, communautaires et des CPE.
3. Offre alimentaire.
4. Absence de fumée de tabac dans l'environnement.
5. Information, recherche et évaluation sur la problématique du poids et les saines habitudes de vie.
6. Promotion, action politique et marketing.

Comme à l'étape précédente, le degré de satisfaction à propos du choix des cibles diffère selon les partenaires. La majorité des interviewés se sont montrés satisfaits de la démarche de choix et d'adoption des cibles prioritaires. Selon eux, le forum régional, les forums locaux et les consultations effectuées dans certains milieux ont permis cette priorisation.

Quelques partenaires émettent néanmoins des réserves quant à cette démarche vu :

- les délais très courts pour l'organisation des forums locaux;
- les contraintes organisationnelles du milieu;
- la forte représentation d'intervenants de la santé (CSSS) lors des forums locaux (selon eux, cela aurait influencé la validité des propos recueillis et des cibles priorisées);
- le mode d'adoption des cibles par les partenaires de la Mobilisation (un accord de principe plutôt qu'un réel sentiment d'engagement envers les cibles);
- la présence de nombreux partenaires du domaine des sports (la pratique de l'activité physique est priorisée plutôt que l'offre alimentaire);
- l'ampleur des tâches à accomplir et des objectifs à atteindre selon les cibles. Par exemple, il apparaît plus difficile d'atteindre l'objectif d'implanter une offre alimentaire saine que de créer un environnement sans fumée, car des lois provinciales et de nombreuses campagnes existent pour soutenir ce dernier;
- la nature des cibles. Selon certains partenaires, les cibles devraient être modifiées selon l'évolution des connaissances, l'état de santé et les besoins de la population et des intervenants.

Quelques partenaires affirment douter que les cibles adoptées représentent les préoccupations des milieux et les véritables cibles choisies lors des forums locaux. Selon eux, ces cibles seraient plutôt en relation avec les objectifs des professionnels de l'équipe Habitudes de vie/Maladies chroniques de la Direction régionale de santé publique et de l'approche 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION.

Enfin, quelques répondants déclarent que les six cibles prioritaires étaient déjà choisies à leur arrivée dans le groupe. L'un d'eux dit avoir entendu parler de consultations, mais sans plus. Les autres soutiennent ne pas avoir été informés du processus de choix et de priorisation des cibles.

Problèmes et solutions relatifs à la quatrième étape

Problèmes :

- Mécontentement de certains partenaires sur le choix des cibles prioritaires.
- Méconnaissance des cibles prioritaires par les nouveaux partenaires.
- Ambiguïté sur la place des professionnels de l'équipe Habitudes de vie/Maladies chroniques de la Direction régionale de santé publique et de l'approche 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION.

Solutions :

- S'assurer que tous les partenaires sont informés des cibles prioritaires.
- S'assurer d'un consensus autour des cibles prioritaires de la Mobilisation.
- Clarifier la place des professionnels de la Direction régionale de santé publique et de l'approche 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION.

3.5 Étape 5 : Élaboration d'un plan d'action

Tableau 8 : Bilan des activités planifiées et des activités réalisées – Étape 5

ACTIVITÉS DE L'ÉTAPE 5	PLANIFIÉE	RÉALISÉE
5.1 Élaborer un plan d'action décrivant les stratégies et les moyens utilisés pour atteindre les objectifs fixés ainsi que les ressources (humaines, matérielles et financières) pour chacune des cibles.	☒	☒
5.2 Nommer une personne responsable pour chacune des cibles.	☒	☒
5.2 Élaborer un plan de communication détaillé pour soutenir le plan d'action.	☒	☒

Selon le cinquième compte rendu, les six groupes de travail ont été constitués lors de la rencontre de décembre 2005 (cinquième compte rendu, décembre 2005). Ces groupes étaient composés majoritairement de partenaires de la Mobilisation et étaient animés par un responsable de l'équipe Habitudes de vie/Maladies chroniques de la Direction régionale de santé publique. Leur mandat consistait à élaborer un plan d'action régional pour chacune des cibles prioritaires.

De manière générale, les répondants se sont montrés satisfaits du processus ayant mené au plan d'action. Seuls quelques répondants se sont dits déçus de leur participation aux comités de travail. Ces derniers affirment avoir assisté à quelques rencontres de travail, mais ne pas avoir été impliqués dans les travaux menant à la prise de décision. Certains répondants, bien qu'actifs dans des comités de travail, n'en ont pas fait mention lors des entretiens.

Selon le sixième compte rendu, le plan d'action a été adopté à l'unanimité (sixième compte rendu, juin 2006)¹⁰. Pourtant, un sentiment généralisé de mécontentement et de confusion ressort du discours des partenaires rencontrés lorsqu'il est question du plan d'action. Le mécontentement semble trouver son origine dans l'absence de réalisation d'actions concrètes ainsi que d'actions communes à la suite du plan d'action. Selon eux, la réalisation de projets concrets et communs permettrait de travailler en équipe, favoriserait le sentiment d'appartenance à la Mobilisation et augmenterait le degré d'implication de tous les partenaires.

Dans un même ordre d'idées, plusieurs répondants considèrent que le plan d'action actuel manque de précision et qu'il « ne porte pas à l'action ». Selon eux, le plan d'action devrait être plus concret : prioriser les actions retenues, présenter des objectifs précis et être davantage opérationnel (qui, quoi, quand, où, comment, avec quelles ressources?).

D'autres se questionnent sur la valeur ajoutée du plan d'action de la Mobilisation. Ils affirment qu'il s'agirait davantage du plan d'action des professionnels de l'équipe Habitudes de vie/Maladies chroniques de la Direction régionale de santé publique. De surcroît, un petit nombre d'acteurs s'interrogent sur le plan d'action proprement dit. Ils disent ne pas l'avoir reçu, ne pas s'en souvenir, etc.

Selon ces données, les partenaires semblent avoir une faible connaissance du plan d'action ainsi qu'un faible degré d'implication dans celui-ci.

Problèmes et solutions relatifs à la cinquième étape

Problèmes :

- Mécontentement de certains partenaires sur le fonctionnement des comités de travail.
- Plan d'action : peu de réalisations concrètes et d'actions communes.
- Ambiguïté sur la place des professionnels de l'équipe Habitudes de vie/Maladies chroniques de la Direction régionale de santé publique et de l'approche 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION.

Solutions :

- Revoir le fonctionnement des groupes de travail.
- Réviser le plan d'action : proposer des actions concrètes.
- Réviser le plan d'action : impliquer les partenaires dans la réalisation des actions.
- S'assurer que tous les partenaires connaissent et approuvent le plan d'action et s'y impliquent.

10. Le résumé des objectifs et de la composition des six groupes de travail est présenté à l'annexe V.

3.6 Étape 6 : Implanter le plan d'action

Dans cette section, nous donnons en premier lieu un bilan des activités planifiées et réalisées pour chacune des cibles prioritaires de la Mobilisation, puis nous faisons état des écarts entre les activités planifiées et celles réalisées, et terminons par des solutions proposées pour assurer l'avenir de la Mobilisation.

3.6.1 Cible 1 : Déplacement actif et sécuritaire

La notion de « déplacement actif et sécuritaire » est définie comme « toute forme de déplacement où l'énergie est fournie par l'être humain » (DRSP, 2006). Il s'agit de déplacements où le mode choisi pour se rendre ou pour accompagner une autre personne à un endroit particulier (ex. : au travail, à l'école, à l'épicerie ou chez un ami) est « actif » (DRSP, 2006). La marche et la bicyclette représentent des modes populaires de déplacement actif. L'utilisation des escaliers en milieu de travail est également un bel exemple. Les déplacements des zones résidentielles aux parcs et sentiers sont aussi des éléments à considérer relativement aux déplacements actifs et sécuritaires. Les activités planifiées et effectuées dans le cadre de cette première action prioritaire sont présentées dans le tableau suivant (tableau 9).

Tableau 9 : Bilan des activités planifiées et des activités réalisées – Étape 6, cible 1

ACTIVITÉS DE L'ÉTAPE 6, cible 1	PLANIFIÉE	RÉALISÉE
6.1 Soutenir l'organisme Accès transports viables dans l'implantation du programme Mon école à pied, à vélo!	☒	☒
• Allouer 65 000 \$ pour trois ans.	☒	☒
• Implanter le programme dans vingt écoles primaires, soit six écoles pour la première année, sept pour la deuxième et sept pour la troisième.	☒	☒
6.2 Diffuser dans les écoles les campagnes promotionnelles de l'activité physique Mon style de marche, En ville sans ma voiture, Semaine internationale Marchons vers l'école et Plaisirs d'hiver.	☒	☒
6.3 Diffuser dans les milieux de travail engagés dans l'approche 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION l'Opération vélo-boulot.	☒	
6.4 Élaborer un guide technique de détermination des corridors scolaires en collaboration avec le ministère des Transports du Québec.	☒	☒

3.6.2 Cible 2 : Aménagement et animation des aires de jeux municipales et scolaires

L'aménagement et l'animation sont les deux stratégies d'intervention retenues par le comité de l'action prioritaire 2 afin de rendre les espaces, les équipements et les installations propices à la pratique sécuritaire d'activités physiques en milieux scolaire, municipal, communautaire et dans les CPE (DRSP, 2006). Les activités planifiées et effectuées dans le cadre de cette deuxième action prioritaire sont présentées dans le tableau suivant (tableau 10).

Tableau 10 : Bilan des activités planifiées et des activités réalisées – Étape 6, cible 2

ACTIVITÉ DE L'ÉTAPE 6, cible 2	PLANIFIÉE	RÉALISÉE
6.1 Aménager et animer les aires de jeux de façon à favoriser la pratique sécuritaire d'activité physique.	☒	☒
Effectuer une étude sur les perceptions du milieu concernant l'animation et l'aménagement des cours d'école de la région de la Capitale-Nationale (étude financée par le Programme de subventions en santé publique).	☒	☒

3.6.3 Cible 3 : Offre alimentaire

Une offre alimentaire de qualité résulte d'un environnement alimentaire sain. La mise en place de cet environnement nécessite l'adoption de mesures et des actions concertées visant à garantir à toute la population l'accessibilité durable à des aliments nutritionnellement appropriés, en quantité suffisante, de qualité (salubres) et à coût raisonnable, tout en contribuant ainsi au bien-être et à la santé (DRSP, 2006). Les membres du comité de l'action prioritaire 3 ont donc adopté la vision commune suivante : « favoriser une accessibilité aux aliments sains et nutritifs pour les jeunes et leur famille » (DRSP, 2006). Les activités planifiées et effectuées dans le cadre de cette troisième action prioritaire sont présentées dans le tableau suivant (tableau 11).

