



Plateforme d'évaluation en
prévention de l'obésité

Octobre 2014



Université Laval

Portrait et analyse critique de l'expérience québécoise des acteurs provinciaux et régionaux en prévention de l'obésité et promotion des saines habitudes de vie



Judith Lapierre, Ph.D.

Chercheure principale

*Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité,
CRIUCPQ, Faculté des sciences infirmières,
Université Laval*

Maude Dionne, M.Sc.

Professionnelle de recherche

*Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité,
CRIUCPQ, Université Laval*

« Individus altruistes pour entreprendre un voyage déterminant, dont l'issue est incertaine. Les candidats intéressés doivent être en mesure de jouer divers rôles, notamment ceux d'entraîneur, de stratège, d'observateur, de chercheur, d'animateur, de meneur de foule, de gardien du savoir, de créateur de schémas et d'ami indispensable. Tolérance élevée à la complexité et à l'incertitude de la plus haute importance. Aptitudes en relations humaines de première nécessité. Passion pour provoquer des changements sociaux constructifs ».

Dozois, Langlois et al.(2010). p 68 tiré de Rey (2011)



L'AUTEUR SOUHAITE REMERCIER LES PERSONNES SUIVANTES

Conseiller scientifique (2012-2013), pour les avis judicieux :

Philippe De Wals, directeur de la Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité

Collaborateurs 2012 pour le travail en commun, la rigueur et l'esprit collectif :

Nathalie Dumas, Professionnelle de recherche, PÉPO

Mélanie Michaud, Professionnelle de recherche, CREXE, ENAP

Marie-Claude Jean, Professionnelle de recherche, CREXE, ENAP

Évaluateurs scientifiques 2013 pour les précieux conseils et avis scientifiques

Équipe 2012-2013 de la PÉPO, pour les commentaires constructifs, les esprits critiques et le soutien à la démarche

Sherri Bisset Ph.D., Chercheure

Alexandre Lebel Ph.D., Chercheur

Yann Le Bodo , Étudiant doctoral ULaval

Équipe informatique, CRIUCPQ

Patrick Côté, Technicien en informatique

Jean Desjardins, Technicien en informatique

Rémy Thériault, Ph.D., Responsable des systèmes d'information

Benedict Stuber-Gaumond, Analyse programmeur

Jean Dumont, Direction des technologies de l'information, U Laval

Équipe de Provalis Research, QDA Miner

Normand Péladeau, Directeur

Serge Charlebois, Formateur

Équipe de soutien aux ressources informationnelles et base des données

Frédéric Bergeron, Spécialiste en ressources documentaires, U Laval

Un remerciement spécial à Madame Lyne Mongeau, MSSS, pour les éclairages politiques et le soutien au recrutement

Et finalement, sans qui cette étude ne se serait réalisée avec la même discipline, la même rigueur et des plaisirs partagés :

Auxiliaire de recherche 2012 pour les appuis important au développement de la base des données et de la collecte

Gabriel Roy, B.Sc. Kin., ULaval

Auxiliaire de recherche 2013-2014

Jasmine Prévost, B.Sc.Inf., Étudiante à la maîtrise, ULaval

Marie-Pier Labelle, stagiaire, Faculté des sciences infirmières, ULaval

Catherine Baboudjian, stagiaire, Faculté des sciences infirmières, ULaval

Des remerciements spécifiques à la professionnelle de recherche 2013-2014 pour la grande rigueur, l'esprit critique et d'équipe et la détermination au projet

Maude Dionne, M.Sc. Santé communautaire, ULaval

Révision linguistique réalisée par Madame Aïssatou Fall

Nos sincères remerciements à tous les participants à la recherche pour leur engagement, leur temps et leur souci intrinsèque envers une contribution à l'évaluation québécoise des IPSAP en saines habitudes de vie, poids et équité en santé!



PÉPO | EPOP



Cette étude a été réalisée grâce à l'appui financier de la Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité et au soutien de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

Voici la référence pour ce rapport et celle du rapport des faits saillants associé :

Lapierre, J. & Dionne, M. (2014). *Portrait et analyse critique de l'expérience québécoise des acteurs provinciaux et régionaux en prévention de l'obésité et promotion des saines habitudes de vie*. Québec, Université Laval : Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité, Faculté des sciences infirmières et Centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec. 232 p.

Lapierre, J. & Dionne, M. (2014). *Faits saillants : Portrait et analyse critique de l'expérience québécoise des acteurs provinciaux et régionaux en prévention de l'obésité et promotion des saines habitudes de vie*. Québec, Université Laval : Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité, Faculté des sciences infirmières et Centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec. 59 p.

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE 1 MISE EN CONTEXTE	12
Les enjeux populationnels	14
Les défis méthodologiques.....	15
Le positionnement stratégique.....	15
CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE ÉVALUATIVE.....	17
Les objectifs	17
Les questions de recherche.....	17
Le modèle logique d'évaluation : développement des dimensions	17
Les dimensions d'analyse.....	18
Le devis recherche.....	19
L'approche réaliste-partenariale.....	19
Le devis mixte pour la description (portrait).....	19
Le devis pour l'explication (analyse critique).....	20
Les participants	20
Les critères de sélection des acteurs d'IPSAP nationaux-régionaux.....	20
L'analyse des données.....	21
La création du livre des codes	21
L'analyse concurrente interjuge	21
L'analyse des données.....	21
L'analyse primaire de codification.....	22
Les analyses de réduction et de catégorisation.....	22
Le jugement évaluatif sur l'efficacité des IPSAP.....	22
Avantages méthodologiques.....	24
Limites méthodologiques	24
Les critères de scientificité.....	25
CHAPITRE 3 : RÉSULTATS.....	26
LES DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES	26
DIMENSION RAISON D'ÊTRE	27
DIMENSION CONTEXTE	30
La couverture géographique des IPSAP.....	30
Les incitatifs au développement des IPSAP	31
Type d'évaluation réalisée.....	33
Les leviers : des éléments stratégiques, des caractéristiques gagnantes et des acteurs spécifiques! ...	33
Les éléments facilitants de l'action concertée	35
Les facteurs contraignants de l'action concertée.....	37
Les conditions de succès des actions concertées liées aux IPSAP	41
La formule gagnante : priorité à la prévention par des changements opérationnels de pratiques intersectorielles.....	44
La Coalition québécoise sur la problématique du poids.....	49
Les influences contextuelles aux IPSAP	53
Les facteurs de renforcement des IPSAP	54
Les rôles généraux attribués aux médias.....	58
Les rôles que les médias devraient jouer.....	60
Les médias et leurs rôles en lien avec les IPSAP	60
DIMENSION ACTIVITÉS.....	61
Niveau d'intervention des IPSAP.....	61

Stratégie de promotion de la santé	62
La charte d'Ottawa	62
Les fondements théoriques des IPSAP.....	63
Renforcement des capacités communautaires.....	64
La création d'agents multiplicateurs et l'utilisation de stratégies multiples	64
Les agents multiplicateurs	65
La toile causale de l'obésité	65
Le modèle écologique	66
Le modèle de planification PRECEDE-PROCEED.....	67
Les activités : volet alimentation.....	68
Les activités : volet activité physique.....	70
Les activités : volet environnements favorables.....	71
DIMENSION IMPLANTATION	74
Les étapes charnières.....	74
L'écart entre les activités prévues et réalisées.....	75
DIMENSION PARTICIPATION	76
DIMENSION INTERSECTORIALITÉ.....	81
La signification de l'intersectorialité.....	81
Les défis liés à l'intersectorialité.....	84
Les acteurs synergiques.....	85
La synergie : « <i>une intervention parmi plusieurs, qui favorisent les SHV</i> »	85
Les défis liés à la cohérence	89
L'intégration des paliers.....	91
Les défis de l'intégration	93
Les principaux types de partenaires	94
Opérationnalisation	95
Les conditions de réussites organisationnelles et environnementales	99
DIMENSION ÉTHIQUE	100
DIMENSION ÉQUITÉ	102
Les groupes cibles	102
Les critères des groupes cibles	103
La considération de l'équité.....	103
L'adaptation de la communication	103
DIMENSION PÉRENNISATION	104
Les enjeux de la pérennisation	104
Les stratégies de pérennisation.....	104
Les signes et symboles d'appropriation par les milieux.....	105
DIMENSION TRANSFÉRABILITÉ.....	106
Le processus de transfert	106
La perception de potentialité de transfert	107
Les événements publics majeurs	107
Les outils des acteurs.....	108
La contribution aux pratiques cliniques préventives	108
Le lien causal entre IPSAP et réduction du problème de poids	108
Les retombées : Évolution des pratiques du milieu.....	109
Les retombées : évolution dans le temps des IPSAP	110
DIMENSION DIFFUSION-DISSÉMINATION	112
Les éléments de succès de la diffusion.....	112

Les éléments de contraintes de la diffusion.....	113
Les défis de la diffusion	115
Les éléments cruciaux de la dissémination	115
Les moyens futurs de la diffusion et dissémination	116
DIMENSION RÉSULTATS	117
L'intervention mapping.....	118
Évaluation de l'évaluabilité.....	121
Planification de l'évaluation.....	122
Résultats perçus.....	122
Résultats observés	123
Effets sur l'alimentation.....	124
Effets sur l'activité physique	124
Effets sur les compétences	124
Effets sur les connaissances	125
Effets sur les croyances et les attitudes	125
Effets sur la motivation	126
Mesure d'effets sur la communauté	126
Mesures sur l'offre de services	126
Résultats mesurés et transmis par certains acteurs.....	127
Résultats probants	128
Résultats macroenvironnementaux.....	129
Profil économique du portrait québécois.....	131
Jugement évaluatif sur l'efficacité des IPSAP	132
CHAPITRE 4 : DISCUSSION	134
Le développement et l'utilisation du modèle logique : Un incontournable	134
L'expérience québécoise : Mobilisation, renouvellement des pratiques et renforcement des capacités.....	135
La formule gagnante selon les acteurs nationaux et provinciaux de l'expérience québécoise.....	137
La gouvernance politique en prévention	139
La concertation, l'intersectorialité et l'intégration.....	140
Les perspectives de l'approche systémique québécoise	142
L'opérationnalisation de la synergie au Québec	143
L'évaluation en prévention : Un enjeu de taille!	144
Proposition de recommandations	145
CHAPITRE 5 : CONCLUSION	147
RÉFÉRENCES	148

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Grille d'analyse critique	23
Tableau 2: Mission des acteurs liés aux critères de l'étude.....	27
Tableau 3 : Fréquence des incitatifs au développement des IPSAP.....	31
Tableau 4 : Acteurs clés, leviers aux IPSAP	35
Tableau 5 : Les 14 fonctions perçues de la Coalition québécoise sur la problématique du poids.....	50
Tableau 6 : Certaines lacunes de la CQPP remarquées par des acteurs	52
Tableau 7 : Fondements théoriques en fonction et de leur utilisation.....	63
Tableau 8: Toile causale de l'obésité et le nombre d'IPSAP par TIR et ONG*	65
Tableau 9 : Leçons et constats du travail en intersectorialité, en partenariat et en collaboration.....	82

Tableau 10 : Acteurs synergiques	85
Tableau 11 : Les IPSAP qui créent des synergies	85
Tableau 12 : Éléments qui limitent la cohérence : connaissance des enjeux-territoire	89
Tableau 13: Sommaire comparatif de l'opérationnalisation	98
Tableau 14 : Types d'évaluations réalisées par les acteurs	122
Tableau 15 : Effets sur l'alimentation	124
Tableau 16 : Effets l'activité physique.....	124
Tableau 17 : Effets sur les compétences.....	124
Tableau 18 : Effets sur les connaissances.....	125
Tableau 19 : Effets sur les croyances et les attitudes	125
Tableau 20 : Effets sur la motivation	126
Tableau 21 : La mesure d'effets sur l'offre de services	127
Tableau 22 : Indicateurs et exemple de leurs spécificités mesurés et transmis par certains acteurs	127
Tableau 23 : Les résultats probants documentés	128
Tableau 24 : Acteurs qui perçoivent avoir des effets sur chacune des dimensions environnementales....	129
Tableau 25 : La somme des ressources financières allouées aux opérations des acteurs.....	131
Tableau 26 : Les investissements en évaluation de toutes natures	131
Tableau 27 : Jugement global des IPSAP favorables selon la perspective interne-subjektive (emic) et externe-objective (etic).....	132

LISTES DES FIGURES

<i>Figure 1.</i> Le modèle québécois de lutte à l'obésité du MSSS.....	13
<i>Figure 2.</i> Les phases de l'étude évaluative	14
<i>Figure 3.</i> Les facteurs qui influencent les comportements liés au poids.....	14
<i>Figure 4.</i> Les mécanismes d'action du modèle québécois de lutte à l'obésité	15
<i>Figure 5.</i> Le modèle logique d'évaluation de l'étude	17
<i>Figure 6.</i> Représentation des participants selon la stratégie de collecte des données.....	26
<i>Figure 7.</i> Distribution du niveau académique des répondants par cycles universitaires	27
<i>Figure 8.</i> Fréquence des déterminants sociaux de la santé visés par les IPSAP	29
<i>Figure 9.</i> Distribution géographique auto rapportée des interventions	30
<i>Figure 10.</i> Incitatifs des ONG au développement des IPSAP	32
<i>Figure 11.</i> Incitatifs des TIR-SHV au développement des IPSAP	32
<i>Figure 12.</i> Fréquence auto rapportée du type d'évaluation réalisée	33
<i>Figure 13.</i> Éléments facilitants de l'action concertée	35
<i>Figure 14.</i> Facteurs contraignants de l'action concertée.....	37
<i>Figure 15.</i> Conditions de succès des actions concertées liées aux IPSAP	41
<i>Figure 16.</i> Quatre conditions préalables à la formule gagnante.....	44
<i>Figure 17.</i> Constats liés à la formule gagnante	45
<i>Figure 18.</i> La formule gagnante.....	46
<i>Figure 19:</i> Les facteurs de renforcement	54
<i>Figure 20.</i> Rôles perçus positivement et négativement attribués aux médias.....	59
<i>Figure 21.</i> Fréquence auto rapportée du type d'IPSAP	61
<i>Figure 22.</i> Fréquence auto rapportée du niveau d'intervention des IPSAP	61

<i>Figure 23.</i> Fréquence auto rapportée d'utilisation de stratégies de promotion de la santé	62
<i>Figure 24.</i> Fréquence auto rapportée des actions en promotion de la santé de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé	62
<i>Figure 25.</i> Fréquence du renforcement des capacités communautaires des acteurs	64
<i>Figure 26.</i> Les cibles du modèle écologique par nombre d'IPSAP	66
<i>Figure 27.</i> Les cibles du Modèle de planification PRECEDE-PROCEED	67
<i>Figure 28.</i> Étapes charnières à l'implantation	75
<i>Figure 29.</i> Fréquence de la place du jeune, de l'ado dans les IPSAP	76
<i>Figure 30.</i> Fréquence de la place de la société civile dans les IPSAP	77
<i>Figure 31.</i> Fréquence de la place du secteur privé	78
<i>Figure 32.</i> Fréquence de la place du secteur de la santé	79
<i>Figure 33.</i> Fréquence de la place du secteur académique	80
<i>Figure 34.</i> Acteurs avec lesquels les ONG et TIR entretiennent des liens synergiques	86
<i>Figure 35.</i> Les éléments clés du processus de synergie	87
<i>Figure 36.</i> Continuum d'actions synergiques	88
<i>Figure 37.</i> Perception de l'intégration des paliers locaux régionaux provinciaux	91
<i>Figure 38.</i> Fréquence du type de partenaires	94
<i>Figure 39.</i> Fréquence de l'état de la concertation des acteurs.....	94
<i>Figure 40.</i> Fréquence des conditions de réussites organisationnelles et environnementales des acteurs ..	99
<i>Figure 41.</i> Fréquence des principes éthiques pris en compte dans les IPSAP par les acteurs	100
<i>Figure 42.</i> Fréquence des groupes cibles des acteurs.....	102
<i>Figure 43.</i> Stratégies de pérennisation : éléments clés.....	105
<i>Figure 44.</i> Éléments clés du processus de transfert	107
<i>Figure 45.</i> Lien causal de L'IPSAP et la réduction du problème de poids.....	108
<i>Figure 46.</i> Éléments de succès de la stratégie de diffusion.....	113
<i>Figure 47.</i> Éléments cruciaux de la dissémination.....	116
<i>Figure 48.</i> Fréquence du jugement de l'analyse des besoins des IPSAP	118
<i>Figure 49.</i> Fréquence du jugement de l'identification des objectifs des IPSAP.....	119
<i>Figure 50.</i> Fréquence du jugement de la qualité de l'utilisation de théorie	119
<i>Figure 51.</i> Fréquence du jugement de la qualité de séquence et contenus des IPSAP.....	120
<i>Figure 52.</i> Prévalence du jugement de la qualité de l'implantation des IPSAP.....	120
<i>Figure 53.</i> Fréquence du jugement de la qualité évaluation des IPSAP	121
<i>Figure 54.</i> Stade de développement de l'IPSAP.....	121
<i>Figure 55.</i> Évaluation de la faisabilité de l'évaluation	121
<i>Figure 56.</i> Thèmes relatifs à l'environnement politique.....	129
<i>Figure 57.</i> Thèmes relatifs à l'environnement économique	130
<i>Figure 58.</i> Thèmes relatifs à l'environnement socioculturel	130

LISTE DES ENCADRÉS

<i>Encadré 1: Douze considérations à une conceptualisation interventionnelle et évaluative en obésité</i>	16
<i>Encadré 2 : Codes retenus en vue du jugement évaluatif</i>	22
<i>Encadré 3: Principaux constats relatifs à la Coalition</i>	52
<i>Encadré 4: Les facteurs politiques de renforcement des IPSAP</i>	55
<i>Encadré 5: Les facteurs intersectoriels de renforcement des IPSAP</i>	55
<i>Encadré 6: Les facteurs stratégiques de renforcement des IPSAP</i>	56
<i>Encadré 7: Les facteurs sociaux de renforcement</i>	56
<i>Encadré 8: Les facteurs économiques de renforcement</i>	57
<i>Encadré 9: Les facteurs organisationnels de renforcement</i>	57
<i>Encadré 10: Les facteurs de renforcement liés à l'économie sociale</i>	57
<i>Encadré 11: Les caractéristiques liées aux IPSAP</i>	58
<i>Encadré 12: Extraits de verbatims sur l'intersectorialité</i>	82
<i>Encadré 13: Des progressions sur le continuum d'actions synergiques</i>	90
<i>Encadré 14: Outils de synergie</i>	90

LISTE DES ANNEXES

Annexe A : Les définitions des IPSAP	169
Annexe B : Les descriptions des dimensions du modèle logique	170
Annexe C : Les critères d'inclusion des IPSAP québécois nationaux et régionaux	172
Annexe D : Les décisions méthodologiques	173
Annexe E : Extraits types des trois étapes d'analyse	174
Annexe F : La liste des acteurs et de leurs IPSAP	176
Annexe G : L'émergence des IPSAP (extrait du sondage auto administrés)	178
Annexe H : Les raisons d'être des acteurs (extrait des sondages auto administrés)	180
Annexe I : Liste des partenaires et collaborateurs identifiés (entrevues et sondages)	184
Annexe J : La liste des outils disponibles auprès des acteurs (entrevues et sondages)	188
Annexe K : Les résultats perçus (suite)	197
Annexe L : Les résultats mesurés tirés des entrevues et des documents remis par 13 acteurs	199
Annexe M : Les stades de développement et l'évaluation de l'évaluabilité des IPSAP	209
Annexe N : Le jugement évaluatif sur l'efficacité des IPSAP	212
Annexe O : Le glossaire	215
Annexe P : L'approbation éthique	229

LISTE DES ACRONYMES

CPE	Centre de la petite enfance
CRD	Centre de réadaptation en dépendance
CRÉ	Conférence régionale des élus
CRIUCPQ	Centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSP	Département de santé publique
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPSAP	Intervention, programme, stratégie, approche, programme
MAMROT	Ministère des Affaires municipales, Régions et Occupation du territoire
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec.
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MRC	Municipalités régionales de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
NA	Non applicable
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisme non gouvernemental
ONU	Organisation des Nations Unies
PAG	Plan d'action gouvernemental
PCP	Pratiques cliniques préventives
PÉPO	Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité
SHV	Saines habitudes de vie
SP	Santé publique

LISTE D'ACTEURS ET LEURS ACRONYMES

CAMF	Carrefour action municipale et famille
CQPP	Coalition québécoise sur la problématique du poids
CQPS	Conseil Québécois sur le poids et la santé
FCSDSQ	La Fédération des coopératives de services à domicile et de santé de Québec
FMC	Fondation des maladies du cœur et de l'AVC
GDPL	Grand défi Pierre Lavoie
JP	Jeunes Pousses
QEF	Québec-en-forme
RCCQ	Regroupement des cuisines collectives du Québec
RQOH	Réseau Québécois des organismes sans but lucratif d'habitation
RQVVS	Réseau québécois des villes et des villages en santé
TIR-SHV	Table intersectorielle régionale en saines habitudes de vie
URLS	Unité régionale de loisir et de sport
VEV	Vivre en ville
YMCA	Young Men's Christian Association

CHAPITRE 1 MISE EN CONTEXTE

Ce projet de la Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité (PEPO) vise à produire un portrait descriptif et à proposer une analyse critique de cette partie de l'expérience québécoise en matière de prévention de l'obésité menée par les acteurs nationaux et régionaux. Depuis la venue du plan d'action gouvernemental pour la promotion des saines habitudes de vie et la prévention des problèmes reliés au poids (PAG 2006-2012), un grand nombre d'actions et de mesures stratégiques ont été mises en place, impliquant les intervenants du secteur de la santé publique, mais aussi les acteurs des autres secteurs (éducation, loisir et sports, affaires municipales, agriculture, pêcheries et alimentation, famille et aînés, emploi et transport) pour une approche intersectorielle optimale avec d'autres grands acteurs de la société civile comme QEF. Porter un regard critique sur l'expérience québécoise est l'un des mandats structurants de la PEPO. Ce projet s'inscrit dans la nécessité de porter un regard spécifique et critique sur une partie de l'expérience québécoise et son expérience empirique (celle des acteurs nationaux et régionaux), à partir des points de vue des parties prenantes. Compte tenu des lacunes internationales, nationales et provinciales en matière de résultats d'évaluation d'impact et des enjeux connus de l'évaluation d'interventions multiples et complexes, notre approche vise à documenter, extraire et exploiter à la fois les mesures d'évaluations issues de bilans des acteurs, mais aussi à expliquer par les logiques d'interventions et les théories de programmes, le potentiel d'impact, en l'absence de données probantes.

L'expérience québécoise comprend un ensemble d'acteurs qui mettent en place des interventions, des politiques publiques, des stratégies, des approches et des programmes que nous appelons des IPSAP (Annexe A) en lien avec la prévention de l'obésité, ou la promotion des saines habitudes de vie, ou les environnements favorables ou encore, l'équité en santé. Certains modèles de l'expérience québécoise ont été proposés, comme celui du Ministère de la santé et des services sociaux (2006) (Figure 1), intitulé le modèle québécois de lutte à l'obésité qui comprend trois composantes principales : soit le réseau de la santé publique, les ONG de trois secteurs (agroalimentaire, environnement bâti et socioculturel) et une coalition sociopolitique. Trois structures secondaires permettent d'atteindre les objectifs visés : une structure interministérielle, un comité scientifique et des mécanismes de concertation. Des plans d'action ont découlé de la composante du réseau de santé publique et les divers acteurs des secteurs ont aussi mené des activités en lien avec la prévention de l'obésité depuis 2006. En plus d'exercer un rôle de plaidoyer, la coalition sociopolitique présente des caractéristiques nécessaires aux actions de nature médiatique et politique. La coordination, la complémentarité et la concertation sont des processus clés au cœur de ce modèle.

Le rapport final de l'évaluation (MSSS, 2012) du PAG 2006-2012 précise que ce modèle a été partiellement mis en œuvre au Québec. Le comité scientifique et le forum de concertation pour les ONG n'ont pas été développés tels qu'anticipés, mais des démarches seraient en cours pour certains éléments associés.

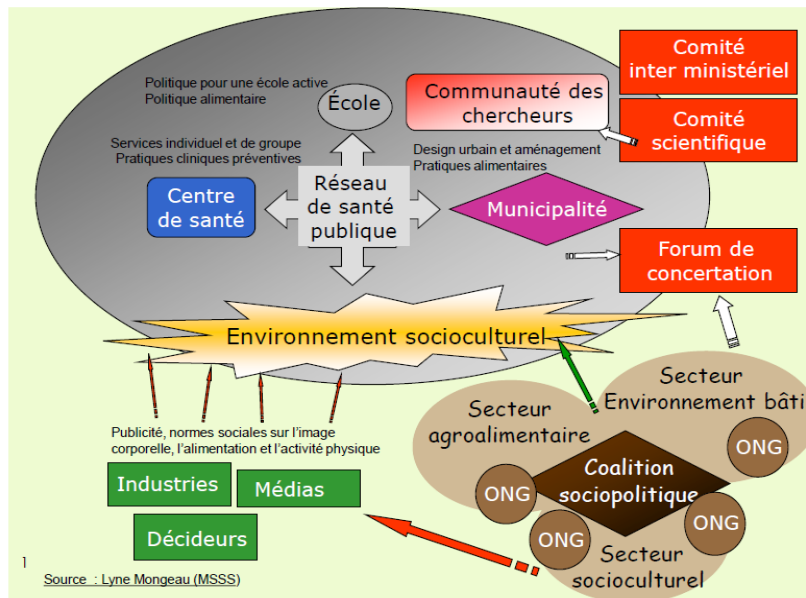


Figure 1. Le modèle québécois de lutte à l'obésité du MSSS

Pour parvenir à décrire et évaluer une partie de ce modèle québécois de lutte à l'obésité, nous avons défini des éléments de ce modèle comme unités d'analyse soit les IPSAP. La PEPO a comme mandat de :

1. Développer et de tenir à jour un cadre stratégique et des outils pour l'évaluation d'impact
2. Porter un regard critique sur l'expérience québécoise
3. Réaliser des évaluations d'impact
4. Soutenir l'évaluation des partenaires sur le terrain
5. Systématiser le réseautage et l'échange d'informations

Dans le cadre de ce mandat, le projet de description et d'analyse critique d'une partie de l'expérience québécoise en matière de prévention de l'obésité comprend l'analyse empirique du modèle québécois de lutte à l'obésité proposé, mais présente une vision plus large de l'expérience québécoise incluant les influences sociétales qui ont émergé depuis 2006, entre autres celle des équipes de recherche, des acteurs non gouvernementaux comme QEF, le Grand défi Pierre Lavoie (GDPL), et plusieurs autres. L'étude se réalise en deux phases (Figure 2). La première phase, amorcée en 2012 et complétée à l'été 2014, comprend la réalisation d'une revue systématique sur les modèles théoriques d'évaluation et la réalisation du portrait descriptif et critique des IPSAP en matière de prévention de l'obésité, de promotion des saines habitudes de vie ou de stratégies visant l'équité en santé par l'action sur des déterminants sociaux associés à l'obésité. La seconde phase qui suivra visera à approfondir l'expérience locale des IPSAP par zones géographiques spécifiques et à y poser un regard critique. Spécifiquement, suite à l'identification des IPSAP et de leurs analyses selon le modèle logique d'évaluation et la grille associée, les IPSAP ont été compilés dans la base des données reflétant la perspective macrosociétale (niveau national) et mésosociétale (niveau régional). La perspective micro-sociétale (niveau local) issue des études de cas sera réalisée au cours de l'automne 2014 et de l'hiver 2015. Une analyse globale et critique de l'ensemble du portrait des perspectives macro, méso et micro de l'expérience québécoise est proposée dans un processus distinct de consensus par experts mené par la PÉPO.

Dans la proposition du MSSS du modèle québécois de lutte à l'obésité, certains mécanismes sont mis de l'avant pour appuyer la vision théorique : l'intersectorialité, les partenariats et la concertation. En plus, on y propose une intervention multiple triple (local, régional et national) aspirant à une intégration verticale et horizontale des paliers gouvernementaux pour une action optimale sur des facteurs individuels et environnementaux structurants (Figure 4). Le gouvernement du Canada s'est aussi positionné quant à la nécessité d'intervenir de façon plus coordonnée avec un renforcement de la stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains (2010), la Déclaration sur la prévention et la promotion (2010), un Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé (2010) et finalement, des mesures de suivi et des orientations pour freiner l'obésité juvénile du Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé (2011). Le Québec a choisi de promouvoir de façon indépendante les modes de vie sains sur son territoire. Il approuve toutefois les buts généraux du projet et continuera d'échanger information et expertise avec les autres gouvernements au Canada.

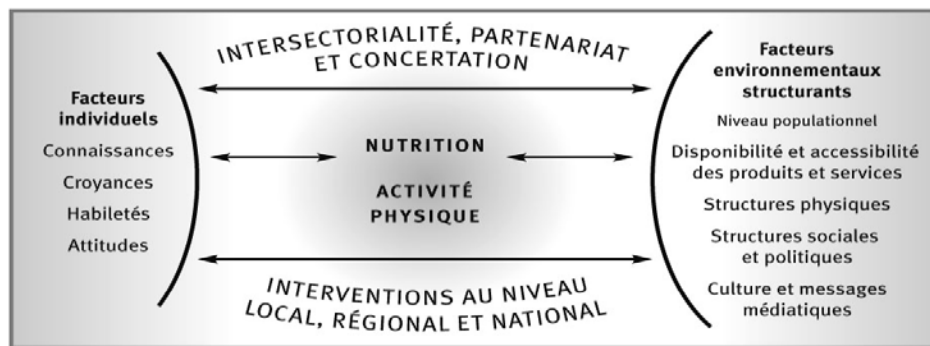


Figure 4. Les mécanismes d'action du modèle québécois de lutte à l'obésité (MSSS, 2006).

Les défis méthodologiques

Comme dans la stratégie mondiale anti-tabac (National Cancer Institute, 2006), la lutte à l'obésité se pose comme un enjeu populationnel, autant qu'individuel, issu d'une problématique complexe ancrée à un système multisectoriel et inter relié par diverses parties prenantes et dont les actions préventives et les interventions populationnelles et sociétales ne peuvent se mesurer dans un lien unique, direct, et pur d'inférence causale.

Le positionnement stratégique

Une analyse des pratiques individuelles et systémiques prometteuses en matière de lutte à l'obésité nous a indiqué que douze considérations s'avèrent cruciales à une conceptualisation interventionnelle et évaluative en obésité. Ces considérations ont été jugées importantes à diverses étapes du processus de planification autant par le comité directeur de la Plateforme, que par la responsable du PAG (2006-2012), que par le comité de travail PEPO-ENAP. La problématique de lutte à l'obésité et son évaluation exigent une approche écologique, systémique, complexe, ainsi que des interventions intégrées et multiples. De plus, le Québec se penche depuis quelques années sur la question des environnements favorables, qu'ils soient économiques, politiques, physiques ou sociaux, et amorce seulement maintenant son opérationnalisation sur le terrain. Plus récemment, il s'est aussi penché sur l'intégration horizontale et verticale de façon plus systématique et du point de vue empirique plutôt que théorique. D'autres considérations à prendre en compte comprennent l'influence des

déterminants sociaux sur la facilitation des choix santé et les dynamiques liées aux divers contextes dans lesquels sont implantées et imbriquées des interventions, des programmes, des approches. Aussi, nous incluons une perspective éthique des enjeux indissociables que sont les influences macrosociales et individuelles sur les comportements de santé et de ce fait, nous accordons, comme le ministère, une valeur ajoutée aux approches valorisant l'intégration de la santé dans toutes les politiques (approche pangouvernementale) et même pan-sociétale, tel que promue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

En ce sens, notre vision, avec son approche méthodologique, n'est pas détachée du contexte mondial relatif à la lutte à l'obésité et nous retenons plusieurs principes sur lesquels plusieurs gouvernements, avec lesquels nous partageons des similarités en matière de lutte à l'obésité, se sont entendus. Dans la Déclaration de la réunion de haut niveau sur les maladies chroniques de l'Organisation des Nations Unies (ONU) de 2011 et la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux en 2011, certains constats constituent des postulats à la base de notre conceptualisation de la lutte à l'obésité. Dans la déclaration de l'ONU, par exemple, la notion de facteurs de risques communs aux maladies chroniques, la notion de conditions de vie, la question de l'activité physique plus faible chez certains groupes comme les femmes, les adolescents, l'importance de la santé maternelle comme facteur prédisposant. La question des inégalités d'un pays à l'autre, d'une région à l'autre, d'un quartier à l'autre, l'instabilité économique qui influence la sécurité alimentaire, l'action collective et intersectorielle, la place de la prévention comme pierre angulaire de la lutte mondiale contre les maladies non transmissibles (ONU, 2011). La réduction de l'exposition aux facteurs de risque modifiables, la nécessité d'avoir des données probantes et factuelles à l'échelle de la population, l'intérêt de faire avancer la mise en œuvre des interventions multisectorielles et d'un bon rapport coût efficacité et la valorisation de la mise en place de systèmes de surveillance et de suivi sont des préoccupations partagées (ONU, 2011). De plus, la déclaration de Rio rappelle que l'équité en santé est une responsabilité partagée qui exige l'engagement de tous les secteurs des pouvoirs publics et de la société, que la promotion de la santé joue un rôle prépondérant sur l'équité en santé, que le développement durable est important, que l'action sur les déterminants sociaux passe par l'amélioration des conditions de vie, la réduction des inégalités de pouvoir, d'argent et de ressources et par la mesure et l'évaluation de l'efficacité de l'action par des données ventilées. De plus, la responsabilisation sociétale de la santé et la recherche sur les liens entre les déterminants et l'équité par l'évaluation de l'efficacité des interventions, l'échange des connaissances et le transfert sont d'autres postulats partagés. Finalement, la valorisation de structures de recherche non traditionnelles, mettant en présence les milieux académiques et de l'économie sociale pour engager des réflexions et la valorisation des connaissances est aussi un pilier de notre approche.

Approche écologique	Systémique	Complexe
Environnements favorables	Interventions intégrées et multiples	Intégration horizontale et verticale
Déclaration de l'ONU	Déclaration de Rio	Dynamiques liées aux divers contextes
Influence des déterminants sociaux sur la facilitation des choix santé	Influences macrosociales et individuelles sur les comportements de santé	Intégration de la santé dans toutes les politiques

Encadré 1: Douze considérations à une conceptualisation interventionnelle et évaluative en obésité

CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE ÉVALUATIVE

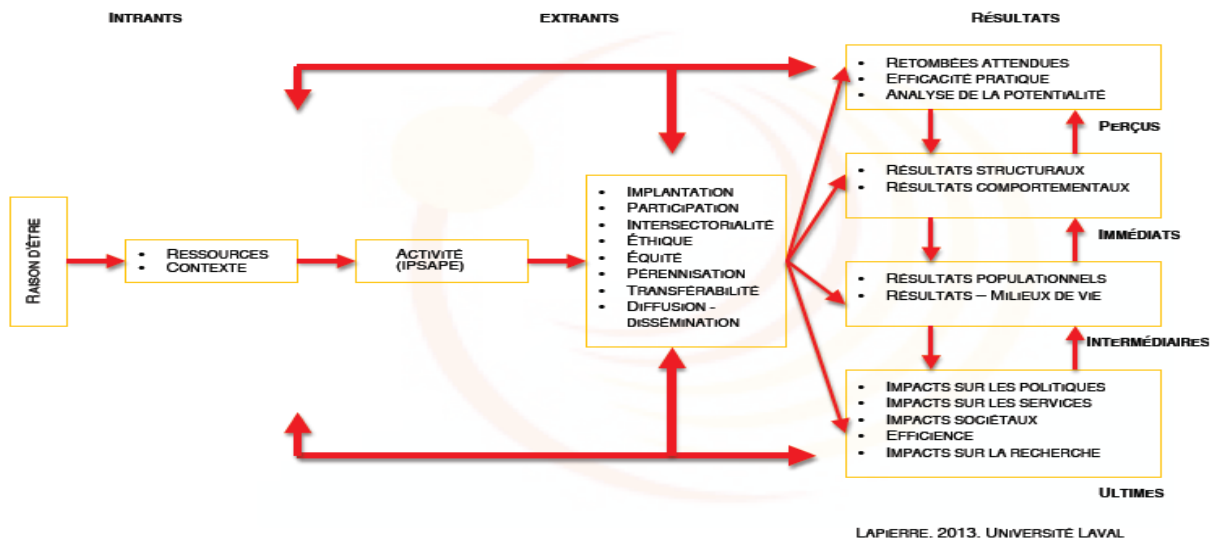
Les objectifs

Un des objectifs de la PEPO est de produire un portrait descriptif et de proposer une analyse critique d'une partie de l'expérience québécoise en matière de promotion de saines habitudes de vie et prévention de l'obésité. L'évaluation de l'expérience québécoise dans ce domaine devrait permettre aux instances gouvernementales, aux organisations philanthropiques et de recherche, ainsi qu'aux acteurs concernés sur le terrain de mieux orienter les actions qu'ils supportent. Compte tenu des lacunes internationales, nationales et provinciales en matière d'évaluation d'impact et des enjeux connus de l'évaluation d'interventions multiples et complexes, l'approche proposée vise à documenter, à extraire et à exploiter à la fois, les mesures d'évaluation issues de bilans des acteurs, mais aussi à expliquer par les logiques d'interventions et les théories de programmes, le potentiel d'impact, en l'absence de données probantes.

Les questions de recherche

1. Quelles sont les IPSAP mis en œuvre pour les jeunes, dans le cadre de l'expérience québécoise en matière de prévention de l'obésité?
2. Quelles sont les caractéristiques et les dynamiques de l'expérience québécoise en matière de prévention de l'obésité chez les jeunes?
3. Quelles sont les IPSAP qui présentent le plus fort potentiel d'efficacité, d'impact, d'efficience? Ou, dans une mesure d'appréciation de la qualité des pratiques, quels sont ceux qui se qualifient comme de pointe, prometteurs ou émergents?
4. Quels éléments des IPSAP de l'expérience québécoise contribuent à une cohérence d'ensemble et à une synergie systémique?

Le modèle logique d'évaluation : développement des dimensions



Lapierre, J. (2013). *Modèle logique d'évaluation*. Inspiré de : Kumanyika, S.K., Parker, L., Sim, L.F., (2010), Swinburn, B., Gill, T. & Kumanyika, S. (2005). Institute of Medicine of the National Academies. (2010), Institute of Medicine of National Academies. (2012), Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec – Travail sur l'intersectorialité (MSSS, 2006).

Figure 5. Le modèle logique d'évaluation de l'étude

Un modèle logique est un ensemble hypothétique de relations entre des construits (Bartholomew & Mullen, 2011). Plus précisément, le modèle constitue une représentation graphique de relations hypothétiques ou démontrées entre des interventions, leurs mécanismes de changements et les issues comportementales, environnementales et de santé. Bien que l'on reproche aux modèles logiques leur simplification des processus en cours, leur linéarité ainsi que l'approximation de la réalité qu'ils favorisent (Porteous, 2012), ou encore leur manque d'ouverture et de souplesse (cité dans Ridde & Dagenais, 2012), nous proposons l'utilisation d'un modèle logique pour ses quatre principales utilités à notre étude :

1. Favoriser une vision commune et un langage commun des enjeux de l'évaluation posés par l'étude sur la problématique de la prévention de l'obésité;
2. Préciser une logique de pensée des dimensions sélectionnées fondées sur les données probantes internationales de pointe en la matière;
3. Préciser les questions d'évaluation et la construction des indicateurs associés aux dimensions proposées;
4. Finalement, des efforts sont consentis à la représentation de la complexité et des mécanismes d'influences bidirectionnels pour ne pas négliger de capturer les dynamiques, les synergies et les influences du contexte.

En fait, le modèle logique d'évaluation que nous proposons (Figure 5) permet d'inclure une vision élargie des IPSAP québécois répondant aux critères de sélection. Cette vision, large et inclusive permet de répondre au mandat de la PEPO; il permet une analyse mixte (quantitative/qualitative), tenant compte des contextes, des multiples niveaux et des retombées potentielles et vérifiables des IPSAP.

Les dimensions d'analyse

Les dimensions d'analyse ont été repérées à l'automne 2012 après avoir scruté la littérature en prévention de l'obésité. Ensuite, une recherche documentaire ciblée et systématique a précédé l'adaptation-crédation du modèle logique d'évaluation des IPSAP en prévention de l'obésité. D'abord, une revue ciblée portant sur les cadres d'évaluation en prévention de l'obésité a permis d'identifier 84 textes scientifiques. Ces textes ont été analysés et comparés en fonction de critères tels leurs fondements théoriques et pratiques, leur pertinence, leur faisabilité culturelle, leur cohérence politique au contexte québécois et leur transférabilité. Les descriptions des dimensions d'analyse du modèle logique sont présentées à l'Annexe B et schématisées sur la figure 5. Certaines d'entre elles sont des dimensions classiques de modèle logique. D'autres, comme le contexte, de par sa valeur intrinsèque liée à l'efficacité pragmatique et le partenariat deviennent des dimensions d'importance dans notre analyse. L'identification des configurations récurrentes incluant les dynamiques entre les mécanismes ou les processus, les contextes et les résultats observés, permettra de dégager des patrons stratégiques dans la lutte à l'obésité. L'influence du contexte est indéniable dans la portée de l'efficacité attendue et empirique des IPSAP mis en œuvre. Comme extrants, d'une part l'ensemble des activités (IPSAP) et d'autre part, les processus. Les huit dimensions identifiées comme significatives dans la lutte à l'obésité sont l'implantation, la participation, l'intersectorialité, l'éthique, l'équité, la pérennisation, la transférabilité et la diffusion-dissémination. Ensuite viennent les résultats perçus (retombées attendues, efficacité pratique et analyse de la potentialité), immédiats (structuraux, comportementaux et sociocognitifs), intermédiaires (populationnels et milieux de vie) et ultimes (sur les politiques, les services, l'impact sociétal, en terme d'efficience et finalement, sur la recherche).

Ainsi, un exercice en plusieurs étapes d'adaptation-création des perspectives phares proposées par l'IOM, la CDC, le MSSS et deux des plus éminents chercheurs en prévention de l'ob sitt , membres de *l'International Obesity Task Force*, a suivi. Ces modèles phares constituent le squelette à partir duquel a émergé ce modèle. Dans les intrants proposés du modèle logique, on trouve les ressources et les contextes dans lesquels s'inscrivent les IPSAP. Ces intrants conduisent à une diversitt  d'extrants, soit des interventions, des politiques publiques, des stratégies, des approches ou des programmes qui chacun d'entre eux, par leurs extrants liés aux processus clés d'une prévention efficace de l'ob sitt , influence les résultats perçus, immédiats, intermédiaires ou ultimes. Ces sp cificitt s constituent des incontournables caractéristiques de succès des stratégies de santé publique en prévention de l'ob sitt  au Québec. Comme la culture de l'évaluation d'impact en prévention de l'ob sitt  n'est pas à ce moment une pratique systématisée par les acteurs, plusieurs IPSAP québécois se positionnent plus favorablement au niveau des résultats perçus que des résultats immédiats, intermédiaires ou ultimes. Des résultats immédiats sont cependant attendus dans certains cas, au niveau structural, comportemental, sociocognitif. Des résultats indésirables, s'il y a lieu, seront documentés. L'évaluation du caractère probant ou non des résultats et des pratiques est analys e en tenant compte de la phase 3 du cadre LEAD de l'IOM, soit de réunir les évidences après les avoir rassemblées et évaluées. Au niveau des résultats intermédiaires, des effets populationnels théoriques à jour documentent l'importance des IPSAP au niveau populationnel sur la réduction de l'indice de masse corporelle (IMC), la prévalence de l'ob sitt , la réduction des morbiditt s, l'augmentation des saines habitudes de vie, la qualité de vie en terme de construits psychosociaux reliés à l'ob sitt  et aussi sur les milieux de vie (familial, préscolaire, scolaire, voisinage, communautaire) de nos cibles d'intérêt, soit les jeunes (0-18 ans). Les impacts ou résultats ultimes à documenter portent sur les politiques, les services, la société, l'efficacitt  et l'impact sur la recherche.

Le devis recherche

  ce modèle logique d'évaluation s'arrime une méthodologie de recherche mixte pour la réalisation de l'étude et l'atteinte des objectifs visés.

L'approche réaliste-partenariale

Les approches réalistes (Pawson & Tilley, 1997) et partenariales (Aruc-RQPS 2007, Chevalier & Buckles, 2013, EPTC, 2010) incluant la participation des parties prenantes constituent les choix méthodologiques. L'évaluation réaliste permet de statuer sur l'efficacitt  « pour qui » et dans « quelles circonstances », exploitant différents modèles de bilans des parties prenantes et les données compilées pour ce faire. Favorisant l'émergence de théories de niveaux intermédiaires sur les processus récurrents « contextes-mécanismes-résultats », plutôt que la généralisation de l'ensemble des résultats. L'évaluation réaliste tient compte des impératifs du terrain, du contexte et des contraintes quotidiennes d'une implantation contextualisée dans une optique de transférabilité des résultats. L'approche partenariale sélectionnée d'emblée permet aux diverses parties prenantes de participer aux constructions relatives à leur IPSAP et leur évaluation.

Le devis mixte pour la description (portrait)

Le phénomène à l'étude, soit la description et l'analyse critique des IPSAP québécois, impose une compréhension inductive basée sur les connaissances issues des écrits scientifiques et sur les évidences émergentes rendues disponibles par l'étude. Ainsi, une approche méthodologique mixte incluant la collecte de certaines données quantitatives et qualitatives issues soit de l'analyse

documentaire, du sondage ou d'entrevues individuelles, sert à répondre aux questions de recherche proposées relatives à la description.

Le devis pour l'explication (analyse critique)

L'analyse critique sera réalisée à partir du modèle logique et de ses dimensions auxquels des normes sont proposées et, en l'absence de normes, des opinions d'experts serviront à qualifier le jugement global d'évaluation et à traiter dans la discussion des enjeux majeurs qui ressortent, soit les aspects relatifs à la cohérence d'ensemble et aux synergies de l'expérience systémique décrite.

Les participants

Les participants à l'étude comprennent un ensemble d'acteurs nationaux et régionaux qui sont impliqués dans les IPSAP, représentés par des répondants (1 à 5 par acteur).

Les critères de sélection des acteurs d'IPSAP nationaux-régionaux

Pour la sélection des IPSAP québécois nationaux et régionaux, une liste de critères, présentée à l'Annexe C, permet de cibler un ensemble d'IPSAP (N=82). Le nombre d'acteurs est limité à 40, avec une participation finale de 32 acteurs. Ce nombre représente en recherche qualitative un nombre d'entrevues suffisant (59 répondants dans cette étude) pour atteindre une saturation des données et une diversité des formules d'IPSAP significatifs au Québec. Les acteurs devaient rencontrer le critère 1 (cibler les jeunes (0-18 ans) et leurs familles et les SHV et/ou environnements et/ou qualité de vie et/ou déterminants sociaux) et au moins un des autres critères (optionnels). Les acteurs sélectionnés identifiaient parmi leurs membres le ou les participants qui seraient rencontrés. Les participants étaient porteurs d'IPSAP répondant à ces critères d'inclusion.

Ainsi, un seul critère est essentiel pour l'inclusion d'un IPSAP et les autres critères (2 à 7) permettent une ouverture à certains autres IPSAP pour une diversité optimale susceptible de dresser le portrait le plus global et inclusif de la diversité d'acteurs mettant en œuvre des IPSAP. Une liste préliminaire des acteurs a été créée à partir du rapport de Roberge et Choinière (2009) sur les interventions de saines habitudes de vie du Québec et bonifiée par les avis d'experts, les listes courantes fournies d'une part par le Conseil québécois sur le poids et la santé (CQPS) dans son mandat 2013 d'identification des ONG œuvrant en SHV et celle du Réseau québécois des villes et villages en santé (RQVVS), ainsi que d'une revue des écrits, en cours au sein de la PEPO.

La collecte des données auprès des organisations a été réalisée entre les mois de juin 2013 et janvier 2014. Elle fut accomplie par quatre moyens, soit :

1. Une analyse documentaire des informations publiques accessibles en ligne par l'organisation (réalisée par l'équipe)
2. Un sondage auto rapporté majoritairement à questions fermées
3. Une rencontre sous forme d'entrevue semi-dirigée auprès des acteurs a suivi, dans certains cas, la période initiale de collecte par le sondage
4. Une analyse documentaire des informations et rapports fournis par les acteurs aux membres de l'équipe pour l'étude

L'analyse des données

La création du livre des codes

La création du livre des codes initiaux a été conçue à partir de chacune des questions du guide d'entrevue. Quant à lui, le guide d'entrevue a été créé à partir d'une revue des écrits ciblés portant sur chacune des dimensions du modèle logique d'évaluation et le repérage des critères et des normes à retenir. La revue des écrits a permis d'établir les items du guide d'entrevue faisant foi d'indicateurs reflétant les dimensions à l'étude pertinents à l'analyse descriptive et critique. L'arbre de codes a été bonifié après la première séance d'analyse concurrente interjuge pour mieux refléter les données compilées et en cours d'analyse primaire de codification. Toutes les décisions prises relatives au codage ont été consignées au fur et à mesure dans un fichier permettant de tracer le fil et l'histoire de l'analyse primaire. L'arbre décisionnel méthodologique est disponible à l'Annexe D.

L'analyse concurrente interjuge

Deux journées ont été dédiées à la révision des codes, ainsi qu'au codage en commun de deux entrevues. Ces journées ont suivi une formation d'introduction offerte à la PÉPO par Provalis Research sur le logiciel *QDA Miner* avant l'arrivée de la professionnelle de recherche associée au projet d'analyse. Dès lors, une formation spécialisée de deux journées par Provalis Research sur l'utilisation du logiciel *QDA miner 4.1* a été suivie par Lapierre et Dionne à Montréal. La validation interjuge a été continue tout au long de l'analyse des résultats. *QDA Miner* est un logiciel d'analyse qualitative conçu pour la recherche avec méthodes mixtes. À la fois convivial et facile à utiliser, il permet le codage, l'annotation, l'exploration et l'analyse de documents et d'images.