Tableau 11 : Bilan des activités planifiées et des activités réalisées – Étape 6, cible 3

ACTIVITÉS DE L'ÉTAPE 6, cible 3	PLANIFIÉE	RÉALISÉE
6.1 Améliorer l'accessibilité aux aliments sains, notamment aux fruits et légumes, dans les milieux socio-économiquement défavorisés.	☒	
Effectuer le suivi de deux projets-pilotes et d'une étude menée par le CRISA.	☒	
6.2 Stimuler et soutenir une offre alimentaire de qualité dans les établissements publics, soit dans les réseaux scolaire, municipal, communautaire et de la santé.	☒	☒
Poursuivre le portrait de l'environnement alimentaire dans les lieux sportifs, récréatifs et culturels de la Ville de Québec.	☒	☒
6.3 Collaborer avec le Conseil de l'agriculture et de l'agroalimentaire pour le développement de la région de Québec pour l'offre d'aliments régionaux dans le cadre d'événements de la Mobilisation.		☒
6.4 Diffuser les campagnes promotionnelles portant sur les fruits et légumes dans les écoles (par l'intermédiaire des programmes de l'Association régionale du sport étudiant de Québec et de Chaudière-Appalaches) et dans les restaurants (par l'intermédiaire de la campagne Fruits et légumes en vedette).		☒

3.6.4 Cible 4 : Fumée de tabac dans l'environnement

La fumée de tabac dans l'environnement se compose de la fumée rejetée par le fumeur après chaque inspiration et de la fumée qui s'échappe de la cigarette (50 % de la fumée de tabac dans l'environnement). Le tabagisme involontaire, ou tabagisme passif, serait le résultat d'une exposition à cette fumée répandue dans l'atmosphère. L'absence dans l'air de produits toxiques et de particules créés par la combustion du tabac dans un lieu constitue un environnement sans fumée (MSSS, 2009a). Les activités planifiées et réalisées dans le cadre de cette quatrième action prioritaire sont présentées dans le tableau suivant (tableau 12).

Tableau 12 : Bilan des activités planifiées et des activités réalisées – Étape 6, cible 4

ACTIVITÉS DE L'ÉTAPE 6, cible 4	PLANIFIÉE	RÉALISÉE
6.1 Planifier une campagne de sensibilisation concernant la fumée de tabac dans l'environnement en lieux fermés	☒	☒
Collaborer avec le programme de soutien aux jeunes parents du CSSS pour la remise de « cache-couches sans fumée ».	☒	
Diffuser la campagne promotionnelle Roulez sans fumée.	☒	☒
6.2 Créer une intervention et des outils concernant la fumée de tabac dans l'environnement dans les lieux ouverts.	☒	☒
Soutenir les écoles qui le souhaitent dans l'application de la Loi sur le tabac (terrains d'école sans fumée) (Direction régionale de santé publique).	☒	☒
Élaborer un guide d'accompagnement pour aider les milieux communautaires à devenir sans fumée (Direction régionale de santé publique).	☒	☒

3.6.5 Cible 5 : Formation, recherche et évaluation

La DRSP réalise et coordonne la majorité des travaux en recherche et en évaluation. Quelques actions ont été entreprises jusqu'à présent : des bilans d'implantation, des portraits en rapport avec les actions prioritaires, des évaluations de projets, etc. Les activités planifiées et réalisées dans le cadre de cette cinquième action prioritaire sont présentées dans le tableau suivant (tableau 13).

Tableau 13 : Bilan des activités planifiées et des activités réalisées – Étape 6, cible 5

ACTIVITÉS DE L'ÉTAPE 6, cible 5	PLANIFIÉE	RÉALISÉE
6.1 Offrir aux intervenants locaux et régionaux différentes formations au regard des habitudes de vie et de la gestion du poids.	☒	☒
Offrir une formation sur les saines habitudes de vie aux intervenants en CSSS.	☒	☒
Élaborer une formation sur la gestion du poids destinée aux intervenants en CSSS.	☒	☒
6.2 Évaluer l'implantation de la démarche de mobilisation (évaluation financée par le Programme de subventions en santé publique).		☒

3.6.6 Cible 6 : Promotion, action politique et marketing

Ces aspects extrêmement importants doivent soutenir les actions accomplies par l'ensemble des groupes de travail et par les partenaires de la Mobilisation. Les activités planifiées et réalisées dans le cadre de cette sixième action prioritaire sont présentées dans le tableau suivant (tableau 14).

Tableau 14 : Bilan des activités planifiées et des activités réalisées – Étape 6, cible 6

ACTIVITÉS DE L'ÉTAPE 6, cible 6	PLANIFIÉE	RÉALISÉE
6.1 Promouvoir la Mobilisation.	☒	☒
• Préparer un plan stratégique de communication.	☒	☒
• Créer la présentation visuelle de la Mobilisation.		☒
• Présenter et faire adopter la présentation visuelle de la Mobilisation.		☒
• Diffuser la présentation visuelle de la Mobilisation.		☒
• Organiser et réaliser le lancement officiel de la Mobilisation au PEPS.		☒
• Organiser la Fête du sport et de l'activité physique au PEPS dans le cadre de la Journée nationale du sport et de l'activité physique d'octobre 2007.		☒

3.6.7 Écarts observés entre les activités prévues et réalisées

Deux comptes rendus (septième et huitième) décrivent l'évolution de l'implantation des actions liées aux cibles prioritaires 1 à 4, dites « de contenu »¹¹, de juin 2006 à septembre 2007. Selon ces documents, certaines des activités prévues par les groupes de travail dans le plan d'action n'ont pas été réalisées, alors que d'autres activités ont été réalisées alors qu'elles n'avaient pas été planifiées (voir les bilans de chaque cible présentés précédemment).

Dans l'ensemble, la majorité des actions accomplies par les membres de la Mobilisation ont été gérées par les professionnels de l'équipe Habitudes de vie/Maladies chroniques de la Direction régionale de santé publique. Le partage des responsabilités et le degré d'implication des partenaires au regard du plan d'action devraient être précisés. Quant au financement de chacun des projets, non seulement les documents écrits en font rarement état, mais ils ne précisent pas la provenance ni le mécanisme d'allocation des sommes.

○ Actions accomplies

Quelques répondants mentionnent des actions qui ont été accomplies depuis 2006. Plusieurs déplorent par contre un manque de communication et de suivi relativement à l'implantation du plan d'action. De plus, ils se questionnent sur les activités réalisées depuis l'adoption des cibles en juin 2006. D'autres partenaires soulignent que les actions réalisées semblent relever surtout de la stratégie de communication, et non de la mise en œuvre d'actions concrètes du plan d'action dans les milieux de vie par des partenaires locaux.

11. Les tableaux récapitulatifs sont situés à l'annexe V.

○ Actions de communication accomplies

La quasi-totalité des répondants montrent une grande satisfaction à l'égard de la présentation visuelle de la Mobilisation conçue par l'Association régionale du sport étudiant de Québec et de Chaudière-Appalaches et le Service des activités sportives de l'Université Laval. En général, les partenaires se disent « à l'aise » avec ce message qu'ils jugent vulgarisé, simple, « qui parle au public » et tout simplement beau. Toutefois, bien qu'ils n'aient rien contre le concept visuel, un petit nombre de partenaires ne sont pas d'accord avec le fait que la présentation de la Mobilisation inclue le titre « 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION ». Ils s'expliquent difficilement ce « dérapage » de la Mobilisation vers l'approche 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION. De plus, ils se sentent plus ou moins concernés par ce programme, qui, selon eux, appartient à la Direction régionale de santé publique et non aux partenaires.

En ce qui a trait au lancement médiatique de la Mobilisation (10 mai 2007, PEPS), les partenaires notent les points bénéfiques suivants : le taux élevé de participation et d'implication des partenaires, le nouveau partenariat établi avec des producteurs locaux pour le buffet et le lancement de la présentation visuelle. Cependant, la déception est généralisée concernant la quasi-absence des médias. Selon eux, la présence d'invités connus et de politiciens ou un sujet d'actualité auraient peut-être permis d'attirer davantage les médias. De plus, quelques répondants affirment être insatisfaits du contenu présenté lors du lancement de la Mobilisation. Selon eux, le contenu avait été déterminé à l'avance et n'intégrait pas les préoccupations de tous les partenaires. Certains se questionnent même sur l'objet du lancement : était-ce un lancement pour la Mobilisation régionale sur les saines habitudes de vie, le poids et la santé ou pour l'approche 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION? Quelques-uns affirment avoir été volontairement absents lors de l'événement, n'étant pas à l'aise avec la présentation visuelle qui met en évidence l'approche 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION.

Presque tous les répondants étaient enthousiastes concernant la Fête du sport et de l'activité physique (5 octobre 2007, PEPS). Lors des entretiens¹², ils en parlaient déjà comme d'une activité concrète, précise, pour laquelle il serait plus facile de trouver du financement et des collaborateurs. Le seul bémol signalé par quelques répondants était que le lieu choisi pourrait limiter la participation des résidents des territoires en périphérie ainsi que des populations plus défavorisées de Québec. Selon eux, il aurait été préférable d'organiser simultanément des événements dans différents endroits de la région.

3.6.8 Inquiétudes face à l'avenir de la Mobilisation et solutions proposées

Quelques partenaires expriment de l'inquiétude quant à l'avenir de la Mobilisation si aucune action n'est entreprise rapidement. Selon eux, le regroupement se trouve dans une période critique post-lancement. Ils craignent un « essoufflement des acteurs » et un « désintérêt de la part des membres », notamment dus à la longueur du processus. Certains doutent même de la survie du groupe à moyen terme. Ils suggèrent de revoir la composition et les mandats des comités et de relancer les travaux, de préciser le rôle et les responsabilités de chacun des partenaires, de réviser le plan d'action et enfin de prioriser une recherche de financement afin d'accélérer la mise en œuvre des actions proposées.