L'analyse des données

Toutes les entrevues ont été tapées dans la base des données *REDCap (Research Electronic Data Capture)* et enregistrées sur bande audio numérique. La majorité des entrevues a été transcrite dans un logiciel de textes (e.g. *Microsoft Word*). Les autres ont été entrées dans *REDCap* simultanément pendant les entrevues. Quatre personnes ont participé aux transcriptions pendant la collecte. Les documents fournis par les acteurs des IPSAP ont été saisis aussi dans *REDCap* comme information aux questions associées, lorsque pertinents. Étant donné l'incompatibilité des deux logiciels (base des données *REDCap* et logiciel d'analyse *QDA Miner*), toutes les données *REDCap* des 32 entrevues ont été transférées à l'aide du logiciel *Microsoft Word 2010* vers *QDA Miner 4.1*. L'intégration des entrevues dans *QDA Miner* a été réalisée par une seule personne, la professionnelle de recherche. L'analyse documentaire a été réalisée en catégorisant les informations recueillies dans la base des données *REDCap*, dans laquelle une structure de saisie de l'ensemble des données a été construite pour ensuite extraire les aspects spécifiques recherchés, selon les questions de recherche et les données d'entrevues transférées dans le logiciel d'analyse qualitative *QDA Miner*. Les données brutes des entrevues ont été saisies dans *REDCap* puis extraites aux fins d'analyse dans *QDA Miner* pour une analyse classique de contenu (Bardin, 1977) en trois étapes : d'abord la codification en fonction de notre modèle logique d'évaluation, le repérage de thèmes et finalement la catégorisation. Un découpage des textes narratifs est réalisé, une réduction du contenu s'ensuit et finalement, des agrégations permettent d'extraire l'essence pour chacune des dimensions présélectionnées et inductives, émergeant des entrevues. Un exemple de la démarche de l'analyse des données est disponible à l'Annexe E.

L'analyse primaire de codification

Une analyse primaire de premier niveau a été effectuée à l'aide de sorties de rapports *QDA Miner* dans un premier temps, en fonction de l'arbre de codes (sondages et entrevues). La très grande majorité des codes *QDA Miner* sont des réponses qualitatives. Ensuite, ces rapports de codes passent à une seconde étape, soit celle de la réduction et de la catégorisation des thèmes. Les questions-réponses de type quantitatif sont analysées directement dans *QDA Miner* ou bien retranscrites dans *Excel* pour produire des graphiques selon les besoins. À noter que l'ensemble des acteurs n'a pas rempli le sondage auto administré (9 cas complets et 17 cas incomplets). Plusieurs questions sont reprises cependant en entrevue et permettent une couverture adéquate des questions du guide d'entrevue.

Les analyses de réduction et de catégorisation

L'analyse de réduction comprend l'exploration en profondeur des sorties *QDA Miner* des dimensions du modèle logique (lecture, relecture), l'ajout de codes pertinents pour certains thèmes rassemblés sous des catégories. Cette phase a permis d'extraire des données à produire sous forme de représentations graphiques diverses et de réduire plus finement les codes primaires. Une révision interjuge des regroupements et catégorisations des deux analystes a été réalisée. Cette phase de validation a entraîné quelques ajustements en termes de précisions et de spécificités relatives aux groupes principaux d'acteurs, soit les TIR-SHV et les ONG.

Le jugement évaluatif sur l'efficacité des IPSAP

Dans le cadre de l'analyse permettant de porter un jugement évaluatif sur l'efficacité des 82 IPSAP provenant de 32 acteurs provinciaux et régionaux, nous avons d'abord ciblé les codes à retenir pour l'analyse critique. Dix-huit codes pour chacun des acteurs et de leurs IPSAP ont été extraits, l'Encadré 2 présente les codes retenus.

Intervention mapping
Évaluabilité
Plan d'évaluation existant
Résultats perçus
Résultats observés
Effets sur l'alimentation
Effets sur l'activité physique
Effets sur les compétences
Effets sur les connaissances
Effets sur les croyances et les attitudes
Effets sur la motivation
Effets sur les milieux (perçus, observés et mesurés) sur famille, milieu scolaire, IMC, voisinage-quartier, communauté
Résultats mesurés
Évaluation en cours
Rapport d'évaluation disponible
Résultat d'efficacité-terrain
Critères de filtrage politique
Impacts (perçus, observés et mesurés) sur les politiques, l'offre de service, la société, la recherche

Encadré 2 : Codes retenus en vue du jugement évaluatif

L'étape suivante de l'analyse avait pour objet de mobiliser les données retenues pour permettre de poser des constats sur chacun des éléments de la grille d'analyse critique. Le Tableau 1

présente la grille d'analyse critique à 8 items qui comprennent le point de vue « *etic* », externe i.e. des évaluateurs (perception objective) et « *emic* », interne i.e. des répondants (perception subjective), facilités par le devis de l'étude. Pour chacun des items, un score maximal était déterminé et un procédé interjuge entre deux évaluateurs (la chercheuse et la professionnelle de recherche) a permis de statuer sur un score composé final accordé. L'expertise des deux évaluateurs avec les dossiers des acteurs et les données de l'étude était un critère fondamental afin de garantir la plus grande fidélité et correspondance aux éléments fournis et disponibles à ce moment pour cette étude. L'Annexe N présente le détail de chacun des critères retenus et les sources de références associées.

Tableau 1 : Grille d'analyse critique

Éléments d'analyse	Critères	Cote maximale
Jugement global par les acteurs (perspective interne subjective, soit <i>emic</i>)	Pertinence Cohérence conceptuelle Efficacité de mise en œuvre Mesure d'effets Mesure d'impacts Rentabilité générale	33
Qualité des preuves	Bonnes Assez bonnes Médiocres	3
Classification des données probantes	Suffisantes pour recommander Acceptables pour recommander Acceptables pour déconseiller Suffisantes pour déconseiller Insuffisantes pour formuler recommandation	3
Classification des pratiques	Émergentes Prometteuses De pointes	3
Évaluation des évidences	Validé –terrain Efficacité émergente Efficacité prometteuse Efficacité de pointe Efficacité probante	5
Potentialité de soutien à la décision de transfert	Oui Non Possiblement ultérieurement	2
Proxi de l'efficience	Budget global de programmation Budget de l'axe Budget de l'évaluation	3
Jugement global	Fondement de l'IPSAP Faisabilité Éthique Capacité évaluative Certitude de l'efficacité	5

Les étapes de l'analyse critique comprennent l'extraction des codes retenus, l'analyse des dossiers par acteurs incluant les codes du sondage auto administré et les codes d'entrevues, la relecture des sections d'entrevues pour confirmer certaines informations et les codages en fonction des critères, identifier les stades de développement des IPSAP (tiré des entrevues) et identifier l'auto évaluation de la faisabilité de l'évaluation par les acteurs. Ces deux derniers éléments permettent de situer les IPSAP dans leur évolution respective et de nuancer les conclusions tirées à partir des informations fournies et des données. Les acteurs dont les données des sondages auto administrés sont incomplètes n'ont pas pu obtenir de score pour le jugement global donné par les acteurs eux-mêmes. Il s'agit de RQOH, RQVVS, FCSDSQ, YMCA, Petits cuistots/Parents réseau, JP, TIR Montréal, TIR Nord-du-Québec et TIR Mauricie. L'absence pour ces acteurs d'un jugement global interne et subjectif n'influence cependant pas la cote octroyée pour la perspective externe et objective. Les données et les informations fournies par les acteurs, considérées comme les sources documentaires, ont aussi servi à cette phase d'analyse critique. La perspective interne et subjective adopte une approche de l'efficacité très terrain, appelée « *field efficacy* ». Cette approche représente une réforme radicale du modèle des meilleures pratiques, car il considère le point de vue des parties prenantes, il prévoit et favorise l'adaptation locale plutôt que la systématisation rigoureuse des activités et en ce sens, offre un meilleur degré de crédibilité quant au transfert (Green, 2007; Livingood & al., cités dans IOM, 2012). Cette vision évolutive de l'évaluation propose aussi deux cadres d'intérêts ayant été intégrés au modèle logique de l'étude : Re-Aim et Lead, répondant à cet appel d'ouverture à l'inclusion de diverses formes d'évidences disponibles permettant de soutenir la prise de décision politique, spécifiquement. Or, la perspective « *etic* », plus large que celle proposée par les cadres de prise de décisions politiques, est fortement influencée par les normes scientifiques plus usuelles fondées sur les évidences et données probantes, ce jugement plus sévère des IPSAP encourt des scores moins élevés pour cette perspective.

Avantages méthodologiques

Quelques avantages au devis méthodologique sélectionné comprennent la flexibilité pour représenter le plus réalistement l'expérience-terrain (Prosser & al., 2013), la production de résultats qui peuvent être pertinents et accessibles aux décideurs et acteurs divers, la diversité des évidences de divers niveaux favorisés et la méthodologie mixte représentant autant les processus que les résultats, utilisée simultanément. De plus, l'utilisation du modèle logique d'évaluation a permis de représenter au départ la théorie idéale de l'expérience québécoise, de produire un modèle intégrateur à partir des écrits et d'y confronter l'expérience empirique, ce qui est rapporté par d'autres auteurs aussi (Tremblay & Brousselle, 2013). Également, il permet de décrire des systèmes complexes d'actions (Potvin, Bilodeau & Gendron, 2008) et de soutenir une perspective qui va au-delà de la linéarité (Potvin & McQueen, 2008), ce qui compte parmi les raisons principales de la sélection d'un modèle logique pour encadrer la planification de l'étude, la collecte de données et les analyses. Le modèle logique, de par les dimensions sélectionnées et adaptées au modèle québécois, a permis d'amorcer une description des stratégies de changements environnementaux (Pettibone, Friend, Nargiso, & Florin, 2013; Frieden, 2010).

Limites méthodologiques

Parmi les limites principales de cette étude, on remarque le nombre restreint des acteurs représentés. Cela est aussi une limite dans d'autres études exploratoires en promotion de la santé (Ridde & Guichard, 2011). Il y a certes d'autres acteurs provinciaux et régionaux qui auraient pu participer, sans compter tous les acteurs qui agissent sur l'équité en santé pour une approche

véritablement intégrée et axée sur les déterminants sociaux (tous les autres ministères, politiques et programmes dont les déterminants sont moins ciblés par cette étude, mais qui ont une influence sur la question de la problématique du poids). Aussi, notons que le devis sélectionné ne permet pas d'établir des relations de cause à effet ni d'établir de corrélations. Les questions de recherche ont guidé la sélection du devis. Des études ultérieures pourraient s'intéresser aux rapports quantitatifs et à la mesure des relations entre les dimensions du modèle logique en plus de mesurer spécifiquement les effets et les impacts des IPSAP individuellement. En l'absence de données de surveillance au temps zéro et dans un proche avenir, suite aux transformations des pratiques observées dans cette étude, il sera difficile, voire impossible, d'attribuer les changements dans les comportements de santé et les profils socio sanitaires des régions à l'expérience décrite dans le portrait et son analyse critique sans inclure d'autres influences contextuelles et des milieux, spécifiquement. Puisque nos informations sur les actions étudiées sont limitées, nous ne pouvons analyser l'ensemble des mécanismes, mais bien en explorer quelques-uns plus en profondeur, ce qui peut exclure d'autres mécanismes essentiels à la compréhension des processus des interventions à la lutte de la problématique du poids. Cette limite est aussi retrouvée dans l'étude exploratoire de Ridde et Guichard (2011). De plus, certaines sections tirées du sondage autoadministré, qui sont demeurées sans réponse, nous limitent dans la capacité à produire des conclusions fondées et entièrement transférables. Le fait de ne pas avoir proposé une version pour les anglophones ne nous permet pas nécessairement de rejoindre certaines régions de l'ouest, plus anglophones ou allophones que les autres milieux, ni celles du Nunavik par exemple, ce qui limite aussi la portée. Finalement, il aurait été souhaitable de transmettre les résultats préalablement aux acteurs pour augmenter la confirmation des analyses produites par l'équipe. Bref, l'étude a permis de réaliser quelques avancées sur la voie de la compréhension des systèmes complexes et des synergies en prévention de l'obésité et d'identifier les éléments clés de qui semblent prometteurs et dans quelles conditions.

Les critères de scientificité

Les critères de rigueur de cette étude incluent :

- La crédibilité est évaluée par la rigueur apportée aux comptes rendus des rencontres, aux synthèses des notes, par l'établissement de lien de confiance avec les parties prenantes, par la crédibilité des intervieweurs dans le processus (formation, expérience, expertise du dossier).
- La fiabilité s'évalue par la documentation de tous les changements apportés au devis proposé, la documentation de toutes les décisions prises par les équipes de validation et la consignation de l'ensemble des justifications dans le journal de bord.
- La transférabilité est évaluée par la description détaillée du processus méthodologique de l'étude et sa validité, de sorte que l'étude puisse être répétée dans d'autres contextes ou auprès d'autres acteurs d'IPSAP semblables. L'étude ne permettra pas de généraliser l'ensemble des résultats obtenus, mais pourra faciliter un transfert de certains résultats à des milieux semblables, i.e. que l'expérience québécoise décrite pourrait servir à d'autres provinces ou milieux avec des caractéristiques similaires au niveau politique, communautaire et social. Cependant, le portrait et son analyse critique feront l'exposition et l'explication de la dynamique québécoise dans une période de temps donné, avec des acteurs spécifiques et selon des contextes qui évoluent dans le temps.
- La confirmation des résultats se fait par des énoncés de compréhension des réponses apportées par les acteurs confirmés en séance et le rapport a été rendu disponible à la demande des acteurs.

CHAPITRE 3 : RÉSULTATS

LES DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

L'échantillon initial visé par cette étude était composé de 51 acteurs (ONG et TIR-SHV). À noter que les TIR-SHV étaient initialement incluses dans l'analyse politique de CREXE, mais l'équipe PÉPO a pris la relève à l'automne 2013 pour les inclure au portrait présent. Les acteurs ont été recrutés à partir de l'été 2013 jusqu'à la mi-décembre 2013 dans toutes les régions administratives du Québec. La représentation finale des participants selon les stratégies de collectes des données (Voir Figure 6) est composée de 32 acteurs (17 ONG et 15 TIR-SHV) provenant de 15 régions administratives du Québec. Seules les TIR-Outaouais et TIR-Gaspésie-île de la Madeleine ont choisi de ne pas participer à l'étude et l'ONG la Société Canadienne du Cancer en raison des révisions budgétaires et d'une période de priorisation des programmes et des projets. La région du Nunavik, représentée ici par l'équipe de santé publique a aussi choisi de ne pas participer à cette étude. De ces 32 acteurs, 59 répondants (42 femmes et 17 hommes) ont été rencontrés en entrevue individuelle entre juin 2013 et janvier 2014. Ils étaient invités à identifier leurs activités en lien avec les saines habitudes de vie et les jeunes. Ainsi, 82 IPSAP (ONG = 48, TIR = 34) ont été analysés en plus d'une analyse stratégique de la TIR de Montréal qui est maintenant dissoute. Également, 25 acteurs (15 ONG et 10 TIR-SHV) ont rempli un sondage auto rapporté en ligne (taux de participation de 78%). Nous détenons des informations sur 31 IPSAP complets et 12 IPSAP incomplets pour les analyses de ces sondages. Une liste des acteurs et de leurs IPSAP respectifs est disponible à l'Annexe F.



Figure 6. Représentation des participants selon la stratégie de collecte des données

Les répondants aux entrevues et aux sondages auto rapporté sont majoritairement des femmes avec des taux respectif de 71% et de 73%. L'âge moyen des répondants est de 34 ans. Dans leur organisation, la majorité d'entre eux exercent principalement les fonctions suivantes : la coordination, la responsabilité ou la charge de projet ou de comité (N=17), la direction ou la gestion (N=14) ou encore, le conseil ou la consultation (N=4). Ils exercent leurs fonctions actuelles dans leur organisation respective en moyenne depuis 6 ans. Par ailleurs, ils ont la responsabilité des projets en saines habitudes de vie (IPSAP) depuis environ 4 ans. Dans leur milieu de travail, leurs postes se retrouvent surtout au sein de la division ou du département de la direction, de la gestion et de l'administration (N=14) et de la recherche et de l'évaluation (N=6).

Certains se retrouvent dans tous les départements (N=2), tandis que des ONG n'ont pas d'organigrammes très détaillés en sous-divisions (N=2). Pour les autres, ils œuvrent dans d'autres divisions telles que la formation, la communication ou encore, l'aménagement du territoire. Les projets en SHV, en prévention de l'obésité ou en équité liée avec l'obésité sont en développement ou en opération depuis en moyenne 7 ans. Généralement, les organisations des acteurs ont été fondées il y a plus de 10 ans, soit au milieu des années 1990. En ce qui a trait à leurs formations générales, la majorité des répondants a réalisé des études supérieures. Les participants ont principalement réalisé leurs études dans le domaine des sciences de la santé (nutrition, kinésiologie et activité physique, santé communautaire) (N=29), des sciences sociales (communication, éducation, géographie) (N=17) et des sciences de l'administration (administration, gestion, leadership) (N=11). La majorité des acteurs œuvre en promotion de la santé et en prévention primaire, donc très peu en prévention secondaire.

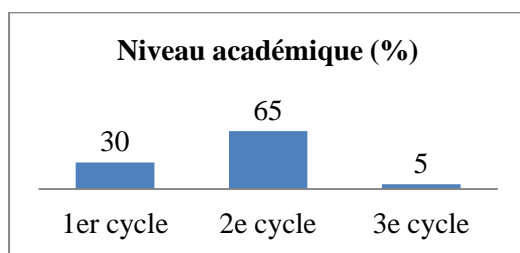


Figure 7. Distribution du niveau académique des répondants par cycles universitaires (N=37)

DIMENSION RAISON D'ÊTRE

La raison d'être fait référence à la mission, au but, aux objectifs spécifiques liés à l'IPSAP. Des critères d'inclusion sont présentés en Annexe C. Cibler les 0-18 ans, et agir spécifiquement sur les SHV, ou sur les environnements, ou sur la qualité de vie associée à la problématique du poids ou encore sur les déterminants sociaux associés à l'obésité comptent parmi les critères. Dans le sondage, plusieurs acteurs ont décrit la raison d'être de leur organisation. Le Tableau 2 présente certains extraits des missions et les liens avec les critères de l'étude. En majorité, les acteurs ciblent les SHV, la raison d'être plus détaillée des acteurs est disponible à l'Annexe H.

Tableau 2: Mission des acteurs liés aux critères de l'étude

Acteurs	Mission en bref (extrait du sondage)	Liens avec les cibles de l'étude
FSCDSQ	« Assurer la coordination et le développement d'un réseau de concertation et d'offrir des services répondant aux besoins exprimés par ses membres afin de les appuyer dans la réalisation de leur mission avec efficacité et autonomie. »	Déterminants sociaux
YMCA	« Bâtir des communautés plus fortes en offrant des occasions d'épanouissement et de vie active, saine et engagée pour tous. »	SHV Déterminants sociaux
FMC	« prévenir les maladies, de préserver la vie et de favoriser le rétablissement. »	SHV
QEF	« Favoriser, par le soutien de projets de mobilisation des communautés locales, l'adoption et le maintien d'une saine alimentation et d'un mode de vie physiquement actif chez les jeunes Québécois de la naissance à 17 ans	Environnements SHV

Acteurs	Mission en bref (extrait du sondage)	Liens avec les cibles de l'étude
	<i>inclusivement. »</i>	
CQPS	<i>« Prévenir des problèmes reliés au poids et de contribuer à l'amélioration de l'état complet de bien-être physique, mental et social de la population. »</i>	Qualité de vie
Équilibre	<i>« Prévenir et diminuer les problèmes reliés au poids et à l'image corporelle dans la population, par des actions encourageant et facilitant le développement d'une image corporelle positive et l'adoption de saines habitudes de vie. »</i>	SHV Qualité de vie
PC-PR et ateliers 5 épices	<i>« Promouvoir l'éducation nutritionnelle et culinaire et favoriser le développement social par le biais de l'alimentation auprès de la clientèle scolaire et étudiante, leur famille et les adultes en général, principalement en milieux appauvris. »</i>	SHV Déterminants sociaux
Tablée des chefs	<i>« Contre la problématique de la faim en développant l'autonomie alimentaire par le biais de formation culinaire chez les 12-17 ans et en récupérant les surplus alimentaires des hôtels afin de les distribuer aux familles dans le besoin. »</i>	SHV Déterminants sociaux
CQPP	<i>« Susciter les appuis nécessaires pour revendiquer des modifications législatives, réglementaires et des politiques publiques dans trois secteurs stratégiques (agroalimentaire, socioculturel et environnement bâti) afin de favoriser la mise en place d'environnements facilitant les choix santé qui contribueront à prévenir les problèmes de poids. »</i>	Environnements
Jeunes pousses	<i>« Promotion de saines habitudes alimentaires auprès des jeunes dans leurs milieux de vie. »</i>	SHV
CAMF	<i>« Offrir aux municipalités et aux MRC du Québec des services de soutien et d'accompagnement relatifs au développement des politiques familiales afin d'améliorer la qualité du milieu de vie des familles, des enfants et des aînés du Québec. »</i>	Environnements
RCCQ	<i>« Vise l'émergence et la consolidation des cuisines collectives au Québec. [...] Rôle d'éducateur populaire [...] défend la vision d'Autonomie alimentaire. »</i>	SHV Déterminants sociaux
VEV	<i>« Contribue, partout au Québec, au développement de collectivités viables, œuvrant tant à l'échelle du bâtiment qu'à celles de la rue, du quartier et de l'agglomération. »</i>	Environnements
TIR Saguenay Lac-St-Jean	<i>« Réduire la prévalence de l'obésité et de l'embonpoint dans la population québécoise ainsi qu'améliorer les habitudes de vie, soit une meilleure alimentation et un mode de vie physiquement plus actif. »</i>	SHV
TIR Capitale-Nationale	<i>« 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. »</i>	SHV Déterminants sociaux
TIR Mauricie	<i>« L'objectif général de « Ça mijote en Mauricie! » est de développer, soutenir et favoriser le transfert de connaissances et d'habiletés aux parents d'enfants de 6 à 11 ans via les milieux qui offrent des services aux parents et les milieux de vie des enfants. »</i>	SHV

Acteurs	Mission en bref (extrait du sondage)	Liens avec les cibles de l'étude
TIR Estrie	« Le Comité régional estrien sur les saines habitudes de vie est un comité stratégique qui anime et concerte les acteurs du territoire pour réaliser le Plan d'action gouvernemental et des projets soutenus par le Fonds de promotion des saines habitudes de vie. Il vise à identifier les orientations et les enjeux de la région en matière de saines habitudes de vie. »	SHV
TIR Abitibi-Témiscamingue	« Mobiliser et soutenir les acteurs régionaux, supra locaux et locaux dans la mise en place de projets en saines habitudes de vie, saine alimentation et mode de vie physiquement actif, notamment en lien avec le PAG et le fonds Québec-en-Forme. »	SHV
TIR Côte-Nord	« L'actualisation du PAG-SHV au niveau régional. Travail intersectoriel dans le domaine des SHV. »	SHV
TIR Nord-du-Québec	« Réduire le nombre de fumeurs, de sédentaires et augmenter le nombre de personnes qui consomment au moins 5 fruits et légumes chaque jour. »	SHV
Acti-Menu	« Offre au grand public, aux employeurs et à leur personnel, aux professionnels de la santé et à leurs clients, de l'information, des outils et un accompagnement qui favorisent la prise en charge par les individus de leur santé physique et psychologique ainsi que la mise en place d'environnements sociaux et physiques favorables. »	SHV Environnements

Dans un premier temps, les acteurs se sont prononcés sur les déterminants sociaux de la santé qui sont directement visés par leurs IPSAP (Figure 8).

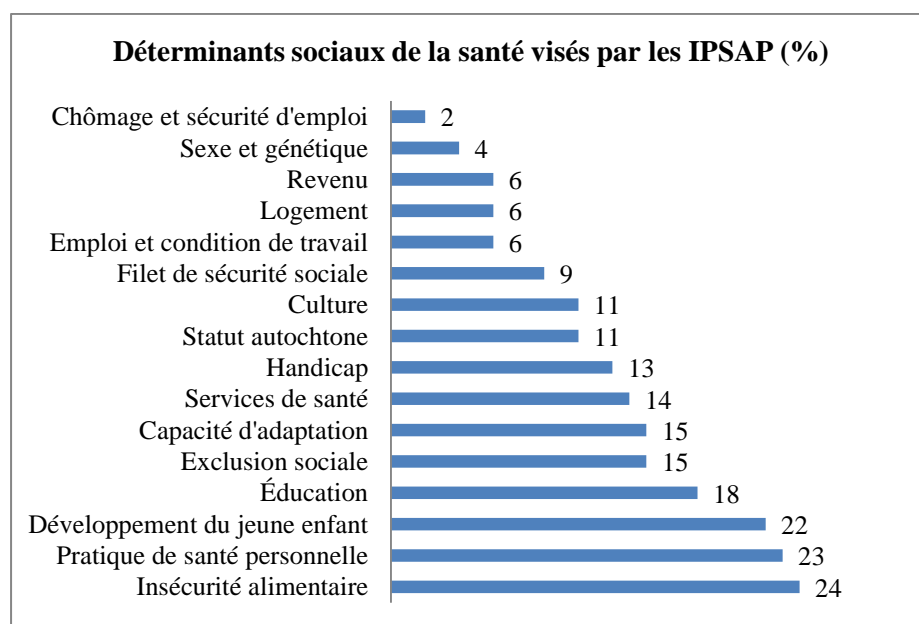


Figure 8. Fréquence des déterminants sociaux de la santé visés par les IPSAP (N=79 IPSAP)

Les déterminants sociaux de la santé qui sont ciblés par les IPSAP sont assez diversifiés. Le déterminant le plus ciblé est au niveau de l'insécurité alimentaire (24 %), suivi de près par les pratiques de santé personnelle (23%), de même que le développement du jeune enfant (22%). Il n'est pas étonnant que certains déterminants soient délaissés, car ils ne constituent pas les cibles spécifiques de cette étude (e.g. revenu, chômage).