12. Note : Les entretiens ont eu lieu avant l'événement du 5 octobre 2007.

Problèmes et solutions relatifs à la sixième étape

Problèmes :

- Manque d'implication des partenaires dans le fonctionnement et la conception des mandats des comités de travail.
- Plan d'action : peu de suivi des actions entreprises.
- Ambiguïté sur la place des professionnels de l'équipe Habitudes de vie/Maladies chroniques de la Direction régionale de santé publique et de l'approche 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION.
- Manque de ressources financières pour réaliser le plan d'action.

Solutions :

- Revoir la composition et les mandats des comités et relancer leurs travaux.
- Réviser le plan d'action : proposer des actions concrètes et améliorer le suivi.
- Préciser le rôle et les responsabilités de chacun des partenaires.
- Prioriser la recherche de ressources financières et humaines afin d'accélérer la mise en œuvre des actions et d'accroître leur intensité.

3.7 Étape 7 : Évaluation

Tableau 15 Bilan des activités planifiées et des activités réalisées – Étape 7

ACTIVITÉS DE L'ÉTAPE 7	PLANIFIÉE	RÉALISÉE
7.1 Élaborer un plan d'évaluation.	☒	
• Prévoir un mécanisme de diffusion des résultats obtenus dans le plan de communication et d'évaluation.	☒	☒
7.2 Faire adopter le plan d'évaluation par les membres de la Mobilisation.	☒	
• Faire adopter le projet d'évaluation de la démarche de mobilisation.	☒	☒
7.3 Organiser des moments pour célébrer les « bons coups » afin de féliciter les partenaires et de reconnaître leur participation.	☒	

En février 2007, le projet d'évaluation de l'implantation de la démarche de mobilisation a été proposé et adopté par les partenaires (neuvième compte rendu). Lors de la onzième rencontre de la Mobilisation, une présentation des résultats préliminaires ainsi qu'une discussion sur les grands défis ciblés ont eu lieu¹³.

13. Onzième compte rendu et présentation PowerPoint : *Évaluation de l'implantation de la démarche – présentation des résultats préliminaires*, Direction régionale de santé publique, 6 septembre 2007.

L'ensemble des répondants se sont montrés satisfaits du déroulement de l'évaluation de l'implantation de la Mobilisation. Certains ont mentionné l'importance de cette étude, qui donne la parole aux partenaires, et signalé le besoin de reproduire régulièrement ce type d'évaluation. Environ la moitié des répondants étaient davantage intéressés par une évaluation des effets des actions de la Mobilisation.

4 DISCUSSION

Deux aspects sont abordés dans cette discussion : la nature de la Mobilisation régionale et locale sur les saines habitudes de vie, le poids et la santé et le modèle théorique dans lequel elle s'inscrit, et les résultats et objectifs de l'évaluation.

4.1 Action intersectorielle, coalition et communauté de pratique : situer la Mobilisation

Trois modèles théoriques peuvent servir d'assise à la stratégie de la Mobilisation : les concepts d'action intersectorielle, de coalition et de communauté de pratique.

4.1.1 L'action intersectorielle : les étapes d'une mobilisation

La Mobilisation régionale et locale sur les saines habitudes de vie, le poids et la santé correspond en plusieurs points à une action intersectorielle¹⁴. La Mobilisation, tout comme l'action intersectorielle, est orientée vers des interventions concrètes; favorise la mise en commun des ressources des partenaires et des participants et coordonne les actions entreprises sur le plan de la promotion des saines habitudes de vie. Elle facilite la collaboration et la concertation entre les partenaires ainsi que la diffusion de messages cohérents auprès des populations ciblées, soit les jeunes, les familles, les communautés locales et les populations vulnérables.

4.1.2 La coalition : l'action politique et le pouvoir d'influence

Par sa nature revendicatrice, la coalition apporte de nouveaux éléments par rapport à l'action intersectorielle, soit l'action politique et le pouvoir d'influence. Cependant, ces éléments ne représentent pas les axes d'intervention privilégiés par la mobilisation à l'étude, qui agit davantage sur le plan des connaissances et par des actions communes. La Mobilisation sur les saines habitudes de vie, le poids et la santé ne se concentre pas sur une stratégie d'action politique, mais essaie plutôt de transformer des contextes et des environnements (physiques, politiques et économiques) défavorables à l'adoption de saines habitudes de vie. Les partenaires utilisent des stratégies d'action éducative, d'action environnementale et de marketing social pour « promouvoir la création d'environnements favorables pour soutenir les jeunes et leur famille dans l'adoption ou le maintien des saines habitudes de vie ».

14. Selon Ouellet et coll. (1995), l'action intersectorielle consiste en « une démarche réunissant les ressources de divers secteurs d'activités, possédant des mandats complémentaires et des fonctionnements parfois différents, afin de mettre en place un plan d'action global pour résoudre un problème complexe » (p. 3).

4.1.3 La communauté de pratique : clé d'interprétation de la Mobilisation

La communauté de pratique repose sur l'éclosion et le développement de liens entre les acteurs de la communauté, le partage des pouvoirs et les modes de fonctionnement. Comme dans le modèle des communautés de pratique, la Mobilisation tend vers le partage de connaissances et le développement de relations entre partenaires. Dans ce modèle, chacun des partenaires retire des bénéfices à participer à la Mobilisation tout en récoltant des bénéfices communs. En effet, la finalité de la Mobilisation, soit lutter contre l'obésité et améliorer les habitudes de vie dans la région, est sous-tendue par une volonté d'établir des relations gagnant-gagnant entre les partenaires et les participants tout en laissant chacun des partenaires libre d'investir son propre axe d'intervention.

La mobilisation à l'étude est basée sur trois éléments essentiels sur lesquels reposent les communautés de pratique : l'engagement mutuel (participation interactive et convergente des membres du groupe), l'entreprise conjointe (l'élaboration de stratégies communes et respectives pour lutter contre le problème collectif) et le répertoire partagé (mise en commun de ressources matérielles, financières et humaines) (Wenger, 1998).

Tableau 16 Éléments sur lesquels reposent les communautés de pratique et actions accomplies par la Mobilisation sur les saines habitudes de vie, le poids et la santé

Éléments	Actions de la Mobilisation
Engagement mutuel	• Compréhension commune du problème • Choix de solutions et d'actions prioritaires • Engagement envers ces actions
Entreprise conjointe	• Définition de paramètres communs • Formation de groupes de travail responsables de préparer un plan d'action et de l'actualiser
Répertoire partagé	• Partage de ressources à différents degrés

Wenger (1998) suggère différents outils pouvant faciliter les activités d'une communauté de pratique. La création d'un site Internet est l'un d'eux. À l'automne 2007, les partenaires ont suggéré à la Direction régionale de santé publique de remodeler le site Internet www.0-5-30.com pour mieux y intégrer les actions de la Mobilisation. De cette façon, les partenaires se sont donné un outil qui illustrera leurs acquis, leurs réussites et leurs succès et sera responsable du transfert d'information et des connaissances à ceux qui visiteront le site.

Les partenaires ont également mis en place des groupes de travail en rapport avec les actions prioritaires. Le niveau d'expertise des membres de ces groupes de travail fait en sorte qu'ils sont autonomes. Ils ont le mandat de concevoir le plan d'action, de le réajuster au besoin, de l'actualiser et de collaborer à l'évaluation des activités.

Enfin, dès le début, les partenaires ont désigné la Direction régionale de santé publique comme étant l'organisation ayant le mandat de coordonner les actions de la Mobilisation, de l'animer et de consulter ses membres. L'accueil de nouveaux membres et la gestion des conflits sont deux mandats qui lui reviennent. Dès janvier

2008, elle a proposé aux partenaires un mécanisme d'accueil des nouveaux partenaires. Ce processus comprend notamment un volet formatif afin de transférer adéquatement les connaissances acquises par les partenaires de la Mobilisation et de soutenir les nouveaux venus dans leur acquisition d'habiletés à travailler en communauté.

4.2 Discussion sur les résultats de l'évaluation : les défis ciblés

En premier lieu, on observe un écart entre les activités planifiées et celles réalisées. Un second écart émerge par ailleurs de la comparaison des activités réalisées selon les sources de données écrites (annexe IV) et les sources de données verbales (les entretiens).

À partir de ces observations, quatre défis ont été ciblés :

1. Clarifier la vision commune.
2. Réviser le plan d'action et obtenir du financement.
3. Favoriser la permanence des partenaires et reconnaître la nature de leur organisation et leur rôle dans la Mobilisation.
4. Revoir la composition et la structure de la Mobilisation ainsi que ses modes de fonctionnement.

4.2.1 Défi 1 : Clarifier la vision commune

Les partenaires ont exprimé un besoin d'éclaircissements par rapport à la Mobilisation. Selon Ouellet (1995), cette étape est cruciale dans l'établissement d'une mobilisation et n'est jamais totalement terminée. L'ajout de nouveaux partenaires de même que les changements d'orientation en fonction des possibilités du terrain demandent de constamment revoir la vision commune. Une synthèse de la Mobilisation en une seule page (mission, objectifs, cibles prioritaires) permettrait une vue d'ensemble des fondements du regroupement des partenaires. Elle aiderait à situer le groupe et les attentes, notamment quant à la durée d'engagement des partenaires.

4.2.2 Défi 2 : Réviser le plan d'action et obtenir du financement

Les partenaires ont clairement exprimé le besoin de revoir, de redéfinir et de prioriser les actions définies dans le plan d'action. La littérature rejoint leur discours à ce sujet. En effet, selon Ouellet (1995), l'action intersectorielle ne prend son sens que dans des réalisations concrètes.

Pour leur part, Deschesnes et ses collaborateurs (1999) proposent des critères pour définir un plan d'action de qualité en promotion-prévention : une définition claire du problème, des objectifs mesurables, des stratégies appropriées, un calendrier réaliste, une évidence de collaboration et de coordination entre les partenaires, une évaluation appropriée et surtout, un budget adéquat. À ce sujet, la recherche de financement ressort comme un défi majeur pour la réalisation des activités prévues par le plan d'action.

4.2.3 Défi 3 : Favoriser la permanence des partenaires et reconnaître la nature de leur organisation et leur rôle dans la Mobilisation

Les partenaires ont émis le besoin de mieux se connaître et croient que la réalisation de projets communs leur permettra d'atteindre ce but. Ce constat est soutenu par la littérature. Deschesnes et ses collaborateurs (1999) soulignent l'importance de la connaissance et de la reconnaissance d'une interdépendance entre les partenaires pour qu'une mobilisation soit forte. Pour Fortin et ses collaborateurs (1994), ce sont les liens tissés entre les membres qui permettent la création d'un bon climat de travail. Quant à Lebeau et ses collaborateurs (1998), ils affirment que le degré d'implication des acteurs détermine leur satisfaction à l'égard du projet. Ces derniers proposent une typologie des rôles que peuvent jouer les partenaires afin de situer leur champ d'implication : décision, action, liaison, appui politique, soutien financier et animation-coordination. Pour s'assurer de la survie et de la stabilité d'une mobilisation, ils proposent que les représentants des différents organismes impliqués demeurent les mêmes pour la durée des projets. Enfin, les chercheurs Popay et Williams (1998) rappellent que le partenariat entre diverses personnes de milieux différents est complexe et qu'il faut prendre le temps nécessaire pour développer des liens entre les partenaires.

4.2.4 Défi 4 : Revoir la composition et la structure de la Mobilisation ainsi que ses modes de fonctionnement

Ce dernier défi porte sur la gestion du groupe. L'augmentation du nombre de partenaires dans le groupe entraîne le besoin de revoir ses structures et ses modes de fonctionnement. La définition des modes de prise de décision, de communication et de leadership ainsi que la recherche de financement sont des préoccupations qui ont été soulignées lors des entretiens.

En effet, la recherche démontre que ces activités représentent une des dimensions les moins optimales de la pratique intersectorielle (Lebeau et coll., 1998). Pour les améliorer, les mécanismes de fonctionnement de la Mobilisation devraient être mieux définis et connus de tous (mode de prise de décision, mode de résolution de conflit, rôles et responsabilités des membres, sources de financement et mécanismes d'allocation des ressources, modes de communication et de suivi, etc.). Il est bon de se rappeler que l'action intersectorielle est difficile et complexe à mettre en place, même si elle est souhaitée et semble logique pour tous (Fortin et coll., 1994). Ce modèle correspond à un modèle de développement social sujet à des états transitoires, particulièrement dans la période de l'émergence vers le déploiement des actions (Lebeau et coll., 1998). Cette période de transition est donc une étape « normale » de tous les groupes intersectoriels.

5 CONCLUSION

L'évaluation de l'implantation de la démarche de mobilisation régionale et locale sur les saines habitudes de vie, le poids et la santé avait pour but de vérifier l'appréciation des partenaires à l'égard de cette stratégie et de cerner les facteurs favorables et défavorables à ce type de collaboration.

Elle avait également pour but de vérifier l'atteinte des objectifs fixés et les activités accomplies par les partenaires. Finalement, l'évaluation visait à cerner les problèmes liés à l'action intersectorielle et à l'émergence d'une communauté de pratique et à proposer des solutions.

Dès la présentation des résultats préliminaires de l'évaluation le 6 septembre 2007, plusieurs démarches ont été entreprises par les partenaires de la Mobilisation pour résoudre les problèmes relevés. Nous faisons ci-dessous un résumé des ajustements apportés à la Mobilisation.

5.1 Ajustements apportés à la Mobilisation

5.1.1 Les ajustements apportés à la Mobilisation

1. La clarification de la vision commune.
2. La détermination des rôles souhaités par les partenaires.
3. La révision du plan d'action.
4. L'accueil de quatre nouveaux partenaires.
5. La formation d'un comité exécutif.

○ Clarification de la vision commune

Le 6 septembre 2007, après la présentation des résultats préliminaires de l'étude, la question de la clarification de la vision commune a été abordée. Plusieurs présentations et discussions se sont tenues sur les thèmes suivants :

- les concepts théoriques d'action intersectorielle, de concertation et de développement communautaire;
- les paramètres de la Mobilisation, soit le problème, la vision, les milieux et populations ciblés, les résultats et l'effet souhaités de la Mobilisation;
- le cadre de référence de l'approche 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION et les liens entre ce dernier et la mobilisation intersectorielle.

○ Détermination des rôles

À la même réunion, la Direction régionale de santé publique a remis une liste complète des partenaires, incluant leurs coordonnées et leurs liens avec les saines habitudes de vie. Elle a alors demandé aux partenaires de valider

l'information et de préciser le rôle (décision, action, liaison, appui politique, soutien financier et animation-coordination) qu'ils désiraient jouer dans la Mobilisation.

○ Révision du plan d'action

Pour aider à la révision du plan d'action, les responsables des groupes de travail ont présenté leurs réalisations. On note que plusieurs activités ont été accomplies, mais qu'on n'en a pas fait la promotion. L'amélioration des mécanismes de communication entre les membres a été soulevée et, pour résoudre ce problème, une utilisation plus optimale du bulletin et du site Internet a été proposée.

○ Accueil de nouveaux partenaires

À la réunion du 6 septembre 2007, les membres ont accueilli quatre nouveaux partenaires venant des organismes suivants : ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec, Commission scolaire de Portneuf, Portneuf en Forme et Accès transports viables.

○ Formation du comité exécutif

Le comité exécutif a été formé pour revoir la structure et les mandats de la Mobilisation. Il est composé de neuf organismes : Forum jeunesse, Unité régionale de loisir et de sport de Québec, Association régionale du sport étudiant de Québec et de Chaudière-Appalaches, Chaire de recherche Merck Frosst/IRSC sur l'obésité, CSSS de la Vieille-Capitale, Direction régionale de santé publique et Québec en Forme. La YWCA et le Service des activités sportives de l'Université Laval s'y sont par la suite ajoutés.

5.1.2 Responsabilité et mandat du comité exécutif, et vision de la Mobilisation

Les membres du comité exécutif ont tenu leur première rencontre le 19 novembre 2007. Les rôles et les mandats du comité ont alors été définis et l'on a proposé d'établir les grandes orientations de la Mobilisation. Ces dernières ont ensuite été ratifiées par la table des partenaires.

Vision commune de la Mobilisation : Pour éviter toute confusion, le comité exécutif détermine que l'approche 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION devrait être présentée comme le véhicule de promotion des saines habitudes de vie dans la région et que les cibles de la Mobilisation devraient être le 0, le 5 et le 30. Les six cibles originales deviennent les six actions prioritaires de la Mobilisation.

D'autres discussions portent sur le plan de communication, la recherche de financement et la tenue de forums de discussion annuels entre les membres de la Mobilisation.

5.1.3 Bilan des activités (22 janvier 2008) : ajout d'un comité de travail

Les membres du comité exécutif tiennent leur deuxième rencontre le 22 janvier 2008. Un bilan des activités des six comités de travail est alors fait. Un nouveau comité de travail s'ajoute : le Comité régional Québec en Forme. La Mobilisation compte maintenant sept comités de travail.

5.1.4 Bilan des activités (10 juin 2008) : remise et présentation de la trousse d'accueil; accueil et présentation de nouveaux partenaires; bilan des activités des groupes de travail; proposition d'un plan stratégique de communication

Les partenaires de la grande table de la Mobilisation sont réunis pour la première fois le 10 juin 2008. À cette occasion, une pochette, qui deviendra la « trousse d'accueil » des nouveaux membres, est présentée et remise à tous les partenaires présents. La trousse d'accueil contient : un document de présentation de la Mobilisation (la mission, la vision, les cibles et actions prioritaires); un schéma de la nouvelle structure; un calendrier 2008-2009 des activités des partenaires; des exemplaires des bulletins de la Mobilisation et une liste à jour des partenaires.

À cette occasion, la Mobilisation accueille huit nouveaux membres : l'Association des services de garde en milieu scolaire du Québec; la Commission scolaire des Découvreurs; les directions régionales du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale et du ministère de la Famille et des Aînés; la Municipalité de Lac-Beauport; la Société de la Piste Jacques-Cartier/Portneuf et SSQ Groupe financier.

Les sept groupes de travail présentent leur bilan de la dernière année et leurs perspectives pour 2008-2009. Enfin, un plan stratégique de communication est proposé à l'ensemble des partenaires.

5.2 Perspectives d'avenir : quelques pistes de réflexion

Les quatre défis ciblés dans le cadre de cette évaluation sont liés à des conditions de réussite qui peuvent influencer la pérennité de la Mobilisation. Voici une synthèse des conditions de réussite jugées les plus pertinentes.

5.2.1 Facteurs organisationnels

Leadership. Continuer de faire face aux problèmes d'ordre organisationnel ainsi qu'aux changements dans les orientations du groupe, notamment en prévoyant des mécanismes de résolution de conflits et de prise de décision.

Communication. Poursuivre l'amélioration des modes de communication au sein du groupe (ex. : remise d'un bilan annuel, utilisation de bulletins et site Internet), dans la communauté (ex. : diffusion publique) et dans les institutions (ex. : mécanismes de circulation de l'information).

Résultats tangibles. Viser l'atteinte de résultats tangibles à court terme, en priorisant dans le plan d'action des projets concrets facilement réalisables. Pour la réalisation de ces projets, prévoir établir et maintenir des liens avec des organismes de terrain. Prévoir également un mécanisme d'évaluation pour apporter les ajustements nécessaires.

Stabilité des acteurs. Viser à maintenir une équipe stable en établissant un lien de confiance et en s'assurant qu'elle dispose de ressources humaines suffisantes (ex. : soutien des comités de travail).

Financement. Disposer de ressources financières suffisantes afin de réaliser les activités prévues et d'obtenir l'effet souhaité; s'assurer de la récurrence du financement et prévoir des mécanismes d'allocation de ressources pour éviter les conflits d'intérêts et favoriser la transparence.

5.2.2 Facteurs individuels

Buts, objectifs et vision commune. S'assurer que tous les partenaires ont une même compréhension des objectifs, des buts, de la population ciblée et du plan d'action de la Mobilisation; ramener les textes fondateurs régulièrement dans le groupe, surtout lors de la prise de décisions importantes et de l'intégration de nouveaux membres; favoriser la formation continue pour l'ensemble des partenaires.