DIMENSION CONTEXTE

Cette dimension comprend la prise en compte contextuelle, soit territoriale, culturelle, sociale, institutionnelle et juridique, ainsi que les éléments facilitants, contraignants et de renforcement ayant joué un rôle dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de l'IPSAP. Lié fortement à l'évaluation pragmatique, il comprend aussi les configurations de MCR mécanismes-contextes-résultats de Pawson et Tilley (1997) qui identifient les processus essentiels qui se répètent à travers les expériences dans des contextes diversifiés. Ainsi, cette section présente de nombreux résultats permettant de comprendre le contexte global des acteurs et de leurs IPSAP. D'abord, cela permet de décrire quels ont été les facteurs incitatifs, financiers ou contextuels, au démarrage des IPSAP. Également, les acteurs nous entretiennent des nombreux facteurs facilitants ou contraignants rencontrés lors du développement et de la mise en œuvre de leurs différentes actions. Dimension d'importance au cœur du modèle logique, l'analyse du contexte est essentielle. Le contexte est inscrit dans la dynamique d'influence qui se présente entre les actions et les résultats.

La couverture géographique des IPSAP

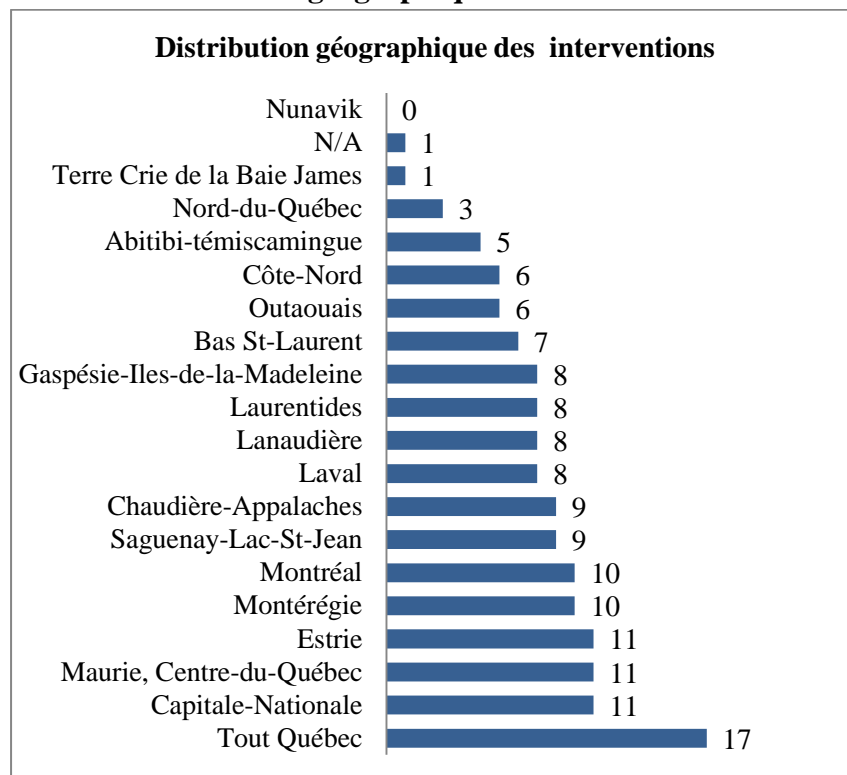


Figure 9. Distribution géographique auto rapportée des interventions (N=51 IPSAP)

La couverture des IPSAP provinciaux et régionaux est présentée à la Figure 9. Une concentration des activités est présente dans les grands centres. Les milieux où moins d'activités semblent être déployées correspondent cependant aux acteurs ayant choisi de ne pas participer à l'étude, soit l'Outaouais et la Gaspésie. Les régions éloignées des grands centres urbains ayant participé ont aussi fait le constat de différences dans les capacités locales, les expertises et les liens très faibles avec les milieux académiques, limitant l'expertise évaluative disponible.

Les incitatifs au développement des IPSAP

D'abord, le Tableau 3 compare les fréquences des incitatifs au développement des IPSAP des TIR-SHV et des ONG. Pour chacune de ces deux catégories d'acteurs, les incitatifs sont expliqués avec plus de détails.

Tableau 3 : Fréquence des incitatifs au développement des IPSAP

INCITATIFS AU DÉVELOPPEMENT	DES TIR-SHV (%)	DES ONG (%)
PAG	12	9
QEF et MSSS	53	16
Agence de la santé publique du Canada		5
Autres ministères	2	7
Actions locales et régionales	9	2
Profil local et besoins (jeunes + familles)	10	20
Données de recherche, statistiques, surveillance	7	9
Universités et centres de recherche	3	2
Professionnels de la santé	2	2
Influences parentales et communautaires		2
Individus		9
Organismes à buts non lucratifs	2	11
Industrie		2
Normes sociales – modes de vie sains et beauté		4

Plusieurs éléments ont contribué au développement des IPSAP par les ONG (Figure 10). L'analyse du discours révèle que plus du tiers (35%) des IPSAP ont eu comme levier majeur, la sphère politique (soit le PAG, QEF-MSSS, ou l'Agence de santé publique du Canada). C'est 36% des IPSAP qui ont émergé des besoins locaux, des actions locales et régionales, des organismes eux-mêmes, des influences parentales et communautaires. Les données de recherche, les statistiques, les données de surveillance avec les universités et les centres de recherche sont à la source de 11% des IPSAP. Enfin, les industries et la norme sociale ont été décisives pour 7% des IPSAP. Sur le plan des incitatifs principaux des TIR-SHV (Figure 11), on note principalement : le fonds QEF-MSSS (53%), le PAG et le gouvernement québécois (14%), les profils socio-sanitaires et les actions locales (21%), les données de recherche, les statistiques et les données de surveillance et les universités et les centres de recherche (10%). Un très faible taux (2%) provient des individus et des professionnels. Puis, aucun acteur ne mentionne que l'industrie ou la norme sociale a eu une influence sur le démarrage de ses IPSAP, comparativement aux ONG.

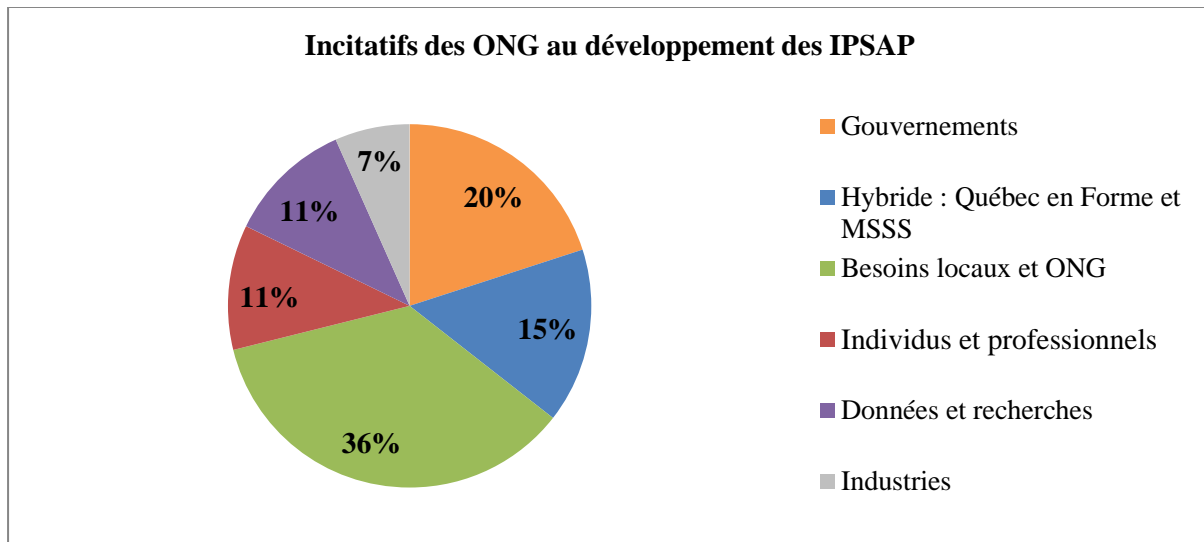


Figure 10. Incitatifs des ONG au développement des IPSAP (N=17 ONG)

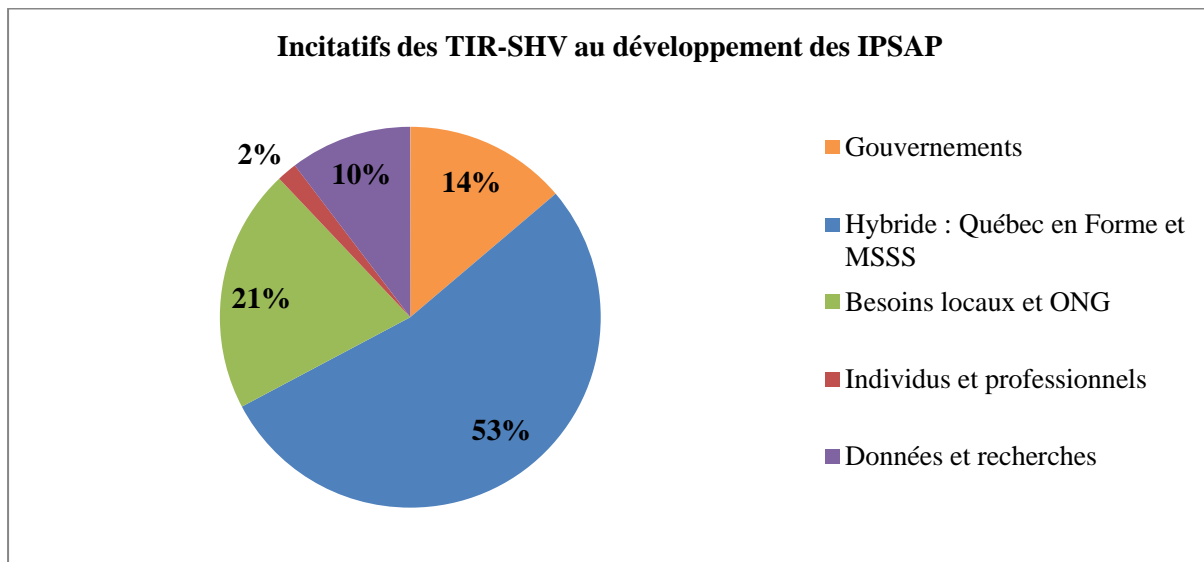


Figure 11. Incitatifs des TIR-SHV au développement des IPSAP (N= 15 TIR-SHV)

Type d'évaluation réalisée

Seuls 18 acteurs (56%) ont mentionné qu'au moins une évaluation avait été réalisée ou était en cours. La Figure 12 indique cependant que des efforts sont réalisés en vue de documenter la mise en œuvre par des évaluations formatives liées aux divers IPSAP identifiés. Certains milieux amorcent des démarches évaluatives plus formelles, lorsque des ressources externes sont disponibles et avec un financement interne possible. Quelques acteurs entretiennent des liens privilégiés avec le milieu académique universitaire, que ce soit pour la réalisation des actions ou encore l'évaluation (USherbooke, UQTR, UQO, Ulaval, UQAM, ITHQ, UdeM, HEC Montréal, UConcordia, UOttawa). Peu d'acteurs se sont penchés à ce jour sur les effets indésirables, ou non, anticipés des IPSAP. En fait, la plupart mentionnent ne pas avoir les ressources internes ni les expertises pour réaliser des évaluations des effets et d'impacts à long terme. À noter que le financement de QEF s'est positionné comme un levier à la considération des questions évaluatives, forçant les acteurs à présenter des plans d'évaluation. Bien que peu d'évaluations portent sur les effets ou les impacts, il y a croissance d'une culture évaluative dans les organisations et les milieux communautaires.

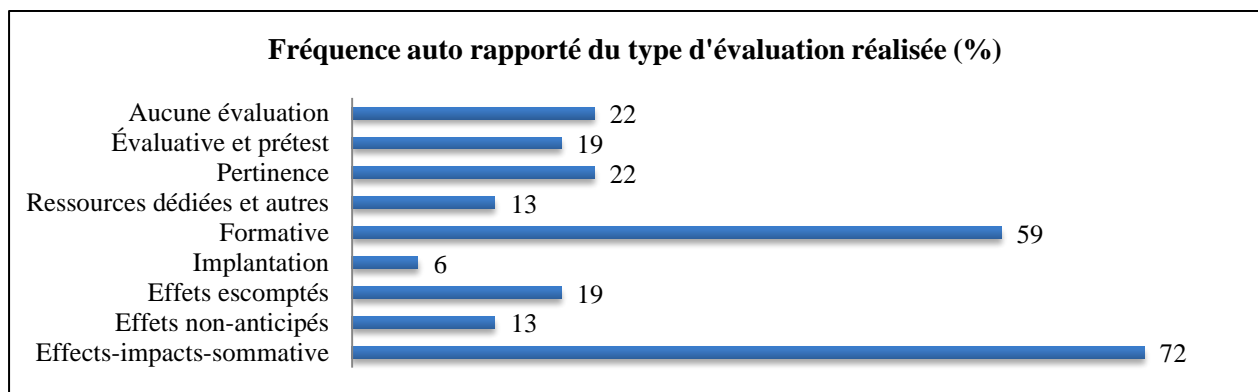


Figure 12. Fréquence auto rapportée du type d'évaluation réalisée (N=18 acteurs)

Les leviers : des éléments stratégiques, des caractéristiques gagnantes et des acteurs spécifiques!

Dans l'exploration des facteurs contextuels significatifs, six éléments ont émergé du discours. D'abord le besoin du milieu, qui est le moteur principal et en ce sens, la présence des TIR-SHV qui favorisent et facilitent l'identification des besoins, est certes jugée utile. Pour les TIR-SHV, une évolution est palpable dans leurs orientations : « *Les TIR n'étaient pas très organisées... pas une instance de gouverne légitime. Elles représentaient une concertation entre acteurs autour du PAG. Les fiduciaires n'étaient pas les TIR, ils aidaient à identifier les projets... Avant, elles avaient un rôle de réseautage, mais maintenant, on retrouve : accompagnement et réseautage. La TIR accompagne le plan de soutien* ».

L'engagement mitigé de certains partenaires autour de certaines TIR-SHV est relié à l'absence de cibles dans les projets en commun. Outre le partage d'informations, le faible investissement dans la planification commune a fait en sorte que les partenaires étaient moins motivés et moins impliqués. Certains l'expriment clairement : « *Qu'est-ce qui nous rejoint tout le monde? Encore*

difficile de trouver une raison d'être pour la suite ». Ce passage du plan à l'action par la construction de cibles et l'atteinte des cibles exige une toute autre vision de participation et d'imputabilité. L'hypothèse d'un acteur: « *Les acteurs qui agissent dans les plans et ceux dans la mise en œuvre ne sont pas les mêmes, et l'argent n'est pas le même* ». Des éléments d'arrimage restent nécessairement à clarifier pour les suites. D'autres tables contribuent aussi à l'identification des besoins : « *C'est la table de concertation en sécurité alimentaire qui a identifié des besoins* ». Certains organismes veulent être entendus et ne s'y retrouvent pas nécessairement encore : « *On veut être une voix, on veut être entendu, on veut être une troisième voie* ». Les tables ont comme avantage principal de stimuler la connaissance des autres acteurs de la région et de leurs activités ainsi que de soutenir le développement et la diffusion d'un langage commun.

Troisième élément important relevé, le travail intersectoriel facilité par les tables semble entraîner une transformation des pratiques. Une fois les étapes de connaissances et de mobilisation des réseaux et des ressources de chacun, une réelle culture de concertation peut s'établir et « *Tout le monde est capable de jouer un rôle concerté. La 1ère année tout le monde arrive avec ses éléments et vient chercher ce qu'il veut. Mais là, on a une maturité intéressante, pas parfaite, mais on peut aller chercher des acteurs qui peuvent porter le chapeau collectif de la concertation* ». Ensuite, vient le changement de normes chez les décideurs et les professionnels : « *L'importance d'agir sur les environnements et les déterminants de la santé – on s'attaque à quelque chose qui a une plus grande acceptabilité sociale* ». De plus, les leviers économiques sont fondamentaux : « *Les leviers économiques sont importants pour atteindre nos objectifs. Ça prend des moyens financiers* ». Enfin, la Charte québécoise pour l'image corporelle et son plan d'action ont aussi constitué un levier pour certains.

Des caractéristiques gagnantes ont été mises de l'avant par les acteurs. Une vision et une approche inclusive sont prioritaires : ils veulent susciter « *la participation et la concertation de différents partenaires* ». La mise en place de projets concrets est une condition sine qua non à une mobilisation et une concertation efficace où les rôles sont clairs, compris et les attentes précisées. S'ils passent des années à se rencontrer sans avoir une vision et des objectifs communs, l'intérêt et la participation sont vite délaissés par les acteurs. La mise à profit des expertises diversifiées et la signature d'ententes semblent garantes d'une participation active et contributive aux objectifs communs. « *C'est une façon d'impliquer les partenaires qui se sentent imputables* ». Des outils clés en main sont jugés souhaitables lorsqu'une latitude locale est permise. D'une part, les acteurs apprécient le fait que des outils soient disponibles et accessibles, mais d'autre part, ils réitèrent l'importance de l'approche enracinée dans la liberté des milieux, ils souhaitent du « *bottom up* ». Une structure d'accompagnement et de transfert des connaissances est porteuse du succès des activités priorisées. Partir de zéro est à déconseiller, il faut optimiser les ressources locales existantes et les mesures en place. La libération de personnels professionnels de la DSP semble prometteuse. Deux autres caractéristiques semblent avoir une influence : d'abord, les régions géographiques comportent des avantages distincts sur lesquels miser. Les grands centres possèdent plus de ressources et d'expertise, mais vivent parfois de la « *sur sollicitation* » et des entraves à la mobilisation en raison du grand nombre d'acteurs. Or les régions, bien que plus pauvres et pénalisées sur certains plans en termes de ressources, peuvent jouir d'une capacité plus grande de mobilisation en raison d'une facilité à entrer en contact avec les personnes clés, à connaître l'ensemble des ressources et du nombre plus restreint d'intermédiaires et de la méfiance plus limitée. Ensuite, il est proposé de soutenir les activités axées autour des milieux de vie,

« Nous nous sommes rendu compte qu'il y avait beaucoup de choses qui étaient faites au sein de la municipalité, mais qui ne se rendaient pas jusqu'à la famille ». La question de la proximité ressort et le rôle des municipalités, un incontournable. Or au niveau municipal, un « dossier devient inintéressant si je n'ai pas d'influence ». L'intérêt des municipalités est indéniable, mais la capacité d'agir limitée sur certains plans en matière de SHV et de santé sociale et préventive est un facteur contraignant en plus des liens ténus et informels entre la santé publique et la municipalité, dans les faits. De plus, les acteurs énoncent clairement que le contexte des interrelations est plus difficile avec le milieu scolaire, bien que le MELS soit signataire officiel du PAG, la pénétration du milieu au niveau régional et local demeure un défi.

Enfin, le Tableau 4 présente les acteurs clés, qui agissent comme un levier aux activités des acteurs ayant bénéficié des incitatifs cités précédemment.

Tableau 4 : Acteurs clés, leviers aux IPSAP

Acteurs clés	Nombre de fois cités
QEF- Fondation Chagnon	13
PAG (MSSS)	9
TIR-SHV, avec bémol- réseautage versus réseautage et accompagnement	4
MAPAC	3
Municipal	3
DSP	3
Objectif Obésité de la FMC	2
Mouvement communautaire	2

Les éléments facilitants de l'action concertée

Plusieurs éléments facilitants de l'action concertée ont été identifiés. Ils sont regroupés en onze facteurs clés présentés à la Figure 13.



Figure 13. Éléments facilitants de l'action concertée

La préoccupation grandissante face à la santé est née de l'importante attention médiatique et scientifique apportée à l'obésité, sa croissance chez les jeunes et ses conséquences multiples. Le changement de norme sociale a trait à une vision de programmes plus intégrée, jumelée à une perspective plus globale de la santé. Le facteur acteur est plus spécifiquement défini en termes de crédibilité, de connaissance du palier local, de son ouverture, de son engagement plus que professionnel envers les activités et de sa capacité à influencer les autres. Au palier local, l'implication des groupes communautaires, la mobilisation et la solide base communautaires sont fondamentales. Une volonté politique réelle, des politiques scolaires et urbaines favorables, la reconnaissance par la santé publique des groupes locaux et l'engagement concret des CSSS sont les éléments relatifs au plan politique. Le financement de QEF est cité par la très grande majorité des TIR-SHV et la majorité des ONG, comme un élément ayant facilité l'action concertée. Leur financement, mais aussi l'expertise de QEF sont mentionnés. Les autres sources de financement sont également mentionnées. En lien avec le partenariat et les relations, voici les éléments cruciaux : un respect fondamental, des rencontres en personne, de l'aide mutuelle, la confiance dans les ONG, une communication authentique et amicale, des relations régionales locales de proximité, des tables intersectorielles régionales animées par une volonté participative et non coercitive, de la formation, du soutien continu, un comité de suivi ainsi que des évaluations participatives sont tous des éléments favorables à l'action concertée. Les types de partenariats à valoriser sont les coopérations avec les agences de la santé publique, les acteurs locaux, différents ministères et ressources désignées et les universités pour l'expertise de contenu et l'évaluation. Ils apprécient que la coordination et le « leadership » proviennent de la santé publique.

Concernant les caractéristiques spécifiques des activités, cinq éléments sont ressortis pour faciliter la concertation :

1. La responsivité des activités (IPSAP), la flexibilité et la capacité d'adaptation locale
2. La mise en œuvre de projets précis
3. La résolution de problèmes comme approche générale : des solutions à des problèmes!
4. Avoir un impact réel dans la collectivité
5. L'importance des fondements scientifiques pour rassembler

L'institutionnalisation demeure un facteur facilitant incontournable pour les acteurs. Le fait de pouvoir intégrer les IPSAP à différents objectifs, à différentes orientations ou aux plans d'action des divers paliers gouvernementaux est très aidant. Ensuite, la reconnaissance des meilleures pratiques et des efforts au développement d'environnements favorables en plus d'incitatifs divers constituent des spécificités des facteurs facilitants. Finalement, comme stratégies clés, l'exploitation des synergies potentielles de formations diverses, de soutien, d'éducation continue, l'expression des problèmes dans les comités intersectoriels, l'implication de tiers secteurs (privé ou non) pour la pérennité et finalement, la dernière stratégie renvoie au concept intergénérationnel, prometteur et intégrateur.

Les facteurs contraignants de l'action concertée



Figure 14. Facteurs contraignants de l'action concertée

Au nombre des facteurs contraignants, des précisions sont apportées : les incertitudes financières sont marquées par un système de financement par projets, un seul principal bailleur de fonds, un financement qui n'est pas lui-même intersectoriel ni ne finance le travail intersectoriel ainsi que les compressions. Les caractéristiques territoriales qui posent des défis comprennent un territoire très large incluant des environnements locaux très hétérogènes avec différents degrés d'implantation du PAG. De plus, d'une part, du point de vue politique, on dénote peu de politiques transversales. Aussi, on précise que les ambitions étaient significatives, mais que les moyens ne suivaient pas la vision. Viser une gratuité de l'offre des IPSAP pour les membres et les participants, pour favoriser l'adoption, semble légitime, mais peu réaliste, compte tenu du peu de moyens, de ressources et d'expertises disponibles. Le peu de campagnes visibles et percutantes semble limiter l'efficacité des actions concertées. On distingue la mobilisation effective sur le terrain de l'action concertée commune et de la cohésion dans les actions, l'une n'étant garante ni de l'une ni de l'autre. Une politique sur l'activité physique a été élaborée en 2013, mais les acteurs critiquent le manque d'actions concertées dans les faits. Au plan provincial, l'action intersectorielle rencontre aussi des défis importants. Les autres ministères ne se sentant pas interpellés d'emblée dans les orientations, et le secteur de la santé qui n'offrirait pas suffisamment d'appui aux autres ministères en ce sens pour faciliter une adhésion aux mesures transversales constituent des défis importants. Une vision commune de la conception de milieux de vie ne semble pas être partagée, une inertie du système à modifier les environnements des milieux de vie est présente. Bref, clairement la prévention et la promotion ne sont pas ressenties comme une priorité sur le plan des investissements politiques. « *Les milieux de la santé, scolaire et municipal, qui sont toujours en compression, laissent moins de marge de manœuvre pour aller travailler en promotion-prévention* ».