Rôles et intérêt. S'assurer continuellement d'un engagement réel des partenaires et faire en sorte que chacun comprenne son rôle, ses droits et ses responsabilités (ex. : avec une lettre d'engagement officielle à long terme); s'assurer de la compatibilité des partenaires (attitude, vision, valeurs) et viser l'établissement de relations interpersonnelles constructives et d'une interdépendance reconnue, afin que les gens aient un intérêt à travailler ensemble.

Influence des acteurs et représentativité. Poursuivre le recrutement d'acteurs influents et décisionnels, afin de favoriser la concrétisation des actions; continuer de s'assurer d'une représentation de tous les secteurs de la communauté liés au projet.

5.2.3 Facteurs environnementaux

Connaissance du milieu. Viser à ce que les partenaires détiennent une bonne connaissance de l'historique de la Mobilisation et des besoins du milieu, afin qu'ils connaissent les possibilités d'intervention et leurs limites.

Climat sociopolitique. Continuer de profiter du climat politique favorable à l'adoption de saines habitudes de vie, car il permet aux leaders politiques, aux groupes et au public en général d'appuyer les buts et objectifs visés par le regroupement.

5.3 Limites de l'étude

Cette évaluation d'implantation comporte quelques limites méthodologiques. Même si c'est la même agente de recherche qui a effectué la collecte et la validation des données auprès des partenaires, il n'y a pas eu de double vérification des données par un autre chercheur. De plus, cette étude ne permet pas de généraliser les résultats obtenus à d'autres projets similaires, car le devis qualitatif visait à étudier une démarche précise de mobilisation.

5.4 En conclusion

Les partenaires de la Mobilisation régionale et locale sur les saines habitudes de vie, le poids et la santé sont aujourd'hui dans un contexte politique favorable à leurs actions. À la suite de cette première évaluation d'implantation, ils ont clarifié leur vision commune, restructuré la Mobilisation et recruté de nouveaux partenaires.

Afin de favoriser le déploiement de la Mobilisation, on devrait l'évaluer de façon continue. Cette évaluation permettrait de suivre l'implantation du plan d'action, de donner la possibilité aux partenaires de s'exprimer, de prendre du recul face au projet et d'apporter les ajustements nécessaires. À plus long terme, une évaluation des changements apportés dans les environnements des milieux ciblés par les partenaires de la Mobilisation serait souhaitée.

6 BIBLIOGRAPHIE

1. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2007). *Au croisement des secteurs – expériences en action intersectorielle, en politique publique et en santé*, Ottawa, L'Agence, 52 p.
2. AUBEL, J. (2000). *Manuel d'évaluation participative de programme : comment assurer la participation des exécutants de programme dans le processus d'évaluation*, 2^e édition, Programme d'appui technique à la survie de l'enfant et Services de secours catholique, 94 p.
3. BOYATZIS, R.E. (1998). *Transforming Qualitative Information: Thematic Analysis and Code Development*, Thousand Oaks (Californie), Sage Publications, 198 p.
4. CANADIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION (1997). *The Canadian Experience of Intersectoral Collaboration for Health Gains*, [Rédigé par l'Association canadienne de santé publique à l'occasion de la conférence de l'Organisation mondiale de la santé de 1997, *Renewal of Health for All: Intersectoral Collaboration for Health Gains*. On peut communiquer par courrier électronique avec le Centre de ressources en santé de l'Association, à l'adresse hrc/cds@CPHA.ca].
5. COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL, PROVINCIAL ET TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION (1999). *L'action intersectorielle : pour une population en santé*, Ottawa, Santé Canada, 28 p.
6. CONFÉRENCE INTERNATIONALE POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Ottawa, Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique. Accessible en ligne à l'adresse www.aspq.org/DL/charte.pdf.
7. DESCHESNES, M., A. JOMPHE HILL et coll. (1999). *Évaluation d'implantation d'une action intersectorielle dans le cadre du projet « Écoles – milieux en santé », région de l'Outaouais. Phase 1 : Élaboration d'un plan global d'intervention en promotion de la santé chez les enfants de 6 à 12 ans*, Hull, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 117 p.
8. DESCHESNES, M., A. JOMPHE HILL et coll. (2001). *Évaluation du processus d'action intersectorielle au cours de la phase de mise en œuvre du projet « Écoles – milieux en santé » dans l'Outaouais. Phase 2 : Mise en œuvre du plan global d'intervention en promotion de la santé chez les enfants de 6 à 12 ans*, Hull, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 95 p.
9. DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE (2004). *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007. Région de la Capitale nationale*, Beauport, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, 144 p.
10. DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA CAPITALE-NATIONALE (2005). *Identification des cibles prioritaires*, Québec, La Direction régionale, 7 p. [Document de travail].

11. DUGAL, Sonia, et coll. (2004). *Programme intégré de prévention des maladies chroniques 2002-2012 dans la région de la Capitale nationale, population adulte*, Beauport, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, Direction régionale de santé publique, 76 p.
12. FORTIN, J.-P., G. GROLEAU et coll. (1994). *L'action intersectorielle en santé – rapport synthèse*, Québec, Université Laval, équipe de recherche en organisation et évaluation des services de santé, et Direction régionale de santé publique de Québec, 44 p.
13. GAGNON, C., L. MOREAULT et C. LEPAGE (1999). *Projet de mobilisation communautaire pour le dépistage du cancer du sein dans Charlevoix – Rapport de l'évaluation de l'implantation*, Beauport, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 33 p.
14. GROUPE DE TRAVAIL PROVINCIAL POUR LA PROBLÉMATIQUE DU POIDS (2006). *Les problèmes reliés au poids au Québec : Un appel à l'action*, Montréal, Association pour la santé publique du Québec, 59 p.
15. HUBERMAN, A.M., et M.B. MILES (1991). *Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes*, Bruxelles, Éditions du renouveau pédagogique, 480 p.
16. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et coll. (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : Les analyses – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 131 p.
17. LEBEAU, A., G. VERMETTE et C. VIENS (1998). « Développer la concertation intersectorielle : des conditions à l'action », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 5, n° 2, p. 194-205.
18. LEFORT, L., et coll. (2005). *Rapport final – Forum participatif du Québec sur les problèmes reliés au poids*, Montréal, Association pour la santé publique du Québec, 36 p.
19. LE HÉNAFF, L. (2006). *Le programme des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : évaluation de l'implantation de l'action intersectorielle à travers la composante soutien à la création d'environnements favorables*, Mémoire de maîtrise, Faculté des sciences de l'éducation, Université Laval.
20. LE HÉNAFF, L., et C. LEPAGE (2007). *Processus d'implantation et pratiques d'intervention liées à la composante Soutien à la création d'environnements favorables (Partie 2). Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*, Québec, Direction régionale de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 80 p.
21. MASKILL, C., et I. HODGES (2001). *Intersectoral initiatives for improving the health of local communities: a literature review*, Wellington (New Zealand), Ministry of Health, 29 p.
22. MATTESSICH, P., B. MONSEY et C. ROY (1992). *Collaboration: What Makes It Work: A Review of Research Literature on Factors Influencing Successful Collaborations*, St. Paul, Amherst H. Wilder Foundation.

23. MAYER, R., F. OUELLET et coll. (2000). *Méthode de recherche en intervention sociale*, Boucherville, Gaétan Morin Éditeur, 409 p.
24. MCLEROY, K.R., et coll. (1994). « Community Coalitions for Health Promotion: Summary and Further Reflections », *Health Education Research*, vol. 9, n° 1, p. 1-11.
25. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998). *Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes : applications en promotion de la santé et en toxicomanie*, Québec, Le Ministère, 130 p.
26. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2002). *L'évaluation de programme : document destiné aux dirigeants et dirigeantes de ministères et d'organismes*, Québec, Le Ministère, 23 p.
27. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Le Ministère, 133 p.
28. O'NEILL, M., P. GOSSELIN et M. BOYER (1997). *La santé politique : Petit manuel d'analyse et d'intervention politique dans le domaine de la santé*, Québec, Réseau québécois de Villes et Villages en santé et École des sciences infirmières de l'Université Laval, 263 p. (Les monographies du Centre québécois collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour le développement des villes et villages en santé).
29. OUELLET, F., M. PAIEMENT et P.H. TREMBLAY (1995). *L'action intersectorielle, un jeu d'équipe*, Montréal, Direction de santé publique de Montréal-Centre et CECOM de l'Hôpital Rivière-des-Prairies, 73 p.
30. PATTON, M.Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*, 2^e édition, Newbury Park, Sage Publications, 532 p.
31. POPAY, J., et G. WILLIAMS (1998). « Partnership in Health: Beyond the Rhetoric », *Journal of Epidemiology and Community Health*, n° 52, p. 410-411.
32. RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE VILLES ET VILLAGES EN SANTÉ (1998). *Concertation locale : les clefs du succès*, Québec, Le Réseau. Accessible en ligne à l'adresse www.rqvvs.qc.ca/pub/document.asp.
33. SANTÉ CANADA (2000). *Trousse d'action intersectorielle. Le modèle du carrefour en trèfle : un gage de succès*, Edmonton, Santé Canada, 32 p.
34. SAUVAGEAU, C. (2005). *Démarche de planification de la stratégie régionale de mobilisation des partenaires – portant sur la problématique du poids et l'amélioration des saines habitudes de vie*, Québec, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, 16 p. [Document de travail].
35. STATISTIQUE CANADA (2009). « Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2007) et groupes de régions homologues, occasionnel », *CANSIM* [base de données], Ottawa, Statistique Canada, tableau 105-0501.

36. STATISTIQUE CANADA (2009). « Profil d'indicateurs de la santé, estimations pour une période de deux ans, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2007) et groupes de régions homologues, occasionnel », *CANSIM* [base de données], Ottawa, Statistique Canada, tableau 105-0502.
37. STATISTIQUE CANADA (2004). Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003. Site Internet de Statistique Canada.
38. STATISTIQUE CANADA (2006). Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 3.1, 2005. Site Internet de Statistique Canada.
39. WENGER, E. (1998). *Communities of Practice*, [En ligne]. [www.ewenger.com/theory/index.htm].