D'autre part, la main d'œuvre ne facilite pas la mobilisation, les acteurs remarquent un fort roulement, une approche coercitive à travailler d'une nouvelle façon, un changement de paradigme dans la pensée et le travail, un manque d'expertise qualifiée et de ressources, peu d'acteurs dans la phase de mise en œuvre, la surcharge de travail et la croissance de nouveaux

besoins. La question des partenariats publics-privés demeure mitigée, d'une part, ils offrent la possibilité de financement, d'autre part, relier la santé publique à l'industrie demeure questionnable : « *PHAC finance des projets en partenariat avec COKE qui est un lobby très puissant. COKE est aussi membre de la fédération des chambres de commerce du Québec* ».

On observe aussi une décroissance des occasions de financement de la part des entreprises. Concernant les cultures de la santé publique et celles des ONG, les acteurs observent une confrontation des cultures et la nécessité de s'ajuster énormément, de part et d'autre. « *...choc des cultures entre la santé publique et les organismes promoteurs* ». Ils remarquent également une position radicale de la part de la santé publique dans les questions nutritionnelles et un faible soutien politique du provincial dans l'implantation du PAG, ce qui aurait pu réduire les écarts de culture vécus. Quelques-uns citent aussi les différences salariales entre les deux milieux : « *OSBL – n'offrent pas des salaires aussi compétitifs* »; « *Difficulté à retenir le personnel* », ce qui peut engendrer des relations inégales de pouvoir, de par la position et la continuité dans les dossiers partagés. On note comme facteur contraignant dans le rôle citoyen, la transition du rôle de consommateur passif à acteur engagé.

Les éléments précis liés aux tables intersectorielles régionales concernent précisément le fait que l'action concertée engage des discussions, des échanges, mais requière des ressources et une vision commune de l'action sur les environnements favorables. Travailler ensemble exige du temps et la co-construction encore plus. « *On s'attendait que les décideurs autour de la table intersectorielle ouvriraient plus de portes, mais ils n'ont pas facilité le travail, le milieu municipal n'est pas facile à intégrer. Dès qu'on est en partenariat, c'est toujours plus long, chaque partenaire a sa vitesse et ses objectifs organisationnels, il faut constamment ajuster la vitesse à laquelle on va augmenter* »; « *Ça nous a pris 4 ans avec les partenaires pour arriver à une structure de mobilisation* ».

La communication est citée à quelques reprises comme élément contraignant et le fait que la santé publique puisse se fermer à certains partenaires du local. Seulement deux partenaires sont également impliqués dans les TIR-SHV, soit la santé publique et QEF. Finalement, la nature trop descendante demeure problématique pour certains.

Puis, la formation sur les environnements favorables du MSSS et de QEF entraîne des défis dans la sélection de personnel déjà difficile à recruter. La formation, bien qu'elle propose diverses modalités de formation (e.g. durée variable), n'est pas adaptable aux conditions locales et manque de structure.

Pour le facteur de l'intégration des paliers, les discours tendent à dénoncer la faiblesse des liens entre les trois paliers: « *L'absence d'accompagnement, du national dans le déploiement du PAG au niveau régional. Entre les mains des DSP, et ils ont regardé dans leur cour, et dans la majorité ils se sont tournées vers KINO-Québec, dans la grande majorité et y'a pas eu de soutien du national envers la santé publique ni envers les différents ministères... Il a donc fallu être inventif pour solutionner cela* ».

Les défis de la communication verticale, la cohésion et la clarification des rôles perdurent: « *Le fait qu'on était pas assez en lien avec les intervenants locaux, on est resté très régional, mais pas collé à la réalité locale. Les besoins auxquels on a répondu, on en est un peu distancé,... oui on a un projet et des cibles, mais juste quelques personnes connaissent le niveau régional. L'information ne s'est pas tant diffusée à un ensemble de partenaires dans la région* ».

L'influence de la santé publique, bien que notée par certains favorablement, n'est pas uniformément perçue par les acteurs. Le pouvoir de la santé publique ne semble pas faire l'unanimité au sein de certaines tables. Une méfiance est présente : « *Le fait que notre tir était associée à la santé publique, c'est ici que c'est leadé, ça été associé fortement, ce qui n'est pas nécessairement positif, ça été contraignant* » ; « *plus grande embuche est le manque d'appui de la santé publique* ».

Ils sentent que la santé publique et le MSSS ne reconnaissent pas et ne soutiennent pas également les acteurs du milieu communautaire: « *tout ce qui est fait n'est pas reconnu, on devrait travailler ensemble* ».

Certains acteurs se sont vus spécifiquement limités dans leurs rôles et leurs fonctions en raison de l'organisation actuelle du financement et de la part importante du marché des SHV reprise par une sorte d'empire monopolistique qu'est devenue QEF : « *Le financement via Québec en forme est aussi comme une contrainte : «comment ça se fait que c'est Québec en forme qui dicte?»; « On a eu du mal à resituer le créneau »; « moi, ce que j'ai connu, en toute réserve, le comité de lutte à l'obésité au provincial et la grande lutte, de Chagnon, qui a lancé, moi cela me questionne sur la façon dont cela s'est fait. Je ne suis pas convaincue de la façon de refaire le monde, quand y'a déjà des choses qui se font. Et la reddition de compte de Québec en forme, les statistiques sont exigeantes »; « C'est comme si le travail de base n'est pas reconnu ». « On avait interprété l'entente de partenariat, comme une sorte d'égalité, mais ce n'est pas du tout qui s'est passé dans notre cas. On devait répondre aux exigences, très dur, très dur et bouleversant ».*

Les défis du palier local se situent surtout sur le plan de la méconnaissance du PAG et découle de la difficulté d'entraîner des résultats en l'absence de cibles : « *L'échec du plan était l'incapacité des acteurs à s'engager dans les cibles. Autant plus difficile parce que la DSP a investi beaucoup, plus dur d'admettre que ton objet vient de fondre comme un petit bloc de glace dans le creux de ta main. Est-ce que c'était trop gros?* ».

Aussi, les milieux municipaux et scolaires se présentent parfois comme des milieux difficiles à percer et à mobiliser envers les SHV. La volonté et l'implication politique des paliers supérieurs d'autres ministères seraient cependant stratégiques pour la mobilisation. « *... convaincre les élus, etc., d'amener des changements dans les environnements, mais là, on n'est plus seul à parler de ça. Le MAMROT a le même langage »; « Réseautage - tout s'est construit avec le monde de la santé, mais avec les écoles, cela a été plus difficile, car il fallait modifier les façons de faire »; « Y' avait pas un aussi grand support des membres, comme le ministère, de l'Éducation. Multitude de projets et peu de ressources disponibles »; « Au début, c'était la fille de la DSP qui en parlait, mais maintenant que d'autres hors de la santé en parlent aussi, cela facilite les choses »; « Autre écueil: le monde scolaire. Il est difficile d'avoir une alliance globale avec le Ministère de l'Éducation; une difficulté à les rendre partenaires perdure ».*

Le décloisonnement et la transversalité à tous les paliers sont soutenus comme solutions aux contraintes. Une attention cependant doit être apportée à créer des modèles d'organisation qui reflètent fidèlement ou permettent l'inclusion des spécificités locales : « *La solution - décloisonnement oui, mais pas des modèles qui ne sont pas à l'image sur le terrain... (pas de modèle prescrit). À trop tisser large on finit par en échapper...* »; « *la question des politiques transversales, plutôt qu'en silo...* ».

Comme le comité régional n'a pas un pouvoir décisionnel, cela comporte des désavantages. De plus, la bureaucratie limite parfois la portée d'avenues potentiellement prometteuses pour soutenir la transformation des environnements au niveau local : « *Alors pour éviter un ralentissement des procédures, nous tentons d'inclure des gens ayant un certain pouvoir dans le comité. Dans les grandes villes, il y a des gros départements et cela ralentit un peu la démarche* ».

Une crainte traverse le discours de certains acteurs communautaires en lien avec un déversement de la santé publique vers le communautaire. Spécifiquement, en lien avec le soutien communautaire offert par certains ONG provinciaux avec services locaux : « *On était victime de dumping... puis après, ils nous disent débrouillez-vous... ils ne sont plus là après* ».

Les défis de gestion touchent surtout l'absence de directives claires, de balises de reddition de comptes et l'absence de permanence au sein des membres : « *... des directions régionales très peu informées et outillées (c'est que c'est effectivement un plan d'action gouvernemental très top down). Puis ça, c'est un exemple. Mais l'ensemble des directeurs régionaux ici n'ont pas d'information, ils n'ont pas de commande, ils n'ont pas de moyens pour actualiser ce plan-là. Il manque d'outils puis de reconnaissance du palier régional* »; « *Difficile par la rotation des partenaires. Complexification, qui double notre job, si la CRÉ déplace ses ressources vers d'autres dossiers, il y a instabilité des ressources professionnelles régionales. Cela nuit à la performance* ».

Aussi, une somme importante d'informations est à mettre en commun pour arriver à faire un tout cohérent, indivisible et représentatif du local. Enfin, comme les acteurs qui siègent à la table intersectorielle sont distincts des acteurs terrain qui mettent en œuvre les plans d'action quand il y en a un, il y a des motivations variables : « *Un membre de la direction peut avoir énormément d'intérêt et amener ce vent de changement là, mais plus bas dans l'échelle l'enseignant ou le technicien en loisir se voit obligé d'agir et ce genre de corvée est vu comme un travail supplémentaire* »; « *marge décisionnelle à géométrie variable: la DSP avait de la marge aussi. La ville par exemple, elle, ne pouvait pas représenter les autres villes et les arrondissements* ».

Les conditions de succès des actions concertées liées aux IPSAP

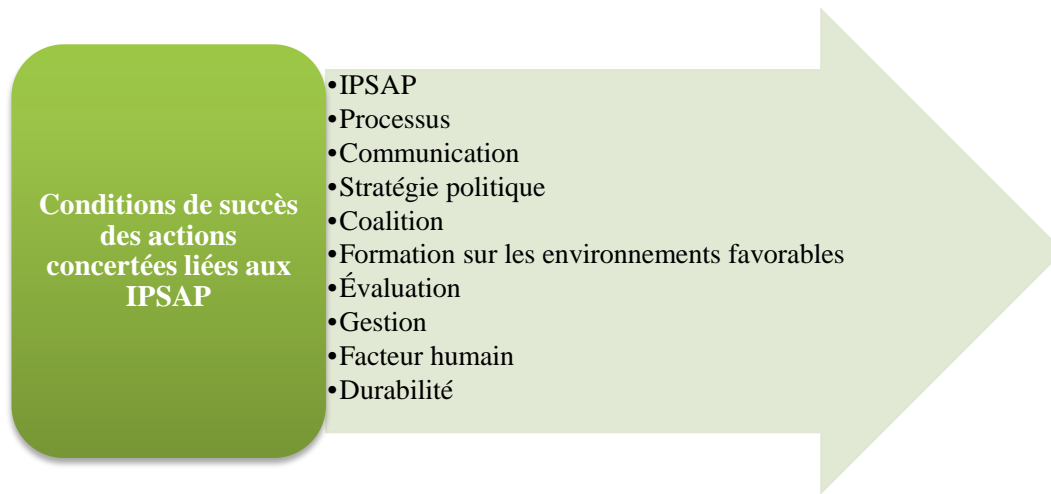


Figure 15. Conditions de succès des actions concertées liées aux IPSAP

Les caractéristiques des IPSAP qui semblent garantes de succès des actions concertées comprennent : un historique de collaboration antérieure, des fondements théoriques et scientifiques, développer et appuyer une vision commune ainsi qu'une cohérence des messages, la capacité à répondre à un besoin, la priorité à l'approche ascendante « *s'entendre sur les priorités régionales à partir du local* », le leadership au local et le renforcement des capacités. Les principes de développement communautaire et rejoindre la cellule familiale sont aussi importants dans le déploiement. Des activités multiples, soutenir le développement d'agents multiplicateurs et tester des études pilotes sont stratégiques avant d'engager de plus larges ressources humaines et financières.

En ce qui a trait aux processus, les acteurs soulignent que l'alignement au PAG a permis stratégiquement des occasions de financement et des alliances avec l'industrie : « *Le fait de s'arrimer à des plans d'action gouvernementaux nous assure, d'une part, d'avoir des bons liens avec les ministères puis, d'avoir quelqu'un qui peut nous identifier des fois des portes ou nous aider à faire certains liens comme avec l'industrie ou d'autres organisations puis ça nous assure d'être capable d'aller chercher le financement pour mener les actions* ».

Fonder les décisions sur des valeurs reconnues semble gagnant : « *si on explique les raisons pour lesquelles on prend cette décision et les baser sur nos valeurs... mais regarder les valeurs qui sous-tendent... Par exemple, l'équité -- pour que tout le monde ait accès, on utilise la question de l'équité... et alors, l'adhésion des personnes est plus intéressante* ». Le soutien à la participation citoyenne pour la santé, l'utilisation de vocabulaire adapté (contexte, groupes d'âge) et la possibilité de mentorat sont mentionnés. L'aspect des partenariats comprend plusieurs éléments dont l'importance du choix des partenaires en fonction de certaines compétences recherchées, l'importance du pouvoir égal et partagé et finalement, le consensus : « *Quand les décisions proviennent de l'interne, du groupe, l'adhésion aux décisions est plus forte, et moins de remises en question* »; « *C'est la capacité à prendre des décisions ensemble. Apprendre à avoir cette responsabilité, pouvoir d'agir égal, la capacité de prendre un risque, d'arriver à des consensus* ».

D'une part, le plaisir à travailler ensemble et la capacité à tisser des liens de confiance sont des éléments importants. D'autre part, les priorités ciblées doivent être assignées à des individus dont la responsabilité et le pouvoir associés leur incombent. C'est pourquoi le « *leadership d'un acteur local, oui, mais qui doit être relativement à un poste de décision* »; « *... on a donc identifié qui allait porter chacun des dossiers... ça avance... ce qu'on souhaite c'est que ce soit des gens du niveau local ayant des responsabilités pour assurer la pérennité* ».

Enfin, le facteur processus comprend aussi la capacité de s'ajuster rapidement à des conditions locales. Par exemple, la réalité de Laval est intéressante de par la proximité exprimée du régional avec le local, qui « *permet une mobilisation et de s'ajuster rapidement aux enjeux, par exemple locaux* ». Par ailleurs, les acteurs doivent s'engager aussi dans un processus de veille aux occasions de financement. Dans certains cas, « *si les villes savent saisir les opportunités qui existent, elles peuvent effectivement aller chercher un financement pour une partie du travail qu'elles pourraient faire avec nous* ». Cependant, la création des consortiums qui a permis et facilité un partage de financement accessible a aussi entraîné des pertes de temps qui ne peuvent être négligées, d'où une difficulté d'arrimage des objectifs de chacun et de convergence des missions. Des offres simultanées sont apparemment devenues difficiles à mettre en œuvre sur le terrain. Enfin, le changement de paradigme d'actions posées sur des comportements vers des environnements est perçu positivement et la connexité entre les réseaux, une condition de succès des processus.

L'évaluation, comme condition de succès du plan d'action des IPSAP, comprend un premier élément méthodologique soit le développement d'outils adaptés et la valorisation de l'évaluation participative. À tout le moins, avoir des outils de suivi des actions est fondamental : « *On a développé un cadre et une logique- pour assurer la meilleure qualité, et on a développé des outils d'évaluation* »; « *avoir des outils de suivi des actions partagées* ».

La durabilité, elle, serait tributaire des acteurs locaux responsables de la mise en œuvre : « *On a donc identifié qui allait porter chacun des dossiers... ça avance...ce qu'on souhaite c'est que ce soit des gens du niveau local ayant des responsabilités, pour assurer la pérennité* ». Planifier la durabilité dès la conception d'une activité et faire de la pérennité un enjeu collectif des réseaux peuvent largement améliorer les chances de pérennité des IPSAP. Le facteur humain, quant à lui, se décline en sept éléments significatifs. Le premier comprend la notoriété, la crédibilité et le pouvoir d'influence. La mobilisation autour d'acteurs experts reconnus et avec des pouvoirs décisionnels est un facteur de succès important des IPSAP. Ensuite, positionner les acteurs des TIR-SHV comme des filtres intermédiaires entre le provincial et le local permet de mieux prioriser les objectifs. Puis, attirer et maintenir des acteurs et des gestionnaires hautement motivés est fondamental. De plus, on recommande d'augmenter le niveau d'engagement des acteurs, d'évaluer le degré d'ouverture de chaque groupe d'acteurs, de maintenir un niveau de collaboration étroite avec QEF et de soutenir la détermination : « *Le manque d'engagement des partenaires au moment de faire des cibles directes* »; « *La détermination des promoteurs ou la détermination des dirigeants et des partenaires* ».

Au plan de la gestion, le fait de dédier une ressource de coordination pour assurer une communication continue entre l'ensemble des acteurs est fondamentale. La gestion des relations humaines doit comprendre un accompagnement des groupes, un effet d'entraînement de la motivation et la création de liens de confiance : « *On ne les a pas laissé tomber; toujours amené* ».

de façon positive, dépassement pour qu'ils présentent des choses. Je les ai amenés à travailler. Il y a un accompagnement et une motivation, ce n'est pas coercitif»; « Tisser le lien de confiance ».

Soutenir et encadrer le développement de plans d'action et assurer les suivis des actions sont cités comme des éléments importants de gestion : *« Des outils de suivi des actions partagées et d'avoir un administrateur ou président de table qui est très à cheval à respecter le plan de travail est fondamental. La discipline de la table et la qualité des acteurs qui font les suivis des actions sont importants ».*

Dans la sphère de la communication, *« s'entendre sur le message - ce que sont les SHV » et « comment le monde se démêle »* est recommandé. Demander les avis de chacun demeure un défi, *« mais quand on réussit, ça donne beaucoup de résultats »*. Partager les bons coups est une bonne stratégie ainsi que les histoires à succès. Enfin, la capacité de vulgarisation permet de mieux se comprendre et de tisser des liens entre divers acteurs : *« La capacité à vulgariser et à se connecter avec des acteurs de tous les horizons, communiquer avec les citoyens, les groupes communautaires, l'université, la santé publique sont importants »*. Sur le plan des stratégies politiques, le défi se trouve dans la capacité à identifier un projet *« qui rejoint, qui soit général pour rejoindre différents partenaires, mais qui à l'intérieur, a des spécificités qui rejoignent les gens dans leurs préoccupations quotidiennes »*. L'autre stratégie est dans l'attribution de budgets récurrents aux organismes communautaires : *« il faut bonifier les budgets des ONG pour assurer une bonne gestion et un soutien communautaire »*.

Avant-dernier facteur de succès des actions concertées des IPSAP, les actions de la Coalition québécoise sur la problématique du poids (CQPP) qui ont été posées à tous les paliers gouvernementaux ont permis de conscientiser un ensemble d'élus, bien que cette stratégie ne fasse pas l'unanimité, surtout au plan local. De plus, la forte visibilité dans les médias de la CQPP contribue au changement de normes. La question de la CQPP est aussi traitée dans une section suivante avec plus de détails *« On a su créer des relations avec l'ensemble des acteurs politiques et c'est ce qui nous est reproché. On est trop bien perçu, c'est cela qui nous est reproché... »*.

Un dernier point, mais non le moindre, la formation à la sensibilisation sur les environnements favorables du MSSS et QEF a permis de rehausser largement le degré de sensibilisation des acteurs. Les acteurs recommandent d'adapter le contenu de cette formation aux environnements et aux contextes locaux. D'ailleurs, le succès de la stratégie de sensibilisation dépend beaucoup du choix de la formatrice; la personne doit avoir une bonne connaissance du problème, des acteurs, des dynamiques en place, elle doit être en mesure et capable d'établir des contacts rapidement et d'identifier les ressources locales.

En d'autres mots, les conditions de succès des actions concertées comprennent l'art de ne pas diriger, mais d'élever l'esprit et la synergie du groupe, de remettre l'expertise reconnue dans les mains des acteurs locaux qui insufflent la vie dans les projets, de valoriser l'approche ascendante, de soutenir la primauté du facteur humain, de savoir saisir les occasions qui se présentent, de s'engager et rester en contact et de maintenir le soutien aux environnements favorables plutôt qu'aux approches comportementales.

La formule gagnante : priorité à la prévention par des changements opérationnels de pratiques intersectorielles

La méthodologie de recherche sélectionnée s'intéresse spécifiquement aux processus essentiels, i.e. qui sont transférables et qui sous-tendent les mécanismes à la base des IPSAP et du succès des activités. Nous avons investigué quels étaient les éléments liés à la formule gagnante des acteurs et les discours laissent émerger quelques pistes fort pertinentes. Du discours des 32 acteurs, il en ressort quatre conditions préalables.



Figure 16. Quatre conditions préalables à la formule gagnante

La formule gagnante comprend la pensée en mode « solutions », des instances régionales engagées et stratégiques pour la vision et la compréhension plus globale qu'elles nourrissent, un leadership fort d'un acteur local, des expertises spécialisées sur des enjeux spécifiques, l'ajustement, la modulation et la capacité à évoluer des outils issus des IPSAP, et l'encouragement des acteurs à s'engager dans des projets pilotes qui entraînent des succès qui nourriront de plus grands succès à plus longue échéance. D'importants efforts de mobilisation d'acteurs à tous les paliers et de citoyens sont nécessaires, en plus de mobiliser non seulement vers des états de situation, mais d'engager rapidement les efforts vers des projets concrets, avec des retombées concrètes. Cette mobilisation peut mener au sentiment d'appartenance, à la création d'un réseau, d'une solidarité renouvelée. La capacité à engager la discussion intersectorielle, à saisir les enjeux de chacun et savoir illuminer la valeur ajoutée du processus pour chacun, stimuler les consensus et à soutenir les décisions de groupe, la communication et le respect font partie des facteurs humains clés de tous les paliers intersectoriels. La municipalité se pose comme la plateforme centrale stratégique de la prévention québécoise où se côtoie l'ensemble des acteurs concernés par les environnements qui peuvent ou non devenir favorables à la saine alimentation et au mode de vie physiquement actif et où s'enchevêtrent les milieux et les parcours de vie. Formaliser les liens entre la santé publique et les municipalités pour un partage d'expertises et comme levier stratégique s'inscrit comme un retour aux sources de la santé publique, mais avec un changement de paradigme significatif où les leviers sont mobilisés collectivement pour des enjeux communs à la qualité de vie des citoyens. Cette nouvelle vision inclut que la santé publique devienne un expert parmi les autres, qu'elle coordonne les efforts concertés, qu'elle apporte une expertise et valorise une approche collégiale.

- « Partir des besoins du milieu, être à l'écoute de ces besoins-là, être en adaptation, pas dans la rigidité, mais la capacité à se moduler et évoluer avec le temps... ».
- « S'il n'y a pas un signal fort, ils ne prendront pas de grandes initiatives, renforcer ce signal-là. Le défaut du PAG, c'est que ce sont les instances du national qui ont signé, pas les instances régionales. On a signé ça, faut que vous donniez suite ».
- « Si le MELS avait reçu la commande d'en haut, ça nous aiderait, il n'y a pas eu de signal qui vient comme ça ».
- « Souplesse et adaptabilité de ce qu'on fait, être en mode solution ».
- « Porte-parole qui incarne les valeurs, un motivateur incroyable, un champion unique ».
- « Le soutien des tables intersectorielles, les compétences des gens autour de la table, motiver, elles connaissaient le milieu ».
- « Comment organiser des rencontres qui peuvent intéresser chacun autour de la table ? Défi. Le plan d'action était une bonne raison, mais après coup on est tombé ».
- « À l'écoute, des membres, fonctionnement très démocratique, on consulte beaucoup, parfois je me disais faudrait aller plus vite. C'est une force ».
- « C'est l'implication du citoyen... on suscite l'implication du citoyen ».
- « Un accompagnateur clé, un leader influent ».
- « Créer un sentiment d'appartenance, un réseau, une solidarité ».

Les constats liés à la formule gagnante

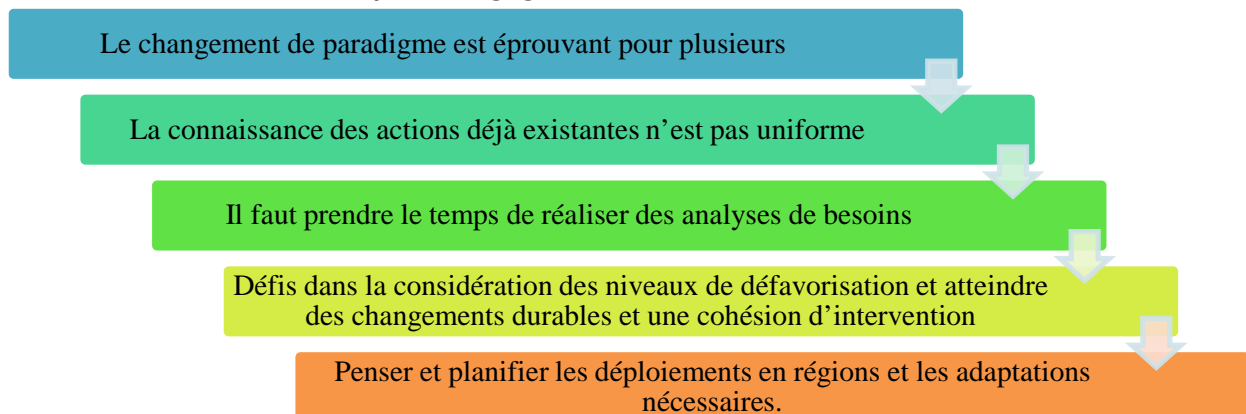


Figure 17. Constats liés à la formule gagnante

La formule gagnante

La Figure 18 présente la formule gagnante de l'expérience québécoise en matière de prévention des problèmes reliés au poids.

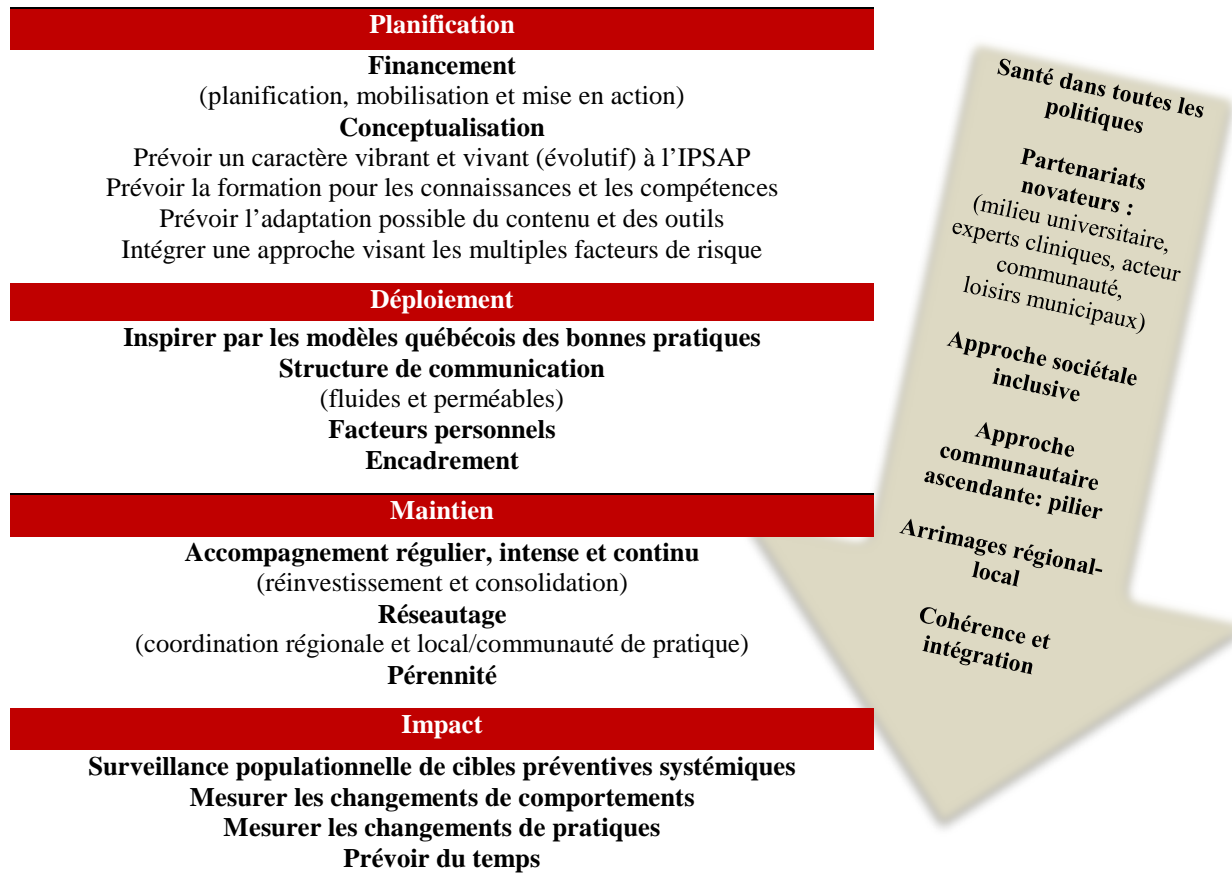


Figure 18. La formule gagnante

Il faut penser à la pérennité et à la crédibilité dans le déploiement, par exemple : des projets de la santé publique, mais réalisés par le milieu communautaire: « *c'était à la santé publique de faire ça. Ça fait partie du problème* ». Il faut revoir le préjugé comme quoi le secteur public est incompetent et entraîne une lenteur technocratique: « *le privé est plus embourbé au plan technocratique, sur le plan des paliers et des structures décisionnelles* ». Il est important de soutenir la santé publique dans les offres de formation : « *Les projets de formation ont été donnés, on a perçu et senti comme si les acteurs du secteur public étaient incompetents* ». Enfin, il faut soutenir financièrement non seulement la planification et la mobilisation, mais la mise en action : « *Bien oui, le fait que ce soit un document qui peut être tabletté, et que finalement ce ne soit pas mis en œuvre* ». Les acteurs doivent entretenir le caractère vibrant et vivant des IPSAP en alimentant les connaissances et les compétences des divers acteurs. Le fait de soutenir la possibilité d'adaptation, essentielle aux régions et aux différents groupes cibles comme les autochtones, est aussi un élément gagnant. Inclure une vision intégrée et globale des SHV, incluant les autres facteurs de risque et déterminants sociaux serait aussi plus stratégique : « *comprend nutrition et activité physique;... exploiter le déficit de la nature et les bénéfices de la nature; faire de l'activité physique dehors. Déploiement ailleurs au Québec et comment adapter*

notre offre aux aînés et maladies chroniques ». D'autres éléments gagnants identifiés sont de stimuler la motivation dans les difficultés (relationnelles et organisationnelles), de faciliter et soutenir un bon choix des acteurs et partenaires autour de la table : *« dire aux gens qu'ils ne sont pas là pour les bonnes raisons: quittez ou faites autre chose »*, de même qu'améliorer les ressources humaines par la formation continue. Ils sont nombreux à suggérer d'identifier et de promouvoir le rôle du leader local :

« T'as un leader autour de la table, compétence, expérience, reconnaissance de la majorité. Il est capable de nous faire avancer sur des stratégies au lieu qu'on réfléchisse ».

« On peut sauver plusieurs mois en utilisant l'expérience de quelqu'un. Plus vite on augmente l'expertise du groupe, moins on passe de temps à réfléchir. Avec un leader charismatique, on sauve énormément de temps, on augmente le nombre d'acteurs mobilisés ».

« ...dans une concertation, on a beau lancer des idées, on va perdre la moitié du monde si c'est trop long. On a besoin d'objectifs plus courts et de bons leaders, ceux qui connaissent moins le contenu s'accotent à lui et y vont. Cela sauve le temps et le monde est plus mobilisé ».

Une stratégie gagnante est d'assurer la mise en place de structures qui permettent une fluidité et une perméabilité du discours entre les différents paliers : *« qui n'est pas toujours évident, dans les différents réseaux ciblés, le discours ne descend pas, nous on arrive, avec les formations, on est souvent les gens qui arrivent et qui leur apprennent, qu'ils doivent être formés, l'information percole pas »*. Les acteurs suggèrent également de penser à utiliser les technologies pour soutenir l'encadrement initial, de même que créer des plateformes pour rendre tous les outils disponibles pour une diversité d'acteurs. Certains conseillent d'améliorer la visibilité, ainsi que d'utiliser des exemples inspirants et des témoignages de leaders locaux. Anticiper des activités de réinvestissement et de consolidation qui s'intègrent aux activités régulières, et développer des formules d'accompagnement régulières, intenses et inclusives de formations continues constituent d'autres éléments de la formule gagnante : *« C'est sûr que le processus est fait pour que les gens mettent des actions réalistes dans le plan d'action pour leur financement. Car en fait, ils n'ont pas d'argent pour la mise en œuvre. C'est pour cela que le formateur est là pour les guider et regarder les coûts. Il serait intéressant de donner un accompagnement au niveau de la mise en œuvre des actions après. Nous accompagnons au début, mais après cela, ils sont laissés »*.

En ce qui a trait au réseautage, il faut identifier une meilleure concertation des tables, car pour le moment, la structure ne semble pas optimale pour favoriser le réseautage des tables elles-mêmes. Point de vue financement, il faut du financement pour les regroupements régionaux, en plus de financer une coordination, un soutien permanent fondamental. Enfin, renforcer le soutien du national est stratégique pour bâtir, et soutenir les concertations régionales est aussi un facteur gagnant : *« si on analyse le PAG, les rapports, ce n'est pas jojo au palier régional et au palier local »*. Finalement, quelques acteurs suggèrent de mettre en place des communautés de pratiques.

L'intersectorialité, comme facteur clé, les acteurs renforcent la nécessité de passer le message plus clairement et que les SHV ne sont pas l'affaire de la santé publique strictement : « *que ça soit partagé, souvent les saines habitudes de vie, c'est dévolu au réseau de la santé et QEF et les autres, c'est plus loin d'eux. Faut que cela soit vu comme un projet de l'ensemble et non pas du réseau de la santé* ». Ils conseillent également de nouer des partenariats novateurs, de développer encore plus de partenariats avec le monde de la recherche, d'aller rejoindre le milieu des loisirs, de même que rejoindre les communautés par l'identification d'un intérêt commun et global, au-delà des enjeux individuels de chaque organisation lorsque chaque organisation a ses propres enjeux. De plus, sachant que la mobilisation régionale se passe au niveau populationnel, mais encore plus au niveau local, il faut jongler avec les différentes cibles de communication : « *exemple : un organisme communautaire qui est réticent aux changements, sur une table régionale pour enjeux régionaux, on n'est pas au même niveau de communication, il faut y aller populationnel. Différents acteurs de différents niveaux, il faut simplifier. Bien choisir son monde autour de la table. Avoir la force ou des « guts », travailler fort en mobilisation* ». Considérant la rareté des ressources en nutrition, mais la nécessité de les inclure en saine alimentation, il faut trouver un moyen d'avoir accès aux expertises sur le territoire québécois. Puis, il faut réaliser plus d'activités de concertation, tout en clarifiant les mandats en fonction de la complémentarité et en augmentant la mobilisation des organismes et leur engagement. Enfin, ces derniers doivent travailler comment être plus en cohésion avec la réalité du terrain et des autres déterminants globalement : « *nous on se préoccupe de la cohésion... concrètement* ».

Il faut être en mesure d'accompagner les acteurs suffisamment longtemps pour observer un changement. Il est aussi important de soutenir une diffusion plus large qui permette la mesure et l'évaluation, et par le fait même, de prévoir les évaluations des IPSAP : « *ça prend plus de temps que les subventions de 3 ans, pour les impacts on n'a pas d'équipes de soutien à l'évaluation* ». Également, porter attention au soutien d'IPSAP en continu, car « *on ne veut pas juste le faire une fois - cela n'a pas d'impact* ». Aussi, le soutien par l'investissement en ressources humaines pour améliorer la contribution et l'évaluation des impacts de cette contribution, de même que favoriser l'accès à des outils sont des éléments recherchés.

De nombreuses considérations politiques sont évoquées par les répondants. D'abord, avoir une vision inclusive de consultations : « *Pour la politique de prévention : variabilité des acteurs consultés* » et encourager les décideurs des agences, des CSSS et des municipalités, à être vraiment à l'écoute des besoins : « *ils ne sont pas vraiment à l'écoute des problèmes sur le terrain, ils sont à des années-lumière...* ». Puis, au niveau des politiques pangouvernementales, il faut s'assurer que tous les paliers sont porteurs de l'intérêt commun et non seulement que la santé publique force ces rapports : « *Avoir un meilleur signal du national. Cela repose sur la concertation, à certains égards, si les autres ministères recevaient un signal plus fort, cela serait plus facile* ». Ainsi, l'appui de la santé publique envers les approches ascendantes est essentiel et leur arrimage en complémentarité, de même que travailler sur la cohésion et la complémentarité entre le régional et le local. En fait, il faut ouvrir la vision des plans gouvernementaux pour rejoindre tous les acteurs de la société : « *on était juste les directions régionales des ministères qui étaient ciblées par le PAG, on avait rajouté la CRÉ et QEF pour répartir les responsabilités, on est allé chercher des partenaires supplémentaires* »; « *On est allé chercher des gens supplémentaires autour de la table. On voulait augmenter la visibilité. On voulait l'expertise des autres groupes..., des idées et des préoccupations des autres groupes qu'on ne connaissait pas* ».

Ne pas limiter l'allocation de ressources additionnelles à des organismes communautaires serait important et ce fut reconnu comme une faiblesse du PAG.

« Mtl avait opté pour travailler sur les environnements, qui a en main cette responsabilité, ce sont les instances publiques (école, ville, etc.), pas les organismes communautaires. On a alloué des ressources aux acteurs qui ont le moins de pouvoir et qui ne sont pas capables d'influer sur ces choses-là ».

« Certains ont le mandat public de faire ces tâches-là et n'ont pas le financement, c'est un problème de fond du PAG. Ce problème, qui a affaibli la mise en œuvre, c'est que les acteurs publics n'avaient pas d'argent pour travailler ».

« On donne les ressources aux acteurs qui ont le moins de pouvoir sur le système. Pour améliorer la cours-école, il faut donner l'argent à l'école, pas à un organisme communautaire ».

Enfin, faire des changements exige des ressources nouvelles et des ressources financières de transition. Certains cherchent la reconnaissance, puis le soutien de l'État. Cependant, des répondants se plaignent que le secteur public est trop lourd et technocrate. Pour d'autres, le déploiement idéal se décline du palier supérieur. Pour soutenir le développement de ressources humaines compétentes en cohérence avec la vision, il faut penser à intégrer les programmes de formations des divers ordres professionnels et s'assurer d'adapter les formations continues aux acteurs de diverses cultures professionnelles, sectorielles et locales.

Quelques enjeux de pérennité sont ressortis : identifier, remplacer et assurer le financement, diffuser à plus grande échelle les IPSAP, soutenir et rehausser le financement, spécifiquement pour le milieu communautaire et prévoir une intégration aux activités régulières des acteurs constituent des pistes sérieuses pour planifier la pérennité.

La Coalition québécoise sur la problématique du poids

On demandait aux acteurs quelles étaient les responsabilités d'une coalition québécoise sur la problématique du poids. Quatorze fonctions inter reliées ont été identifiées, ainsi que les forces et les améliorations à poser par cette coalition.

Les fonctions de la CQPP

Voyons d'abord comment se positionne la CQPP elle-même (noter que depuis les entrevues, une nouvelle direction est entrée en fonction à la CQPP) : *« La coalition devrait assurer une cohérence des messages parmi un groupe d'acteurs de la société civile, avoir une force de frappe et proposer des avenues au gouvernement, qui sont des solutions gagnantes. Nous, on joue ce rôle-là.... Concerter pour faire les prises de position, faire rayonner les choses existantes qui peuvent contribuer à la prévention et l'acceptation sociale, les mesures proposées ».*

Tableau 5 : Les 14 fonctions perçues de la Coalition québécoise sur la problématique du poids

Rôles	Extraits des entrevues
Rôle de plaidoyer-lobbying politique	<p>« La coalition, un de ses moyens d'action est le plaidoyer médiatique, l'action publique. Elle joue un rôle sur l'opinion publique et d'éveilleur du point de vue législatif, pas de gains encore, mais au niveau local... ».</p> <p>« Une implication gouvernementale, c'est sûr ».</p> <p>« La coalition, ils ont comme une expertise politique de faire ce type d'action là, politique, donc que ce soit plus eux qui aillent au front... ».</p> <p>« Lobby d'influence politique, interpeller les décideurs politiques au niveau provincial et des fois au niveau municipal. Rôle politique à jouer plus difficile par les instances gouvernementales ».</p> <p>« Au niveau national, la coalition fait des revendications. Nous, on ne peut pas faire ça. On a chacun nos rôles en terme d'agents attachés au système de santé, pas le droit de parole sur les politiques ».</p> <p>« Droit de parole que le ministère n'a pas le droit. Il est reconnu que les coalitions sont extraordinaires dans la défense ou la veille avec l'industrie ou différents partenaires ».</p>
Palier national : sans contredit / palier municipal : intervention mitigée	« Aussi la coalition n'aura pas d'incidence sur le régional ni le local »
Rôle de sensibilisation et d'information auprès de la population	« Un rôle d'information auprès de la population ».
Rôle de conscientisation	« Animer une bonne réflexion sur le droit à l'alimentation et la lutte à l'obésité ».
Rôle de mobilisation	« Mobiliser les différents groupes et orienter leurs actions, influencer... ».
Rôle de réseautage et de partage d'expertise	« le réseautage de ceux qui pensent comme eux, mettre en lien ceux qui partagent les mêmes objectifs ».
Rôle médiatique	<p>« Sortir dans les médias - intervenir dans l'actualité ».</p> <p>« Toujours une grande présence médiatique. Faut commencer à saisir les occasions, être présent, réagir, faire en sorte que ça soit normal d'entendre parler de ça dans le journal de Mtl et dans la presse ».</p>
Rôle de chien de garde, de dénonciateur	« Un qui dort et qui jappe... c'est la job de la coalition ».
Partenariat avec bénéfiques mutuels	«Je pense aussi que nous, on influence un petit peu leurs activités, on cherche à se contaminer mutuellement, je crois ».
Rôle de facilitateur des actions des TIR	<p>« Être en mode solution - facilitateur de nos actions, rôle de mobilisation de son réseau, mobilisation internet, rôle d'expertise. Partage de connaissances, tant sur l'enjeu que les meilleures pratiques ».</p> <p>« Ce qui serait intéressant, c'est qu'elle joue des rôles que nous, comme acteur de la santé, c'est difficile d'aller jouer, d'aller sur la place publique, de dénoncer des choses de façon plus forte, faire des représentations vigoureuses, ça fait des stratégies qui finissent par faire changer les choses ».</p> <p>« Ici tout descend comme une Agence, petite distance, mais on ne peut pas se permettre de critiquer le gouvernement. La coalition a la distance, qui peut leur permettre ».</p>
Rôle de levier de	« Le rôle principal c'est de, c'est d'augmenter le niveau de priorité puis le niveau de

Rôles	Extraits des entrevues
changement	<i>conscientisation sur ces enjeux-là.. ».</i> « <i>Les taxes sur les boissons - cheval de bataille excellent</i> ». « <i>enjeux nationaux</i> »; « <i>environnement obésogène</i> »; « <i>les éléments de communication pour contrebalancer l'industrie</i> »; « <i>urbanisme</i> »; « <i>industrie agroalimentaire</i> ». « <i>surveillance, faire allumer par des articles, faire réagir la population par rapport à des situations particulières</i> ».
Rôle de producteurs d'informations ministérielles et publiques	« <i>Ils vont aussi écrire des mesures qu'ils font endosser, des chartes, des mémoires et après.. Ils ont plein pouvoir... ils ont une force d'impact, une fois les grandes mesures endossées</i> ».
Rôle d'aviseur	« <i>À l'image du tabac, un rôle d'aviseur au niveau du gouvernement</i> ».
Être à l'écoute des organismes de terrain qui sont plus collés sur la réalité	

Les forces de la CQPP

Les acteurs reconnaissent à la CQPP son haut niveau d'activités et sa capacité de représentations politiques : « *Elle est très active et au nom des partenaires, elle est très à l'affût de tout ce qui se passe* ». La CQPP joue bien son rôle : « *très disponible, elle peut nous appuyer* »; « *Elle est beaucoup dans l'action politique, elle prépare un peu le terrain à ce que nous on peut faire comme action pour aller plus loin* ». D'autres soutiennent qu'« *avec les moyens qu'elle a, elle le fait correctement, c'est un petit groupe qui réagit sur des événements* ». La grande majorité considère leur rôle politique local comme très aidant : « *Depuis quelques mois, on fait une approche de la ville de Québec avec qui on n'avait pas de lien et, entre autres, la coalition poids a permis d'avoir des entrées avec les politiciens de la ville* ». Elle a réussi « *à implanter ou faire changer le cap à certaines municipalités, à dénoncer l'épidémie d'obésité et tout ça* »; « *Beaucoup de promotions, de bons coups, beaucoup de promotions de quels peuvent être les rôles d'une municipalité dans les SHV* ». La CQPP fait beaucoup de publicités sur des actions que des municipalités peuvent entreprendre. L'intervention municipale ne fait cependant pas l'unanimité : « *la coalition poids c'est une grosse organisation de lobby puis qui, à mon avis, est extrêmement intéressante pour son action sur le... les paliers supérieurs de gouvernement* »; Le rôle régional est perçu positivement : « *soutien aux régions par de l'information comme ils le font. Fournir des outils, des recherches pointues ce que les régions n'ont pas le temps de faire* ». Entre autres, susciter des changements législatifs, ouvrir des portes, consulter, prioriser à partir des regroupements et faire connaître les actions québécoises aux membres sont des forces reconnues.

Les améliorations à poser par la CQPP

Tableau 6 : Certaines lacunes de la CQPP remarquées par des acteurs

Lacunes	Extraits des entrevues
Coalition méconnue de certains acteurs publics et communautaires	« Présentement ce ne sont pas les coalitions, mais des groupes qui ont joué sur le poids, comme groupe Équilibre, je pense, qui sont en avance sur le réseau de la santé, recherche scientifique pour proposer des actions et faire des programmes et proposent de les déployer sur les territoires. Acti-menu, produit qui simplifie la vie ».
Perception que les actions municipales devraient cesser	« Son action sur les acteurs locaux est moins, euh, moins directe, parce qu'en fait, il y a beaucoup d'acteurs locaux qui sont membres de cette coalition-là ». « Tout sauf descendre dans les réseaux. Les régions, on devrait être de connivence pour aligner nos communications dans le même sens, cohérence et correspondance de message du national au régional au local, mais ça ne se fait pas vraiment ».
Maintenir une indépendance qui permette la dénonciation	« La coalition poids doit faire la même chose, l'obésité ce n'est pas quelque chose de bon et il faut la prévenir, c'est plus complexe que le tabac, c'est le défi. Il y a plusieurs facettes. Il est bien d'avoir une coalition qui prend la parole, dénonce, indépendante qui ne se fera pas aimer dans certaines situations, mais qui peut jouer un rôle de sensibilisation, de promotion et de chien de garde ».
Questionnement sur la connaissance du rôle spécifique lié à une coalition par la coalition	« La coalition a un rôle différent et la coalition doit comprendre son rôle spécifique qui n'est pas comme le nôtre. C'est plus du lobbyisme. Elle doit promouvoir dans tous les secteurs du Québec. Elle a un rôle de mobilisateur et lié à aller chercher les joueurs qui ne sont pas autour de la table ».
Des limites dans le mouvement populaire	« Elle n'a pas une portée, pas porteuse d'un mouvement, un manque global... elle n'est pas un monde de parents... pour interpeller le politique sur les décisions ».
Actions inaperçues dans certaines régions, hors des grands centres	« Ici, ce ne sont pas les mêmes enjeux, les actions de la coalition poids dans la région passent inaperçues parce qu'on n'a pas les enjeux de type agroalimentaire. On ne fait rien pousser sur le territoire. On n'a pas de porcherie, on n'est pas autonome ».

Les principaux constats relatifs à la CQPP

Du discours, émergent de plus quelques constats à retenir.

<p>La complexité de la problématique du poids</p> <p>La distinction de la problématique du tabac et des solutions-tabacs</p> <p>Une adhésion variable à explorer</p> <p>Le fait que d'autres acteurs présents qui sont reconnus dans certains des rôles d'une coalition / un rôle, pour d'autres, qui s'apparentent au leur!</p> <p>Méconnaissance par certains ONG du rôle de la coalition et des TIR-SHV en région</p> <p>En dehors de Mtl, moins d'impact perçu par les TIR-SHV</p> <p>« On n'a pas adhéré officiellement, on est membre personnel, mais la direction de santé publique n'a pas endossé. Aucune critique, sauf positif... »</p> <p>Importance d'une bonne communication, avec le ministère et les politiciens</p>
--

Encadré 3: Principaux constats relatifs à la Coalition

Les influences contextuelles aux IPSAP

Indéniablement, au palier le plus élevé, la politique joue un rôle non négligeable : on aborde la politique du loisir et du sport, la politique de prévention dont les réflexions ont été lancées par le gouvernement antérieur et l'éclosion des politiques municipales. L'accompagnement dans la mise en œuvre de plans d'action associés aux politiques est important. Le positionnement des acteurs ministériels de tous les paliers et des mandats clairs sont porteurs. Les acteurs déplorent cependant le fait que les ateliers culinaires dans les écoles ne semblent pas une stratégie politique qui serait soutenue, malgré l'intérêt des écoles : *« une volonté de ramener les ateliers culinaires, un intérêt à même de l'école ou à même de la direction, de vouloir que leurs jeunes apprennent à cuisiner... mais ça semble pas s'inscrire dans ce que le gouvernement a pensé ».*

Le PAG et les fonds de QEF ont entraîné des modifications aux pratiques des acteurs. Ils ont permis d'ouvrir les activités sur d'autres clientèles (e.g. la famille), de cibler d'autres volets (comme le municipal) et de renforcer les activités déjà présentes dans certains milieux où un historique de mobilisation existait déjà (e.g. Abitibi) : *« L'intersectorialité n'est pas toujours efficace... Ça dépend. Avec les regroupements locaux de QEF, on a pu le faire intersectoriel ».* Les TIR-SHV ont, dans certains cas, constitué un levier à la mobilisation déjà en place, elles ont apporté de la crédibilité et offert une vision plus macroscopique et à long terme. Les contextes locaux ont largement influencé les évolutions des activités en SHV et celles liées aux environnements favorables. Spécifiquement, le monde municipal est en pleine effervescence d'adoption et de mises en œuvre de divers IPSAP et se découvre un certain leadership mobilisateur : *« Les villes ont des leviers, des ressources et un leadership... et si les villes sont des partenaires de la santé, on pourrait avoir un impact ».* Plus la sensibilisation locale à ces enjeux et les actions antérieures convergent dans le même sens, plus la volonté pourra se matérialiser dans des projets structurants susceptibles de durabilité. Par ailleurs, les besoins de la communauté et l'absence de services de proximité sont des éléments contextuels très favorables au développement des IPSAP. L'offre d'outils clés en main est perçue favorablement pourvu que de la latitude dans l'adaptation soit permise. Ces outils ont l'avantage d'améliorer la pénétration de divers dossiers simultanément.