ANNEXES

ANNEXE I

GUIDE D'ENTRETIEN

Guide d'entretien avec les partenaires de la Mobilisation régionale et locale sur les saines habitudes de vie, le poids et la santé

1. Quel est votre titre dans l'organisme x?
2. Quelles sont vos principales responsabilités à titre de y?
3. Quel est le dossier qui vous préoccupe le plus présentement?
4. Les membres de la Mobilisation vous ont identifié comme étant un de leurs partenaires :
 - a. Depuis quand êtes-vous membre de la Mobilisation?
 - b. Comment avez-vous été contacté au tout début du projet?
 - c. Qui vous a contacté?
5. Qu'est-ce qui vous a amené à participer à la Mobilisation?
6. Connaissiez-vous les autres personnes de la Mobilisation à ce moment?
 - a. Si oui, vous les aviez connues dans quel contexte?
7. Lorsque vous avez intégré la Mobilisation, est-ce qu'on vous a bien informé de ce qui avait été fait avant votre arrivée? et de la façon dont le groupe fonctionnait?

Étape 1 : Regroupement des partenaires concernés par la problématique

8. Selon vous, est-ce que le choix des partenaires est adéquat? Pourquoi?
9. Est-ce qu'il y a certaines personnes (organismes) qui ne sont pas présentes mais qui devraient participer?
 - Si oui, lesquelles?
 - Pourquoi devraient-elles être là?
10. Y a-t-il des partenaires qui sont là mais qui ne devraient pas y être?
 - Si oui, lesquels?
 - Pour quelles raisons?
11. Comment tenez-vous votre organisation informée des activités réalisées dans le cadre de la Mobilisation?
12. Lorsque votre organisation est concernée, est-ce que vous avez l'autorité de prendre des décisions au nom de votre organisation?
13. Les membres d'une mobilisation sont ses plus précieuses ressources. Qu'est-ce que vous pensez pouvoir **apporter** à la Mobilisation?
14. À l'inverse, que **retirez**-vous de votre implication dans cette Mobilisation?
15. Depuis le début de votre implication dans la Mobilisation, y a-t-il eu des événements qui auraient pu nuire à votre implication?
16. Est-ce que vous avez vécu certaines tensions entre la mission de votre organisation et celle de la Mobilisation?
 - Si oui, lesquelles?
17. Est-ce que vous sentez que les partenaires sont prêts à s'associer, à travailler ensemble en complémentarité?
18. Certains partenaires ne participent plus aux activités de la Mobilisation. Pourquoi selon vous ont-ils abandonné le projet?
19. Est-ce que vous voyez des moyens qui pourraient favoriser et maintenir votre engagement et votre participation?

Étape 2 : Établissement d'un consensus de base :

a) sur la problématique

20. Est-ce que vous avez participé au forum régional de l'ASPQ sur la problématique du poids tenu à la DSP-CN en janvier 2005?
 - Si oui : selon vous, est-ce que cette activité a été un bon moyen pour développer un consensus sur la problématique du poids?
 - Si non, avez-vous été informé des résultats obtenus?
21. Est-ce que vous avez participé au forum local sur la problématique du poids tenu dans les CSSS en mai-juin 2005?
 - Si oui : selon vous, est-ce que cette activité a été un bon moyen pour développer un consensus sur la problématique du poids?
 - Si non, avez-vous été informé des résultats obtenus?
22. Est-ce que vous avez été informé des résultats obtenus dans les rapports des cinq chantiers nationaux déposés en juin 2005?
23. Est-ce que vous sentez que vous avez eu l'occasion de vous exprimer sur votre compréhension du problème à résoudre ensemble?
24. Est-ce que vous sentez que les partenaires ont une vision commune de la promotion des saines habitudes de vie et des problèmes liés aux poids?
S'il y a des divergences de vue, sur quoi portent-elles?

b) sur le mode de fonctionnement

Avoir complété le questionnaire intitulé « Questionnaire sur le fonctionnement de la Mobilisation » (inclus dans l'envoi électronique).

c) sur les valeurs et orientations communes

25. Est-ce que vous avez déjà discuté de la « mission » de la Mobilisation, c'est-à-dire le but, la vision, les groupes cibles, les principes directeurs et les objectifs à court, moyen et long terme?
Si non : est-ce qu'on vous a remis un document nommé « Mission » à votre arrivée dans le groupe?
26. Est-ce que vous sentez que les partenaires partagent les mêmes buts et objectifs?
Si non : s'il y a des divergences de vue, sur quoi portent-elles?
Qu'est-ce qui pourrait être fait pour favoriser le partage de buts et d'objectifs communs?
Selon vous, quel est l'objectif de la Mobilisation?

Étape 3 : Mise en commun des projets et analyse du milieu

(Si a participé au forum de l'ASPQ :)

27. Selon vous, est-ce que cette activité a été un bon moyen pour que les partenaires se connaissent, partagent leurs projets existants et analysent ensemble les besoins de la communauté ciblée?

(Si a participé au forum des CSSS :)

28. Selon vous, est-ce que cette activité a été un bon moyen pour que les partenaires se connaissent, partagent leurs projets existants et analysent ensemble les besoins de la communauté ciblée?

(Si n'a pas participé aux forums :)

29. Est-ce que vous sentez que les partenaires ont eu d'autres occasions que les forums :
- pour apprendre à se connaître et pour partager leurs projets existants?
 - pour donner leur point de vue sur les besoins de la clientèle ciblée?

Étape 4 : Identification et adoption de cibles prioritaires

30. Étiez-vous présent lors de la présentation et l'adoption des cibles prioritaires?
Si non, vous a-t-on informé du contenu de ces cibles?
31. Êtes-vous satisfait de la façon dont les cibles ont été identifiées et priorisées?
32. Est-ce que vous avez procédé à une validation des six cibles dans votre milieu?
Si oui, comment avez-vous procédé?
Si non, pourquoi?

Étape 5 : Élaboration et implantation d'un plan d'action régional

33. Étiez-vous présent lors de la présentation et l'adoption du plan d'action?
Si non, vous a-t-on remis le document nommé « grille de planification », soit le plan d'action?
Qu'en pensez-vous?
34. Êtes-vous impliqué dans un ou plusieurs sous-groupes de travail?
Si oui : avez-vous rencontré des difficultés dans l'implantation des interventions du plan d'action?
Si non : vous a-t-on informé des travaux faits par les sous-groupes de travail?
35. À ce jour, quelle est votre appréciation globale de la mise en œuvre des interventions du plan d'action?
36. Comment voyez-vous les liens et les différences entre le programme « 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION » et le plan d'action de la Mobilisation?

En général :

37. De manière générale, percevez-vous la Mobilisation régionale comme un projet des partenaires ou comme un projet de la **DSP-CN**?
Avez-vous des suggestions par rapport au rôle joué par la DSP-CN?
38. Sur une échelle de **0 à 10** (0 étant pas du tout satisfait et 10 étant très satisfait), quelle est votre **satisfaction globale** de la Mobilisation régionale?
39. En terminant, comment voyez-vous l'avenir de la Mobilisation d'ici un an? cinq ans?

ANNEXE II

QUESTIONNAIRE AUTOADMINISTRÉ

Nom : _____

Organisme : _____

Date : _____

QUESTIONNAIRE
SUR LE MODE DE FONCTIONNEMENT
DE LA
« MOBILISATION RÉGIONALE ET LOCALE
SUR LES SAINES HABITUDES DE VIE,
LE POIDS ET LA SANTÉ »

Nous vous invitons à compléter ce questionnaire avant votre rencontre avec la professionnelle de recherche.

Ce questionnaire porte sur ce que vous vivez lors des rencontres de la Mobilisation.

Nous vous invitons à écrire tout commentaire supplémentaire que vous jugerez utile afin que nous saisissons bien votre opinion.

Votre appréciation (+ ou -) la plus honnête et la plus constructive possible est essentielle pour l'amélioration du projet et l'atteinte des résultats.

Nous vous rappelons que toutes les informations recueillies
sont strictement **confidentielles**.

Merci de votre participation!

CLIMAT ORGANISATIONNEL DE LA MOBILISATION

Encercler le chiffre qui correspond à votre niveau d'accord.

Énoncés	Totalement d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	Totalement en désaccord	Ne sait pas
	1	2	3	4	5	
a) Les membres de la Mobilisation sont prêts à essayer de nouvelles approches.	1	2	3	4	5	
b) J'ai confiance en les autres membres de la Mobilisation.	1	2	3	4	5	
c) Lors des rencontres de la Mobilisation, je peux librement parler de mes doutes sans me sentir jugé par les autres.	1	2	3	4	5	
d) Lorsqu'il y a des désaccords, les membres prennent le temps de clarifier leur point de vue.	1	2	3	4	5	
e) Il y a un fort sentiment d'appartenance entre les membres de la Mobilisation.	1	2	3	4	5	
f) Il est possible de voir concrètement ce que nous avons accompli jusqu'à maintenant.	1	2	3	4	5	
g) Il existe des tensions entre les membres de la Mobilisation.	1	2	3	4	5	
h) Les membres font un effort pour mieux se connaître entre eux.	1	2	3	4	5	
i) Les membres sont respectueux des différences individuelles.	1	2	3	4	5	
j) Il est difficile de savoir où on va avec ce projet.	1	2	3	4	5	
k) Les talents et qualités de chacun(e) sont reconnus et encouragés.	1	2	3	4	5	
l) Dans notre Mobilisation, les rôles de chacun(e) sont clairement définis.	1	2	3	4	5	
m) Les membres de la Mobilisation n'hésitent pas à prendre certaines responsabilités.	1	2	3	4	5	
n) La structure actuelle de la Mobilisation est efficace.	1	2	3	4	5	

STYLE DE LEADERSHIP POUR ANIMER LA MOBILISATION

Les énoncés qui suivent se rapportent à la personne qui joue le rôle d'animateur dans la Mobilisation¹⁵. Dans le but de permettre à cette personne de répondre le mieux possible à vos attentes et aux exigences du travail en groupe, nous vous invitons à nous indiquer votre opinion pour chacun des énoncés suivants, en encerclant le chiffre qui correspond à votre réponse.

Énoncés	Totalement d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	Totalement en désaccord	Ne sait pas
	1	2	3	4	5	
a) Il est à l'écoute de nos points de vue.	1	2	3	4	5	
b) Il fait appel à nous pour réaliser certaines tâches ou activités.	1	2	3	4	5	
c) Il a une vision claire de ce qu'il y a à faire.	1	2	3	4	5	
d) Il manque de respect envers les autres membres de la Mobilisation.	1	2	3	4	5	
e) Il sait comment gérer les divergences d'opinion.	1	2	3	4	5	
f) Il prend le temps d'encourager les membres du groupe.	1	2	3	4	5	
g) Il reconnaît ses erreurs et les corrige.	1	2	3	4	5	
h) Il n'est généralement pas disponible lorsque nous avons besoin de soutien.	1	2	3	4	5	
i) Il prend le temps de bien expliquer les choses (objectifs, étapes) aux autres membres.	1	2	3	4	5	
j) Il répond mal aux commentaires ou critiques.	1	2	3	4	5	

15. Dans le questionnaire original, le nom de l'animateur était inscrit. Pour des raisons de confidentialité, il a été retiré du présent document.

MODE DE DÉCISION DE LA MOBILISATION

- a) En tant que partenaire de la Mobilisation, quelle influence pensez-vous avoir sur :

Énoncés	Une grande influence	Une certaine influence	Peu ou pas d'influence	Ne sait pas
	1	2	3	
les orientations et les objectifs de la Mobilisation	1	2	3	
les activités à réaliser (plan d'action)	1	2	3	
les prises de décisions en général	1	2	3	

- b) Comment les décisions de la Mobilisation sont-elles prises habituellement?
- 1) Par consensus (à l'unanimité après discussion)
 - 2) En utilisant la règle de la majorité
 - 3) L'animateur prend la décision après avoir entendu les membres
 - 4) Les décisions sont imposées par l'animateur
- c) Parmi les organisations qui font partie de la Mobilisation, lesquelles ont le plus d'influence sur les décisions prises (maximum de trois organismes) : _____
- _____
- _____

ÉCHANGES ENTRE LES MEMBRES DE LA MOBILISATION

La participation à un projet comme la Mobilisation peut, dans certains cas, changer les relations entre les partenaires impliqués, de même que les relations avec d'autres groupes de la communauté.

- a) Avez-vous des contacts avec les membres de la Mobilisation à propos de ce sujet en dehors des réunions?
Oui Non (passer à la question f)
- b) Suite à votre implication dans le groupe, avec combien d'organisations avez-vous maintenant plus de contacts?

- c) Pouvez-vous estimer le nombre d'organisations avec lesquelles vos contacts se sont améliorés? _____
- d) Suite à votre implication dans le groupe, avec combien d'organisations avez-vous maintenant moins de contact?

- e) Pouvez-vous estimer le nombre d'organisations avec lesquelles vos contacts se sont détériorés? _____

MODE DE COMMUNICATION

ENTRE LES MEMBRES DE LA MOBILISATION

Depuis les débuts de la Mobilisation, le mode de communication consiste en l'envoi de courriers électroniques par l'équipe Habitudes de vie/Maladies chroniques de la DSP-CN¹⁶.

- a) Êtes-vous satisfait de la façon de transmettre l'information relative à la Mobilisation?
- Oui Non

- b) Auriez-vous des suggestions concernant le mode de communication entre les membres?

AUTRES

Y a-t-il d'autres commentaires que vous aimeriez faire à propos du mode de fonctionnement de la Mobilisation?

16. Dans le questionnaire original, le nom de la personne-ressource était inscrit. Pour des raisons de confidentialité, il a été retiré du présent document.

ANNEXE III

FICHE DESCRIPTIVE DES PARTENAIRES

Fiche descriptive des partenaires

Mobilisation régionale et locale sur les saines habitudes de vie, le poids et la santé

Référence :

Nom de l'organisme :

Division/services :

Milieu représenté :
Municipal
Scolaire
Privé
Communautaire
Agroalimentaire
Universitaire
Santé
Sport et loisir
Fondation caritative
Fondation de recherche
Autre :

Type d'organisme :
Organisme public
Organisme parapublic
Organisme privé
Organisme sans but lucratif
Organisme caritatif
Fondation
Associatif
Autre :

Nombre d'employés :

Nombre de membres :

Mission :

Activités :

Exemples d'activités en lien avec les saines habitudes de vie et l'obésité :

ANNEXE IV

LISTE DES SOURCES DE DONNÉES ÉCRITES

Les comptes rendus des rencontres de la Mobilisation :

- Compte rendu 1 (décembre 2004)
- Compte rendu 2 (mars 2005)
- Compte rendu 3 (juillet 2005)
- Compte rendu 4 (septembre 2005)
- Compte rendu 5 (décembre 2005)
- Compte rendu 6 (juin 2006)
- Compte rendu 7 (septembre 2006)
- Compte rendu 8 (décembre 2006)
- Compte rendu 9 (février 2007)
- Ordre du jour (10^e rencontre, mai 2007)
- Compte rendu 11 (septembre 2007)

Les documents de travail et rapports :

- Sauvageau, C. (2005). *Démarche de planification de la stratégie régionale de mobilisation des partenaires – portant sur la problématique du poids et l'amélioration des saines habitudes de vie*, Québec, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, mars, 16 p. [Document de travail].
- Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale (2005). *Paramètres de la Mobilisation*, Québec, septembre, 4 p. [Document de travail].
- Lefort, L. et coll. (2005). *Rapport final – Forum participatif du Québec sur les problèmes reliés au poids*, Montréal, Association pour la santé publique du Québec, avril, 36 p.
- Drolet, D., et coll. (2005). *Forums locaux sur la problématique du poids – Rapport final*, Québec, Université Laval, septembre, 31 p.
- Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale (2005). *Identification des cibles prioritaires*, Québec, 6 décembre, 7 p. [Document de travail].
- Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale (2006). *Grille de planification – sous-groupes de travail de la Mobilisation*, Québec, 1^{er} juin, 27 p.
- Habermacher, C.-E., (2008). *Bilan de la Fête du sport et de l'activité physique*, Québec, Service des activités sportives de l'Université Laval, février, 30 p. plus annexes.

Les présentations PowerPoint et autres documents :

- Présentation PowerPoint du 23 septembre 2005
- Présentation PowerPoint du 1^{er} juin 2006
- Présentation PowerPoint du 7 septembre 2006
- Présentation PowerPoint de la firme Axiome (14 décembre 2006), *Plan de communication triennal*, 5 p.
- Présentations PowerPoint : plan stratégique de communication (ARSEQCA et SAS-UL) et veille médiatique (ASSS), 27 février 2007
- Présentation PowerPoint : *Évaluation de l'implantation de la démarche – présentation des résultats préliminaires*, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, 6 septembre 2007 (incluant une annexe)
- Pochette de presse remise lors du lancement (communiqué de presse, calendrier, liste des partenaires) et article de journal (*Le Soleil*)
- Documents de la FSAP, dans le cadre de la JNSAP
- Pochette de presse remise lors de la conférence de presse de la FSAP (26 septembre 2007)

ANNEXE V

BILAN DESCRIPTIF DES ACTIVITÉS DE LA MOBILISATION, SELON LES SOURCES DE DONNÉES ÉCRITES (DÉCEMBRE 2004 À OCTOBRE 2007)

Cette annexe présente les activités accomplies par la Mobilisation depuis ses débuts. Les sources de données écrites qui ont permis cet historique sont listées à l'annexe IV.

Date	Activités	Sources (annexe IV)
Décembre 2004	Première rencontre de la Mobilisation - lieu : DRSP - nombre de membres : 10 partenaires	- Compte rendu 1
Janvier 2005	Forum régional de l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) - promoteurs : ASPQ, en collaboration avec DRSP - lieu : DRSP - présence : 29 organismes	- <i>Rapport final – Forum participatif du Québec sur les problèmes reliés au poids</i> (Lefort, 2005)
Mars 2005	Deuxième rencontre de la Mobilisation - lieu : DRSP - nombre de membres : 10 partenaires	- Compte rendu 2 - <i>Démarche de planification de la stratégie régionale de mobilisation des partenaires</i> (Sauvageau, 2005)
Juin 2005	Trois forums locaux dans trois territoires de CSSS - promoteurs : CSSS, DRSP, CRPO et Université Laval (Département de kinésiologie) - lieux : CSSS de Québec-Sud, CSSS de Port-neuf, CSSS de Québec-Nord - présence : entre 24 et 39 personnes/forum	- <i>Forums locaux sur la problématique du poids – Rapport final</i> (Drolet et coll., 2005)
Juillet 2005	Troisième rencontre de la Mobilisation - lieu : DRSP - nombre de membres : 11 partenaires	- Compte rendu 3
Septembre 2005	Quatrième rencontre de la Mobilisation - lieu : DRSP - nombre de membres : 13 partenaires - proposition et adoption des paramètres de la Mobilisation : - proposition et adoption de cinq cibles prioritaires	- Compte rendu 4 - Présentation PowerPoint du 23 septembre 2005 - <i>Paramètres de la Mobilisation</i> (DRSP, 2005)
Décembre 2005	Cinquième rencontre de la Mobilisation - lieu : DRSP	- Compte rendu 5 - <i>Identification des cibles</i>