La crise d'obésité a traversé la conscience collective populaire et ces prises de conscience publiques teintent la volonté des partenaires à travailler ensemble. Les sondages internes, les études sur l'influence des milieux de vie, sur la sédentarité et la connaissance, de même que des statistiques de surveillance canadiennes et québécoises font en sorte que la prévention occupe une place de plus en plus grande auprès des acteurs concernés.

En dépit de tous ces éléments contextuels, le levier économique dicte réellement les potentialités et les capacités effectives de mise en œuvre d'IPSAP. Autant pour la mobilisation, la création de projets que l'embauche de ressources en plus : *« C'est l'élément contextuel le plus marquant à mon sens. »; « C'est ce qui fait que les gens peuvent se mobiliser s'il n'y a pas d'argent, mais il y en avait, on aurait pu faire d'autres projets, mais on n'aurait pas pu avoir autant de rayonnement sans cet argent-là ».*

Six éléments ont été rapportés comme une déception au plan contextuel, soit la rotation de partenaires au niveau régional, la mouvance ressentie, spécifiquement au niveau de l'implication des Conférences régionales des élus (CRÉ), ce qui complexifie le travail des TIR-SHV, apportant des instabilités, ce qui nuit à la performance. De plus, une insatisfaction est exprimée en lien

avec la consultation politique par exemple, sur l'activité physique ou encore dans le cadre du livre vert : *« on aurait souhaité être impliqué dans la consultation du sous-ministre pour l'activité physique (livre vert), on a souhaité qu'il y ait une mobilisation régionale qui se serve du prétexte pour discuter et échanger sur les enjeux de l'activité physique, cela n'a pas été le cas, on n'a pas vu l'importance de travailler et de se concerter lors de la consultation. Ce n'est pas tous les acteurs qui comprennent la même chose. On veut plus, mais on est 2, 3, 4 à vouloir plus »*. Un autre élément décevant est le sentiment qui perdure d'une pénétration difficile dans les secteurs municipaux et dans le secteur scolaire, toujours selon la santé publique, en plus de l'intégration verticale difficile : *« c'est une complication additionnelle dans ce genre de politique là, on ne sentait pas que chacun des ministères envoyait des éléments clairs dans leur milieu, une demande, une commande claire à la partie régionale de leur ministère en lien avec le PAG »*. Les acteurs se retrouvent avec différents paliers : *« avec des responsabilités sectorielles qui passent avant, comment rendre la suprématie de la politique globale et publique, par rapport aux politiques sectorielles qui prennent 99.9% des ressources »*. Aussi, ils déplorent le fait qu'en matière de services de première ligne, les besoins des citoyens et des communautés ne sont pas satisfaits. Finalement, réitéré, le fait que la réforme scolaire a retiré les ateliers culinaires vient nuire aux efforts préventifs en matière de saine alimentation, selon certains.

Les facteurs de renforcement des IPSAP

Huit facteurs de renforcement sont illustrés à la Figure 19.

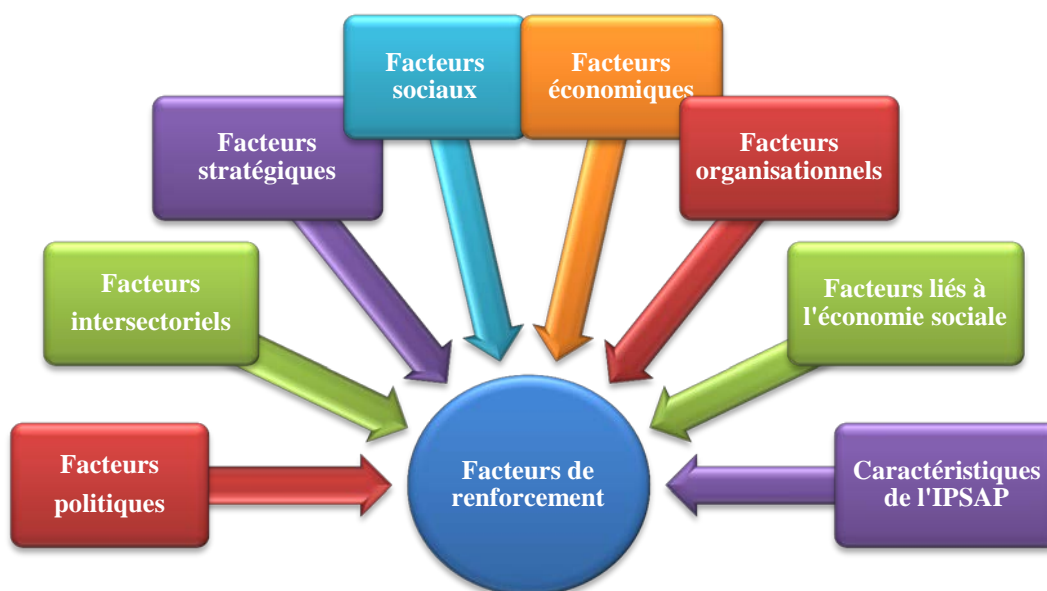


Figure 19: Les facteurs de renforcement

Intersectorialité ministérielle
Incitation ministérielle par écrit et personnalisée aux directeurs d'école
Implication de décideurs locaux
Adoption officielle dans des documents internes
Politique nationale de la ruralité et Pacte rural 2007-2014
La création de comités politiques
Des politiques-cadres
Arrivée du plan action gouvernementale sur les inégalités sociales et de santé
Appui et contribution des DSP, des CDR
La mobilisation des paliers régionaux par des offres clés en main
TIR plus ou moins selon les milieux (ouvrir ou fermer des milieux : écoles)

Encadré 4: Les facteurs politiques de renforcement des IPSAP

L'intersectorialité ministérielle, l'incitation formelle, l'implication des décideurs locaux et la mise en place de mécanismes d'adoption officielle sont importantes. Aussi, la politique nationale de la ruralité, la création de comités politiques, des politiques cadres, des plans gouvernementaux transversaux et la contribution des DSP et des CDR, la mobilisation des paliers régionaux ainsi que la contribution des TIR-SHV sont des facteurs politiques contextuels favorables. Une TIR-SHV fait cependant remarquer au plan politique que « *il n'y a pas tant d'actions qui ont été des succès mis à part le projet, plusieurs actions, mais ça n'a pas donné grand-chose. Peut-être parce qu'on a manqué de renforcement ou pas assez* »; « *très dur d'aller chercher du financement. La politique actuelle vient de terminer, on est en attente de la prochaine* ».

Facteurs intersectoriels de renforcement des IPSAP

Dans les facteurs intersectoriels de renforcement, la question des partenariats comprend leur utilité à percer des milieux plus difficiles, leur stabilité dans le temps et l'attention portée au renouvellement. Il s'avère important d'investir dans la création et le tissage de lien avec les réseaux et avec les partenariats existants aussi. La solidité et l'historique des liens entre les diverses structures locales et régionales jouent sur le développement et la pérennité des actions intersectorielles. La grande participation du réseau de la santé aux formations sur les environnements offerts par QEF et le MSSS renforce la capacité des actions intersectorielles.

Les partenariats pour percer les milieux, la stabilité des partenariats dans le temps, le renouvellement
Réseaux et partenariats noués et créés
Solidité et historique des liens entre les structures
Grande participation du réseau de la santé aux formations sur les environnements favorables aux SHV

Encadré 5: Les facteurs intersectoriels de renforcement des IPSAP

<p>Capacité, aptitude et habitude s'il y a lieu, de la SP à travailler avec les ONG intersectoriels et sociaux en partenariat</p> <p>Pouvoir du bénévolat libre et volontaire</p> <p>Bilans et plan d'évaluation et des résultats de recherche, modèle évaluatif développement QEF</p> <p>Argumentaire scientifique : les données probantes</p> <p>Attraction naturelle du milieu à l'IPSAP et l'ouverture et l'élan pour tisser des liens</p> <p>Effet boule de neige, d'entraînement</p> <p>Rencontres en personnes</p> <p>Ne pas faire de compromis sur les valeurs (industries et partenariats privés)</p> <p>Valorisation et mise en valeur des bons coups</p> <p>Passer de la concertation-mobilisation de QEF à du développement dynamisant avec impact</p> <p>Intérêt médiatique</p> <p>Reconnaissance comme acteur important et compétent</p> <p>Adaptation d'autres projets existants</p> <p>Visibilité, notoriété et impact sur la société</p>

Encadré 6: Les facteurs stratégiques de renforcement des IPSAP

Stratégiquement, les partenariats dépendent aussi de la capacité, des aptitudes et des habitudes de travail de la santé publique à travailler avec les ONG intersectoriels et sociaux. La force intrinsèque du bénévolat, libre et volontaire, est un autre facteur stratégique important qui sert de levier au développement et au maintien des IPSAP intersectoriels. Les incitatifs de QEF à la rédaction de bilans et de plans d'évaluation sont perçus comme des facteurs favorables. La propension des acteurs à utiliser un argumentaire scientifique ou des données probantes tend à renforcer stratégiquement la portée des IPSAP. Autre facteur de renforcement : si un milieu considère l'IPSAP comme cohérente avec sa mission et ses objectifs et que le milieu est ouvert et cherche à tisser des liens à l'externe, il sera plus enclin à l'adopter et le soutenir. Un effet d'entraînement s'observe dans certains milieux. La rencontre en personnes est stratégique pour construire les partenariats. Il est d'ailleurs important de respecter ses principes et ses valeurs dans les interactions avec divers partenaires, qu'ils soient privés ou non. Valoriser les bons coups, passer de la mobilisation à l'action dynamique avec des impacts, susciter l'intérêt médiatique et reconnaître que chaque acteur est important et compétent dans son secteur sont des points à retenir. Adapter des projets qui fonctionnent et assurer une visibilité, soutenir la notoriété et s'engager pour des impacts sur la société sont des aspects fondamentaux.

Facteurs sociaux de renforcement

La santé est devenue une préoccupation de tous très médiatisée et d'actualité, ce qui renforce les objectifs et les activités des acteurs. Les acteurs rapportent aussi comme leviers les influences mutuelles qui sont exercées à travers les concertations.

<p>Message d'actualité : la santé, une préoccupation de tous</p> <p>Influences mutuelles</p>
--

Encadré 7: Les facteurs sociaux de renforcement

Facteurs économiques de renforcement

L'aide financière, les expertises et les outils rendus disponibles aux concertations sont appréciés. L'accompagnement offert, le financement d'infrastructures et les subventions d'élaboration sont perçus favorablement, mais les acteurs évoquent qu'ils manquent de soutien financier pour la mise en œuvre et le déploiement.

Aide financière, expertise et outils Accompagnement Financement d'infrastructures Subvention d'élaboration, mais de mise en œuvre, non

Encadré 8: Les facteurs économiques de renforcement

Facteurs organisationnels de renforcement

Dans les facteurs organisationnels de renforcement, il ressort que la mise en place de comités de suivi, de sous-comités et de ressources en coordination de projets est importante. Le maintien des bonnes relations, le respect des rôles et le souci continu de revitaliser l'offre d'IPSAP constituent également des facteurs organisationnels de renforcement.

Comité de suivi Sous-comités Ressource en coordination de projets Maintien des bonnes relations Respect des rôles Souci continu de revitaliser l'offre pour maintenir l'intérêt
--

Encadré 9: Les facteurs organisationnels de renforcement

Facteurs de renforcement liés à l'économie sociale

Quelques facteurs sont propres aux approches de développement communautaire, soit le principe de développement ascendant ou « *bottom up* », la consultation, le soutien et la participation du milieu. La résonance locale significative, l'action communautaire et finalement, la reconnaissance par les milieux et les professionnels du réseau de la santé publique comptent parmi les facteurs de renforcement considérables pour les acteurs d'économie sociale engagés dans la promotion des SHV et des environnements favorables.

Le « <i>bottom up</i> » des ONG Consultation, soutien et participation du milieu Résonance locale significative L'action du communautaire Reconnaissance de l'action communautaire des ONG par les milieux et les professionnels du réseau
--

Encadré 10: Les facteurs de renforcement liés à l'économie sociale

Caractéristiques liées aux IPSAP

Plusieurs caractéristiques des IPSAP contribuent directement à renforcer l'adoption, le développement et leur maintien, tels : la simplicité, la gratuité, les avantages concrets, le contenu adapté et répondant aux besoins, la souplesse pour permettre l'adaptation aux réalités locales, l'ancrage à la dynamique régionale et locale par du financement récurrent et la contribution à une synergie constituent ces éléments clés.

Simplicité
Gratuité
Avantages concrets
Contenu adapté et répondant aux besoins
Souplesse, adaptation aux réalités locales
Ancrage à la dynamique régionale et locale facilité par du financement récurrent
Contribution à une synergie locale

Encadré 11: Les caractéristiques liées aux IPSAP

Les rôles généraux attribués aux médias

Les rôles perçus positivement

Les acteurs se prononcent sur le rôle des médias dans la lutte à l'obésité en présentant les deux côtés de la médaille. D'ordre général, les médias possèdent un rôle important, voire majeur pour promouvoir les SHV et rejoindre les gens. Ils peuvent ainsi contribuer à la sensibilisation à propos de différents enjeux : *« je dirais aussi une sensibilisation au temps d'écran. Devant l'écran sédentarisé, mangez plus de calories »*. Outre la sensibilisation, la promotion est aussi importante, principalement pour publiciser les bons coups, les bonnes habitudes ou inciter la participation. Ainsi, les médias font de l'éducation et transmettent des informations diverses : *« faire réaliser la problématique aussi. »*; *« émissions culinaires... il y en a plein, cela est éducatif en ce sens-là... »*. Il est attendu qu'ils diffusent des informations relatives à certaines initiatives réalisées, ou encore, des résultats d'études : *« les médias se font un petit peu la caisse de résonance des différentes études, ils viennent montrer l'importance de cet enjeu-là »*. Les acteurs s'attendent à ce qu'ils transmettent le bon message, en donnant des images positives et en portant une attention particulière à l'image corporelle véhiculée. Les acteurs attribuent aux médias également un rôle de mobilisateur ou de soutien dans l'implantation des IPSAP : *« ils croient à la cause »*; *« les médias sont d'une aide capitale... Une aide incroyable sur toutes les questions du logement. On a un appui important. Les médias sont le 4^e pouvoir... »*. Ils s'attendent néanmoins à ce que ces derniers prennent certaines responsabilités, telles qu'être objectif et avoir un souci envers les SHV : *« responsabilité d'avoir un point de vue objectif si le gouvernement ou l'industrie met quelque chose sur pied de non favorable à l'obésité, ils ont la responsabilité de couvrir et de donner leurs avis »*.

Les rôles perçus négativement

Malgré tous les bénéfices possibles par le milieu médiatique, leurs actions deviennent parfois nuisibles aux IPSAP. Évidemment, la publicité et les compagnies privées sont principalement ciblées du doigt par les acteurs. Il y a une difficulté à contrebalancer les messages de promotion versus la publicité néfaste : *« les agents du secteur privé dans cette promotion, nous par rapport à eux, on n'est pas capable d'avoir un même impact au niveau public pour avoir un contrepoids, pour aller et avoir le même impact sur la population que la publicité du réseau privé sur les jeux vidéos et sur les loisirs passifs, etc. »*; *« meilleure ouverture maintenant, mais malheureusement,*

il y a toute la publicité sur les produits amaigrissants, le volet média, publicité, même les animateurs embarquent... et donnent l'image que perdre du poids rapidement... la partie publicité est vraiment malsaine et cause un tort aux personnes qui désirent perdre du poids. »; « La Fédération des chambres ont Coke et Pepsi, ils ont infiltré même le comité des boissons sucrées. Ils sont extrêmement bien branchés aux médias et au plan politique ».

Dans la même logique, les médias continuent de véhiculer une image corporelle stéréotypée rendant ainsi difficile le travail de certains acteurs : « *Quand on pense à tous les modèles corporels et à l'encouragement de ces modèles-là, ce qui me frustre le plus, c'est quand les médias dénoncent les actions qui sont faites pour l'amélioration de la saine alimentation dans les écoles ou le fait qu'on veut pousser sur la nécessité d'être en forme physiquement. Ils ont l'opinion publique dans leur main, levier puissant, accès à la population qu'on ne peut pas avoir, capable d'orienter les messages et l'opinion publique* ». Enfin, le rôle nuisible des médias peut être lié aux images ou aux messages véhiculés : « *pour l'opinion, avec les médias sociaux, l'opinion sur l'actualité prend de plus en plus de place... y a plus de facilité à faire connaître son opinion, avant cela, les lignes ouvertes et les pages des lecteurs; cela n'aide pas nécessairement, il n'y a plus de filtres journalistiques. Ils peuvent être très détracteurs du rôle du gouvernement et des actions des organismes. Peuvent émettre des opinions non éclairées et qui frappent à grand coup* »; « *souvent dans les médias, la cuisine est vue comme une corvée* ».

D'autres déplorent le manque d'intérêt pour la prévention et la promotion des SHV : « *les médias ne s'intéressent pas beaucoup à la prévention...* »; « *il y aurait un choix à faire, comme société de consommation. Pas sûre que les médias soient prêts à prendre ce virage.* »; « *les journalistes ne questionnent pas beaucoup le rôle de la santé de la population, sur l'aménagement des municipalités* ».

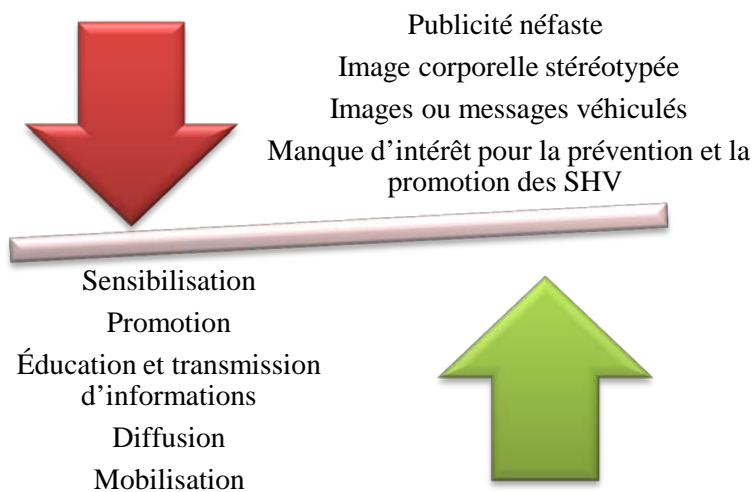


Figure 20. Rôles perçus positivement et négativement attribués aux médias

Les rôles que les médias devraient jouer

Les acteurs font des suggestions quant au rôle que les médias devraient jouer, tels que reconnaître les problèmes de poids comme des problèmes environnementaux et non pas individuels, dénoncer la malbouffe : *« c'est devenu de plus en plus présent dans les médias, la malbouffe surtout institutionnelle, des fois cela frappe, je pense qu'il y a un rôle important que les médias doivent jouer, ce que je pense, qu'ils n'ont pas encore beaucoup fait »*; aller plus loin dans la sensibilisation pour mener à des actions plus concrètes et faire davantage de promotion pour rendre les gens actifs : *« Faire davantage de promotion d'activités sportives ou d'évènements de publicité ou peut-être même créer des évènements pour faire bouger les gens parce que faire bouger ça va contrer en grande partie en action, en documentaire ou en information.. »*. Finalement, informer sans véhiculer de mythes et *« valoriser la transmission du savoir culinaire et populaire en cuisine simple, et en utilisant des produits locaux »*.

Les médias et leurs rôles en lien avec les IPSAP

L'influence importante des médias, reconnue par les acteurs, explique leur lien dans l'implantation des IPSAP. Couramment, les médias permettent de faire la couverture médiatique des IPSAP à l'aide de différents moyens tels les journaux, les communiqués, les conférences de presse, la radio, la télévision ou les réseaux sociaux. Certains acteurs organisent des événements (colloque, journée spéciale, prix de reconnaissance) et cela attire l'attention des médias. Ainsi, la couverture médiatique peut transmettre des informations positives des IPSAP à un public large : *« la couverture est toujours impressionnante. »*. Cependant, dans d'autres cas, cette couverture a plutôt été nuisible : *« énormément de visibilité négative... Mais..., c'est un peu à cause de cela qu'on a développé un processus de conformité. Ça nous a amenés aussi, nous, à être bien meilleur, tu sais, à se forcer puis à être plus vigilant puis plus proactif »*.

Inévitablement, les médias font la diffusion des messages et des informations : *« développer un réseau de journalistes puis essayer de faire des sorties médiatiques pour vraiment positionner le discours que les diètes sont dangereuses, attention à la pression sociale, l'insatisfaction corporelle, tout ça puis ensuite, on a essayé de mettre en place des campagnes. Dans chacune de nos campagnes, globalement, ils ont permis de relayer les messages de nos campagnes à la population »*. Les médias permettent aux acteurs de mieux rejoindre leur population cible. Ils font également de la publicité des événements et des activités. Leur collaboration et leur aide sont soulignées par quelques acteurs, ils peuvent aussi influencer la norme sociale sur l'image corporelle, et même les décideurs.

DIMENSION ACTIVITÉS

Cette dimension fait référence aux mesures internes mise en œuvre pour produire un ou plusieurs extrants du programme. Elle démontre le « comment » du programme. La Figure 21 indique qu'une majorité d'IPSAP québécois se déclinent sous la forme de stratégies, de programmes et d'interventions. De près, suivent des approches et plus loin derrière, les IPSAP politiques. À l'Annexe F, se trouve la liste des IPSAP par acteurs et leurs dates d'émergence à l'Annexe G.

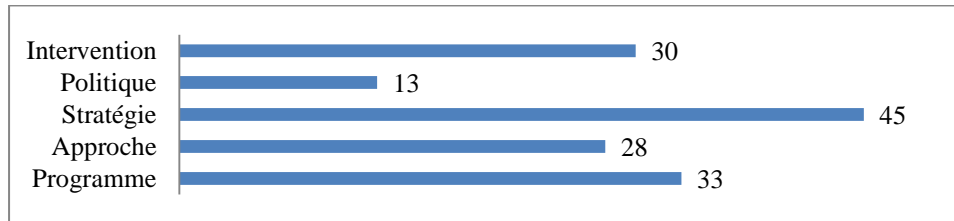


Figure 21. Fréquence auto rapportée du type d'IPSAP (%) (N=82 IPSAP, 31 Acteurs)**

Niveau d'intervention des IPSAP

Une description plus spécifique des IPSAP était demandée aux acteurs dans le sondage, à savoir à quel niveau d'intervention se situaient leurs différentes activités. Les niveaux d'intervention de type socioculturel ressortent comme prioritaires par les acteurs, selon leur fréquence auto rapportée, de même que le constat que les interventions dans les milieux de vie devancent de peu les interventions plus individuelles et traditionnelles (Figure 22). Les activités de proximité dans les quartiers, les activités sur l'environnement économique, physique et politique demeurent émergentes. Spécifiquement, près de 60% des IPSAP sont concentrés dans des activités éducatives et un taux excessivement limité d'activités représentent des mesures de nature plus coercitive (e.g. taxation, amendement). D'ailleurs, les approches comportementales et liées à la dépense énergétique sont ciblées dans près de 50% des IPSAP issus du sondage.