Date	Activités	Sources (annexe IV)
	- nombre de membres : 15 partenaires - aurait permis : - validation des cibles et ajout d'une sixième - constitution de six groupes de travail	<i>prioritaires</i> (DRSP, 2005)
Juin 2006	Sixième rencontre de la Mobilisation - lieu : Domaine Maizerets - nombre de membres : 15 partenaires - aurait permis : - présentation et adoption du plan d'action régional (grille de planification)	- Compte rendu 6 - Présentation PowerPoint, 1^{er} juin 2006 - <i>Grille de planification</i> (DRSP, 2006)
Septembre 2006	Septième rencontre de la Mobilisation - lieu : DRSP - nombre de membres : 16 partenaires - aurait permis : - suivi des travaux des six groupes de travail	- Compte rendu 7 - Présentation PowerPoint, 7 septembre 2006
Décembre 2006	Huitième rencontre de la Mobilisation - lieu : Centre hospitalier Robert-Giffard - nombre de membres : 17 partenaires - aurait permis : - suivi des travaux des six groupes de travail - présentation de la stratégie de communication par la firme Axiome	- Compte rendu 8 - Présentation PowerPoint de la firme Axiome, 14 décembre 2006
Février 2007	Neuvième rencontre de la Mobilisation - lieu : ASSS - nombre de membres : 17 partenaires - aurait permis : - présentation et adoption de la seconde ébauche du plan de communication : campagne (présentation visuelle) par l'ARSEQCA et le SAS-UL et vigie médiatique par l'ASSS - présentation et adoption d'un événement régional au PEPS dans le cadre de la JNSAP (SAS-UL) - cible 5 : proposition et adoption du devis d'évaluation de l'implantation de la Mobilisation	- Compte rendu 9 - Présentation PowerPoint : plan stratégique de communication (ARSEQCA et SAS-UL) et veille médiatique (ASSS), 27 février 2007
Mai 2007	Lancement de la Mobilisation (AM) - lieu : PEPS de l'Université Laval - promoteurs : certains partenaires de la cible 6 :	- Pochette de presse remise lors du lancement (communiqué de presse, calendrier,

Date	Activités	Sources (annexe IV)
	SAS-UL, DRSP, ARSEQCA (URLSQ) - présence : 15 partenaires - déroulement : - conférence de presse avec le directeur de santé publique, porte-parole de la Mobilisation, et prise de parole par un partenaire-cible - distribution des électrostatiques - buffet avec produits régionaux	liste des partenaires) - Article de journal (<i>Le Soleil</i>)
	Dixième rencontre de la Mobilisation (PM) - lieu : PEPS - nombre de membres : 18 partenaires - rencontre et échanges avec la CQPP et le CQPS	(Aucun compte rendu n'a été rédigé lors de cette rencontre) - Ordre du jour du 10 mai 2007 - Documents officiels de la CQPP
Septembre 2007	Onzième rencontre de la Mobilisation - lieu : Bibliothèque de L'Ancienne-Lorette - nombre de membres : 22 partenaires - aurait permis : - présentation des résultats préliminaires de l'évaluation (DRSP) - discussion et négociation concernant les quatre défis ciblés - présentation de l'horaire de la FSAP lors de la JNSAP (SAS-UL)	- Compte rendu 11 - Présentation PowerPoint : <i>Évaluation de l'implantation de la démarche – présentation des résultats préliminaires</i>, 6 septembre 2007 (incluant une annexe) - Documents de la JNSAP
Octobre 2007	Fête du sport et de l'activité physique - lieu : PEPS de l'Université Laval - promoteurs : SAS-UL, ARSEQCA, DRSP, en coll. avec MELS et autres partenaires de la Mobilisation - présence : 10 partenaires - déroulement : - méga-spinning - activités physiques gratuites - présence d'enfants des écoles - présence de personnalités publiques (ministre de la Santé, directeur de santé publique) - tenus de kiosques par les partenaires et autres organismes liés à la santé	- Pochette de presse remise lors de la conférence de presse (26 septembre 2007) - <i>Bilan de la Fête du sport et de l'activité physique</i> (Habermaacher, 2008)

ANNEXE VI

LISTE DES PARTENAIRES DE LA MOBILISATION EN 2005 ET EN 2007 AINSI QUE DES PARTENAIRES ACTUELS (2009)

Secteurs	Partenaires engagés	2005	2007	2009
Santé et services sociaux	CSSS de la Vieille-Capitale	☒	☒	☒
	CSSS de Portneuf	☒	☒	☒
	CSSS de Québec-Nord	☒	☒	☒
	CSSS de Charlevoix	☒	☒	☒
	ASSS/DRSP	☒	☒	☒
	Hôpital Laval – Pavillon de prévention des maladies cardiaques	☒	☒	☒
Universitaire	Service des activités sportives	☒	☒	☒
Scolaire	Association régionale du sport étudiant de Québec et de Chaudière-Appalaches	☒	☒	☒
	Commission scolaire de Portneuf	☒	☒	☒
	Commissions scolaires de la région	☒		
Communautaire	YWCA	☒	☒	☒
	Québec en Forme	☒	☒	☒
	Portneuf en Forme		☒	☒
	Fondation Lucie et André Chagnon	☒		
Sport et loisir	Unité régionale de loisir et de sport de Québec	☒	☒	☒
Développement durable	Accès transports viables	☒	☒	☒
Transport	Ministère des Transports du Québec	☒		
Municipal	Ville de L'Ancienne-Lorette		☒	☒
	Ville de Québec	☒	☒	☒
	Ville de Lac-Beauport		☒	☒
	MRC de la région de Québec			
Recherche	Chaire de recherche Merck Frosst/IRSC sur l'obésité	☒	☒	☒
	Chaire de recherche du Canada en activité physique, nutrition et bilan énergétique, Université Laval	☒	☒	☒
	Centre de recherche en prévention de l'obésité	☒	☒	☒

Secteurs	Partenaires engagés	2005	2007	2009
Jeunesse	Forum jeunesse (table de concertation de la	☒	☒	☒
	Conférence régionale des élus)	☒	☒	☒

Secteurs	Partenaires engagés	2005	2007	2009
Agroalimentaire	Conseil de l'agriculture et de l'agroalimentaire pour le développement de la région de Québec	☐	☒	☒
	Direction régionale du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec	☐	☒	☒

ANNEXE VII

PARAMÈTRES DE LA MOBILISATION



LES PARTENAIRES DE LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE SE MOBILISENT AUTOUR DES SAINES HABITUDES DE VIE, DU POIDS ET DE LA SANTÉ



POURQUOI UNE MOBILISATION RÉGIONALE ET LOCALE ?

- 1 • Contre la pandémie d'obésité
- 2 • S'attaquer à la problématique du poids
- 3 • Diminuer les maladies chroniques (cancers, maladies cardiovasculaires, etc.)
- 4 • Mobiliser les forces vives du territoire
- 5 • Assurer une cohérence dans les messages
- 6 • Influencer les politiciens et les décideurs



MISSION : CONTRIBUER AU MAINTIEN ET À L'AMÉLIORATION DES SAINES HABITUDES DE VIE DE LA POPULATION DE LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE

But

Promouvoir la création d'environnements favorables pour soutenir les jeunes et leurs familles dans l'adoption ou le maintien des saines habitudes de vie.

Objectif

D'ici 2012, atteindre une amélioration relative de 10% de la proportion de la population qui adopte et maintient de saines habitudes de vie liées au tabagisme, à la consommation de portions de fruits et légumes et à la pratique régulière d'activités physiques.

Principes directeurs

- Implication de la communauté
- Impact sur le terrain
- Pérennité
- Efficience
- Équité
- Partenariat
- Évaluation continue

Vision

Devenir la région 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION par excellence au Québec.



CIBLES ET ACTIONS PRIORITAIRES 2008 - 2009

Cibles : 0-5-30

- 0 : tabac (non-consommation et non-exposition)
- 5 : consommation d'au moins 5 portions de fruits et légumes par jour
- 30 : pratique de 30 minutes minimum d'activités physiques par jour (60 min. pour les jeunes)

Actions prioritaires

- Déplacements actifs et sécuritaires
- Aménagement et animation des aires de jeu municipales, scolaires, communautaires et des CPE
- Offre alimentaire
- Absence de fumée de tabac dans l'environnement
- Formation, évaluation, recherche
- Promotion, action politique, marketing social



DES EXEMPLES DE RÉALISATIONS RÉGIONALES ET LOCALES

- Projet «Mon école, à pied à vélo»
- Campagnes, *Chaque Jour, DÉR SANTÉ 5/30*
- Journée nationale du sport et de l'activité physique
- Portrait sur l'aménagement et l'animation des cours d'écoles primaires
- Retrait de la malbouffe dans les centres sportifs de 50 % des amoncellements de la Ville de Québec
- Ville de l'Ancienne-Lorette, première ville 0-5-30 dans la région
- Portneuf en forme

UNE MOBILISATION RÉGIONALE ET LOCALE



BÉNÉFICES POUR LES PARTENAIRES

- Bonification des actions de chacun
- Visibilité médiatique
- Partage d'expertise multisectorielle
- Réseautage
- Concertation et coordination des actions
- Mobilisation des forces vives du territoire
- Informations privilégiées
- Partage d'information
- Ressources complémentaires



SERVICES MIS À LA DISPOSITION DES PARTENAIRES

- Bulletin régional d'information
- Représentations
- Programmes de promotion et de prévention
- Études et évaluations
- Site Internet : www.0-5-30.com
- Activités de masse
- Formations
- Communication et marketing social



LISTE DES PARTENAIRES DE LA MOBILISATION RÉGIONALE ET LOCALE SUR LES SAINES HABITUDES DE VIE, LE POIDS ET LA SANTÉ

- Accès transports viables
- Association régionale du Sport Étudiant Québec/Chaudières-Appalaches
- Centre de recherche en prévention de l'obésité (CRPO)
- Chaire de recherche Merck Frosst/IRSC sur l'obésité de l'Université Laval
- Conseil de l'Agriculture et de l'Agroalimentaire pour le développement de la région de Québec (CAADRQ)
- Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord
- Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale
- Centre de santé et de services sociaux de Portneuf
- Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix
- Direction de santé publique de la Capitale-Nationale (DSP)
- Division de Kinésiologie de l'Université Laval
- Forum jeunesse de la région de la Capitale-Nationale
- Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation
- Ministère de l'Éducation, Loisirs et Sports
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale
- Ministère de la Famille et des Aînés
- Municipalité de Lac-Beauport
- Pavillon de prévention des maladies cardiovasculaires (PPMC)
- Portneuf en forme
- Québec en Forme
- Services des activités sportives (SAS), Université Laval
- Société de la Piste Jacques-Cartier/Portneuf
- SSQ Groupe Financier
- Unité régionale de loisir et de sport de Québec (URLSQ)
- Ville de l'Ancienne-Lorette
- Ville de Québec
- YWCA



POUR PLUS D'INFORMATION

Contactez Mme Sonia Dugal au 418 666-7000 poste 277, ou à sonia.dugal@ssss.gouv.qc.ca



www.0-5-30.com