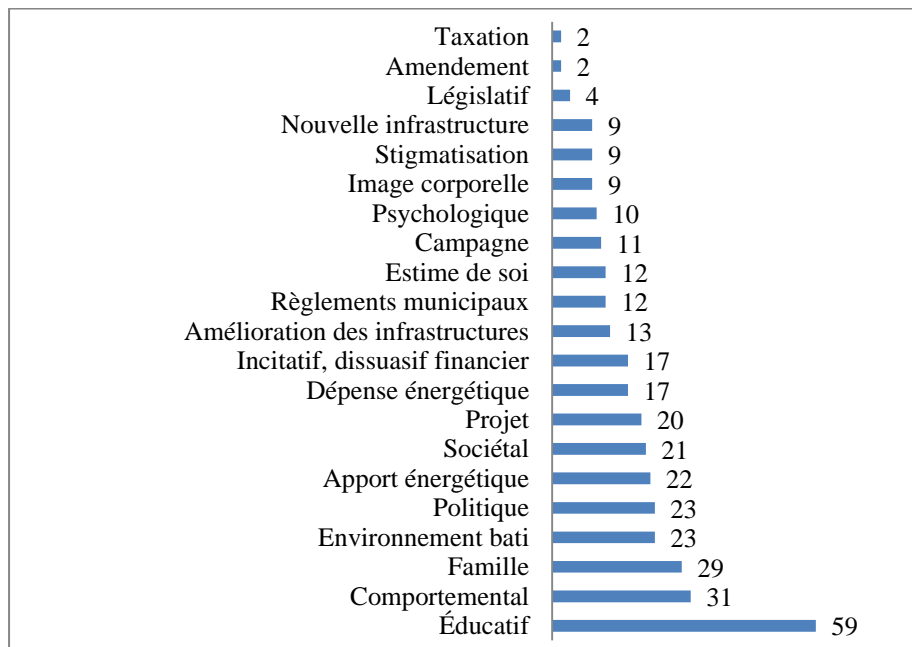


Figure 22. Fréquence auto rapportée du niveau d'intervention des IPSAP (N=46 IPSAP)

Stratégie de promotion de la santé

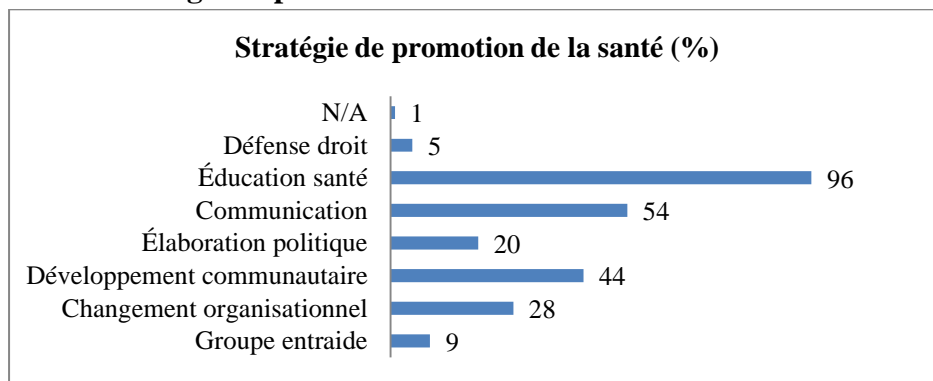


Figure 23. Fréquence auto rapportée d'utilisation de stratégies de promotion de la santé (N=82 IPSAP)**

Selon les stratégies reconnues de promotion de la santé (Figure 23), 96% des IPSAP utilisent l'éducation à la santé, 54%, la communication et 44%, le développement communautaire. Les changements organisationnels, l'élaboration de politiques et les groupes d'entraide sont moins fréquemment utilisés, tel que la défense des droits.

La charte d'Ottawa

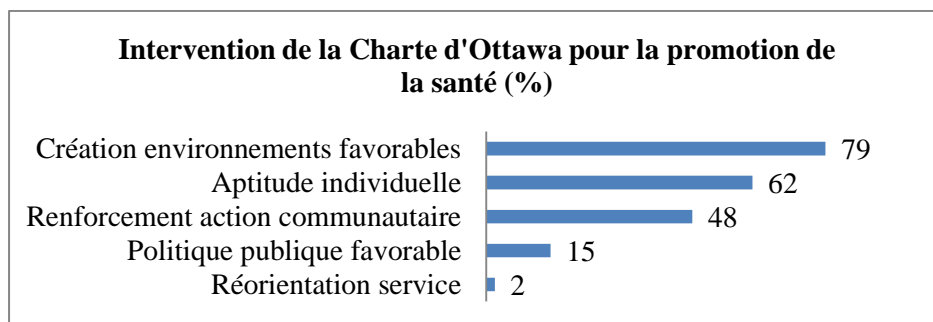


Figure 24. Fréquence auto rapportée des actions en promotion de la santé de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (N=82 IPSAP)**

Une catégorisation des IPSAP en fonction des actions proposées par la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé nous dresse un profil un peu distinct des stratégies de promotion de la santé. Les acteurs rapportent à 79% l'action sur les environnements favorables, à 62% l'action sur les aptitudes individuelles, à 48% le renforcement de l'action communautaire en tant que cible de leurs IPSAP. Le taux élevé d'actions sur les environnements favorables s'explique en partie par les sessions de sensibilisation qui sont réalisées par les TIR-SHV sur cette thématique, à l'initiative de QEF et du MSSS.

Les fondements théoriques des IPSAP

À la question portant sur les fondements théoriques qui sous-tendent le développement des IPSAP, les acteurs ont identifié plusieurs éléments.

Tableau 7 : Fondements théoriques en fonction et de leur utilisation

Fondements théoriques	% / 82 IPSAP
Cadres de référence	44% (17% QEF)
Avis d'experts	20%
Terrain	18%
Littérature grise	18% (15% QEF)
Recherche-études-données probantes	17%
Concepts	10%
Approches	9%
Modèle conceptuels	6%
Inspirations d'autres organismes	6%
Cadres théoriques	5%
Théories	5%
Législatif	5%
Expériences personnelles	1%
Plans d'actions	1%
Intuition	1%

À titre d'exemple, dans les cadres de références, qui sont majoritaires (44%), on retrouve des cadres stratégiques, une approche sur le poids, une planification stratégique, changer les normes et les pratiques, la vision de l'environnement favorable, un cadre d'intervention en saines habitudes de vie, le modèle proposé par QEF sur les environnements favorables et les revues des écrits. Parmi les avis des experts (20%), se trouvent par exemple : Kino-Québec, les DSP, Extensio, les tables de nutritionnistes, les comités, etc. Le thème de terrain (18%) comprend les analyses du milieu, les états de situation, les sondages sur le terrain, les données locales, les rapports des partenaires locaux, l'expérience terrain, la pratique terrain, etc. Sous le thème de la littérature grise (17%) se regroupent des IPSAP fondés sur le PAG, la Charte d'Ottawa de l'OMS et l'utilisation de modèles logiques. Dans l'ensemble recherche-études-données probantes (17%) sont classés : les études, les évaluations, les projets pilotes et les résultats probants. Le thème de concepts (10%) englobe notamment : Penser et agir famille, les SHV, la prévention, l'environnement bâti, l'équité, la sécurité alimentaire et le triangle esprit-corps et âme. Ville en santé, pouvoir d'agir, urbanisme, éducation sensorielle au goût, stratégies de concertation, développement durable et mouvement de croissance intelligente sont au nombre des approches identifiées par les acteurs (9%). Le changement de comportements, la théorie des collectivités viables et des collectivités vibrantes sont mentionnés à titre de théories (5%). Le modèle écologique et le modèle de mobilisation représentent des exemples de modèles rapportés (6%). Puis, sur le plan de la législation (5%) se retrouvent les lois sur l'économie sociale, les règles de déontologie, les cadres politiques. D'autres fondements ont aussi été nommés, mais à des taux très faibles.

Renforcement des capacités communautaires

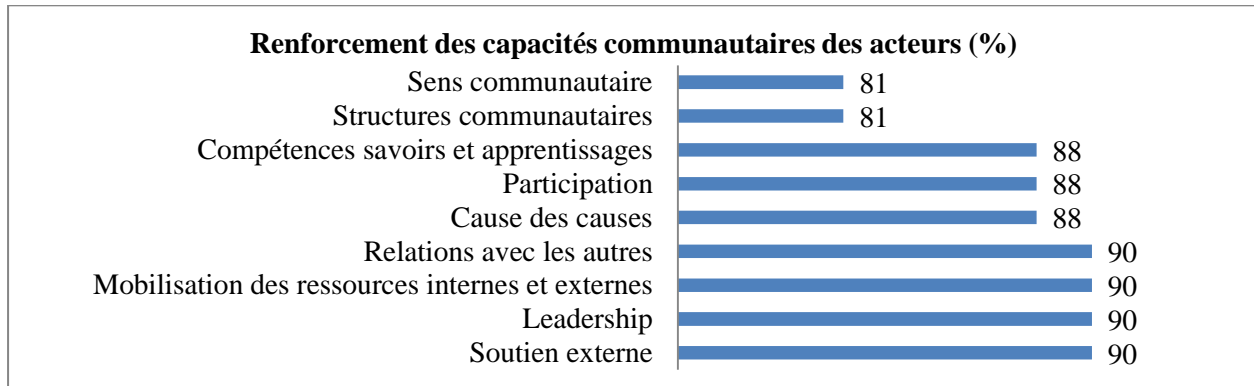


Figure 25. Fréquence du renforcement des capacités communautaires des acteurs

La Figure 25 présente les résultats à la question « *Comment et dans quelle mesure votre IPSAP contribue au renforcement des capacités communautaires, selon vous ?* ». Le taux de réponse à chacun des choix offerts est très élevé, ce qui signifie que les acteurs croient agir sur le renforcement des capacités communautaires de différentes façons. Les acteurs mentionnent à 90% que la mobilisation des ressources internes et externes, que le leadership de leur organisation (responsabilités et rôles dans la communauté, imputabilité à l'équipe, soutenir les leaders), le soutien externe (soutenir avec de l'information, aide technique, disponibilité sur le terrain) et les relations avec les autres (réseautage, partage d'information, travail collectif) constituaient les facteurs les plus importants. Un haut taux (88%) identifie les compétences savoir et apprentissages (occasions de formation), la participation (engagement de la communauté, de groupes, supplanter les barrières, communication avec groupes cibles et parties prenantes) et la cause des causes (l'IPSAP répond à la cause des causes en matière de prévention de l'obésité) en tant que facteurs influents sur les capacités communautaires. Enfin, près de 4 acteurs sur 5 (81%) affirment que le sens communautaire (augmenter la prise de conscience collective) et les structures communautaires (liens avec les structures préexistantes, améliorer les structures courantes ou en créer de nouvelles) sont essentiels.

La création d'agents multiplicateurs et l'utilisation de stratégies multiples

Afin de réaliser leurs différentes activités et leur maintien dans le temps, nombreux sont les acteurs qui mettent en place des stratégies multiples et des agents multiplicateurs. Plusieurs stratégies sont rapportées, telles qu'offrir des formations et des accompagnements ou encore, que la transmission des informations s'effectue par les partenaires, leurs réseaux ou les participants (e.g. les jeunes, les équipes) dans leurs milieux et leurs entourages: « *On demande aux municipalités de transmettre le message.* »; « *La TIR, là nous on s'autoalimente via la TIR lors des rencontres et on devient de plus en plus compétent et on donne l'information de nos réseaux respectifs* ». Aussi, la mise en place de stratégie de diffusion (communication, site web, communauté de pratique) est nommée par plusieurs acteurs : « *Diffuser les bons coups entre les milieux* »; « *On veut mettre en place une section sur notre site Internet de réseautage, communautés de pratique, de partage d'expérience, une petite section foire aux questions* ». Parfois, les actions au niveau communautaire sont reprises par un autre acteur pour assurer la pérennité de celles-ci. Dans le même ordre d'idée, certains vont privilégier la mobilisation des acteurs pour mettre en œuvre leurs activités : « *Dans les communautés, parce qu'il y a eu un*

levier de développement qui s'est fait entre autres par la coop de santé ou autres services qui touchent les communautés. À cause de ça, les coops se démarquent beaucoup, c'est des gros leviers de développement et c'est plus long à partir. Faut pas juste l'accord du ministre, faut celui du maire, de la CRÉ, de la CRD, du citoyen, c'est plus long à partir des fois, mais souvent à partir du moment où tout le monde s'est entendu, c'est un modèle qui est beaucoup plus vivant ». Enfin, quelques-uns offrent du soutien aux participants: « on a fourni du financement pour des ressources en horticulture pendant 1 an ou 2, du soutien technique, je pense ».

Les agents multiplicateurs

L'approche d'agents multiplicateurs est mentionnée par plus d'un et ces agents sont très hétérogènes. À la lumière des informations recueillies en entrevue, ces agents peuvent surtout être : les réseaux, les formateurs, les professionnels, les jeunes ou les municipalités : « Agents de promotion et prévention dans les CSSS qui eux accompagnent les municipalités, formations, accompagnement »; « Les enfants, ils vont arriver à la maison, y vont vouloir en parler »; « Les villes se prennent en main ». Certains ont également nommé: les partenaires, les intervenants et les gens qui ont été formés ou avec qui ils ont travaillé. Parfois, ce sont les agences de santé et la santé publique, les acteurs de soutien, la collectivité et les participants qui peuvent être de potentiels agents multiplicateurs : « Toutes les agences partout au Québec sont derrière nos initiatives... vraies... ce sont nos multiplicateurs (agences) et les bureaux régionaux »; « Des formations pour les acteurs de soutien »; « C'est mis sur pied par la collectivité pour la collectivité ». Plus rarement cité: le leader du milieu, le comité, les parents ou le groupe Équilibre peuvent agir à ce titre : « Le comité joue un peu ce rôle, qui lead la politique familiale »; « Faire avec leurs parents, ils en parlent à d'autres aussi... ».

La toile causale de l'obésité

Tableau 8: Toile causale de l'obésité et le nombre d'IPSAP par TIR et ONG*

Facteurs internationaux	Facteurs nationaux/régionaux 97 (68 TIR+ 29 ONG)	Facteurs de la communauté 63 (37 TIR + 26 ONG)	Facteurs individuels 61 (23 TIR + 38 ONG)	Population 63 (2 TIR + 1 ONG)
Globalisation des marchés	Politique éducation 11 (6 TIR+ 5 ONG)	Transport public 7 (5TIR + 2 ONG)	Occupation (1 TIR)	Prévalence des problèmes liés au poids
Industrialisation	Politique transport 12 (9 TIR + 3 ONG)	Sécurité 6 (4 TIR + 2 ONG)	Déplacements 7 (4 TIR + 3 ONG)	
Médias et marketing	Politique urbanisation 11 (8 TIR + 3 ONG)	Aménagement urbain 17 (12 TIR + 5 ONG)	Loisirs 7 (4 TIR + 3 ONG)	
	Politique santé 14 (8 TIR+ 6 ONG)	Disponibilité et accessibilité alimentaire 19 (10 TIR + 9 ONG)	Activités sportives 12 (5 TIR + 7 ONG)	
	Politique alimentaire 16 (10 TIR+ 6 ONG)	Publicité et médias 9 (3 TIR+ 6 ONG)	Alimentation 19 (6 TIR + 13 ONG)	
	Politiques familiales 14 (12 TIR + 2 ONG)	Revenus 5 (3 TIR + 2 ONG)	Image corporelle 10 (3 TIR + 7 ONG)	
	Politiques culturelles 9 (8 TIR+ 1 ONG)		Dépenses énergétiques (2 ONG)	
	Politiques économiques 10 (7 TIR+ 3 ONG)		Apport alimentaire (3 ONG)	

*Données manquantes de 9 acteurs complétées en analyse inter juge

La toile causale de l'obésité est un modèle sociétal causal des facteurs qui influencent les comportements liés au poids. Ce modèle sous-tend que « *les causes profondes de l'excès de poids et de l'obésité sont beaucoup plus complexes et nombreuses. Les recherches ont montré que des facteurs environnementaux, comportementaux, sociaux, culturels et génétiques contribuent ensemble à l'excès de poids et à l'obésité. Par conséquent, les experts en la matière ont élaboré une classification plus poussée pour expliquer leurs causes. Cela donne à penser qu'il faudrait aborder le problème de l'excès de poids et de l'obésité en prenant en considération la santé de la population qui tient compte de la gamme de facteurs et de conditions qui influencent fortement le poids corporel, avant d'intervenir* ». (Groupe de travail provincial sur la problématique du poids, 2004). Les acteurs identifient sur ce modèle quels facteurs sont touchés par leurs IPSAP (notez qu'un IPSAP peut cibler différents facteurs). Dans l'analyse, les TIR-SHV et les ONG sont calculés séparément afin d'identifier des différences entre les niveaux d'actions. Ainsi, ce sont les facteurs de la communauté (63 IPSAP), les facteurs nationaux/régionaux (97 IPSAP) et les facteurs individuels (61 IPSAP) qui sont cités le plus souvent. Les facteurs de la communauté sont rapportés pour 37 IPSAP des TIR-SHV, puis pour 26 IPSAP des ONG. De ce fait, les IPSAP des TIR-SHV sont plus nombreux à toucher l'aménagement urbain, de même que la disponibilité et l'accessibilité alimentaires, que ceux des ONG. Toutefois, les IPSAP des ONG sont plus nombreux à agir sur la publicité et les médias. En ce qui a trait aux facteurs nationaux et régionaux, cela représente principalement des actions politiques dans divers secteurs, ce qui explique la participation plus élevée des TIR-SHV, de par la proximité avec les différents ministères. Les principales politiques ciblées sont : les politiques familiales, les politiques alimentaires et les politiques de transport. Enfin, les IPSAP des ONG ciblent davantage les facteurs individuels, se concentrant surtout sur l'alimentation, l'activité physique et l'image corporelle.

Le modèle écologique

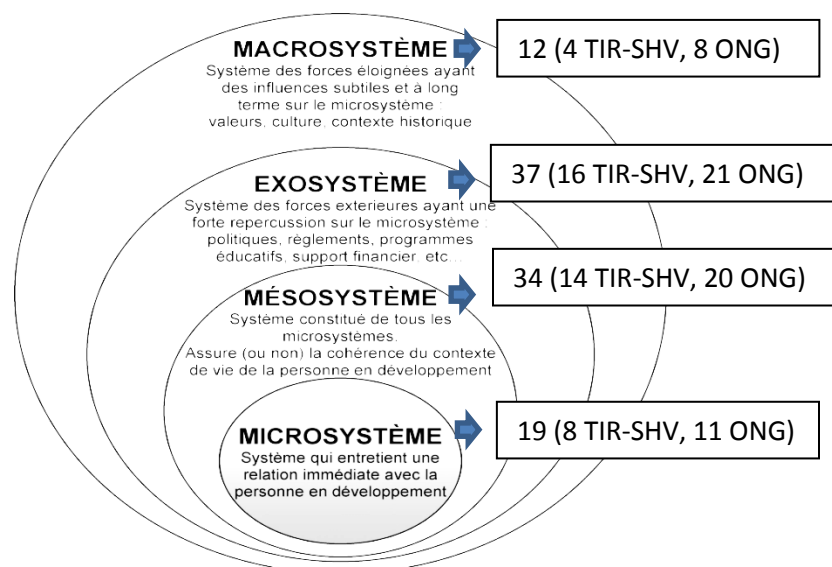


Figure 26. Les cibles du modèle écologique par nombre d'IPSAP de TIR et ONG*

*Données manquantes de 5 acteurs complétée en analyse inter-juge

Le modèle écologique de Bronfenbrenner interprète le contexte global de développement des individus comme un assortiment de systèmes dynamiques, emboîtés et interdépendants, en interaction et en ajustement continu (Lacombe, 2006). Ces systèmes s'ordonnent selon la proximité des relations entretenues avec l'individu en développement et permet ainsi d'avoir un cadre conceptuel pour analyser les environnements. Brièvement, le macro système représente les valeurs, les normes et croyances culturelles (e.g. les SHV, images corporelles...). L'exosystème renferme les structures sociales et l'environnement d'un individu (e.g. lois, règlements...). Le mésosystème réfère à un ensemble de microsystèmes. Puis, le microsystème décrit les relations immédiates dans un cadre défini, tel que la famille ou le milieu de garde. Il est possible d'observer que la majorité des IPSAP se concentre surtout sur l'exosystème et le mésosystème. Par ailleurs, les IPSAP des ONG sont plus fortement représentés que ceux des TIR-SHV dans ces systèmes. Presque autant d'IPSAP des ONG que des TIR-SHV ciblent le microsystème. En somme, les IPSAP agissent principalement sur les relations immédiates et le contexte de vie des individus, ainsi que sur les différents systèmes qui l'entourent (e.g. politiques, programmes éducatifs, etc.).

Le modèle de planification PRECEDE-PROCEED

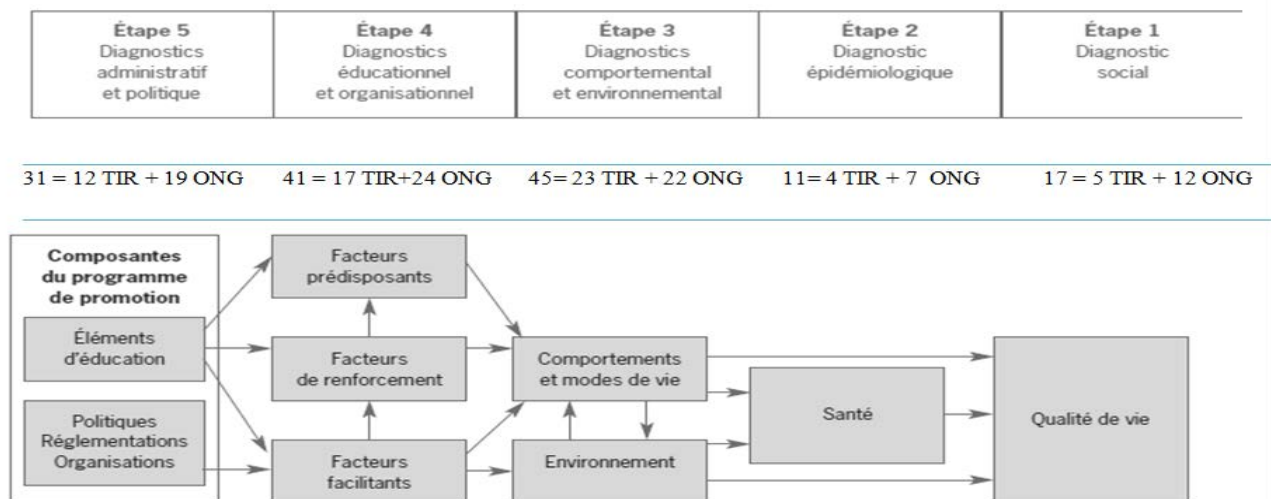


Figure 27. Les cibles du Modèle de planification PRECEDE-PROCEED par nombre d'IPSAP de TIR et ONG* (*Données manquantes de 6 acteurs complétées par l'analyse inter-juge)

Finalement, le modèle PRECEDE-PROCEED de Green et Kreuter (1999) est fréquemment utilisé afin de planifier et d'évaluer des programmes de promotion de la santé. Dans l'analyse sous cet angle, l'étape 3 (profils comportemental et environnemental) est la plus ciblée puisqu'elle est rapportée pour 23 IPSAP des TIR-SHV et 22 IPSAP des ONG. Cela s'illustre par les différents IPSAP qui touchent aux comportements et modes de vie, de même qu'aux différents environnements. Ensuite, l'étape 4 (profils éducationnel et organisationnel) est aussi considérable par les acteurs en tant que cible de leurs IPSAP, davantage pour les ONG que les TIR-SHV. Cela signifie que leurs actions agissent sur des facteurs prédisposant, des facteurs de renforcement et des facteurs facilitateurs qui influencent la santé et la qualité de vie. Enfin, l'étape 5 (profils administratif et politique) constitue la 3^e cible prisée des acteurs. Ils jugent qu'ils interviennent sur des éléments d'éducation, ainsi que sur les politiques, les réglementations et les organisations.

Les activités : volet alimentation

Dans le cadre de l'entrevue, les acteurs ont eu à répondre à une série de questions en lien avec leurs activités liées à l'alimentation.

L'assurance qualité

Quelques acteurs parlent du processus d'assurance qualité de leurs IPSAP liés à l'alimentation. Principalement, le processus s'opère à l'aide d'évaluation, suivi et recommandation. Également, d'autres vont baser leur jugement sur leur processus du programme, « *bon processus, processus plus court* », ou encore sur les critères d'admissibilités de celui-ci. Pour d'autres, l'assurance qualité sera fondée sur les résultats qu'ils observent : « *appropriation par le milieu* ».

L'évaluation des besoins

Les évaluations des besoins liés à l'alimentation sont réalisées de plusieurs façons. Les acteurs évoquent plus souvent avoir effectué des sondages et des évaluations des besoins des milieux auprès des partenaires, de la population ou des participants : « *Région très rurale [...] l'accessibilité à une offre alimentaire diversifiée et saine et aux aliments périssables est très problématique* ». Également, les portraits, les enquêtes et les données de situation sont couramment utilisés pour juger des besoins. Ce peut être par des données locales, régionales (e.g. portraits de santé publique), provinciales (e.g. MSSS) ou encore nationales (e.g. Statistique Canada) : « *Les statistiques de consommation des fruits et légumes dans la population avec les enquêtes de Statistique Canada* »; « *Chiffres sur la problématique de la faim* »; « *Chiffres d'études sur les pertes de connaissance au niveau culinaire* ». D'autres acteurs, à une importance moindre, se penchent sur des données de recherche, sur la littérature pour identifier les besoins ou encore, s'appuient sur les résultats de l'évaluation de leurs projets ou projets pilotes. Enfin, certains requièrent des groupes d'experts ou bien se fieront à leurs expériences personnelles pour juger des priorités d'actions.

La mesure des comportements

Certaines de ces méthodes d'évaluation sont aussi utilisées pour mesurer les comportements alimentaires des participants. Les données de surveillance, les informations et les constats constituent le moyen le plus commun pour y arriver : « *Informations fournies par les membres.* »; « *Données sur les produits alimentaires* »; « *Mesure sur l'achat local. Pourcentage d'aliments achetés venant de l'achat local* ». Par ailleurs, les sondages et les suivis auprès des participants constituent également une méthode courante pour mesurer les comportements. : « *Sondage en ligne (combien de portions ils consomment)* »; « *Questionnaire dans la phase pilote destiné aux enfants. Il y avait un prétest-posttest* ». Enfin, certains feront leurs mesures à l'aide des données d'évaluation, celles de leur projet pilote ou bien, par l'application d'une politique dans les cafétérias : « *Journal, comme outil pour valider, pré et post, compléter trois fois durant le programme, d'outil d'évaluation* ».

Le bilan des résultats

En ce qui a trait aux résultats des activités et des évaluations, 14 acteurs signalent avoir produit un bilan des résultats liés à l'alimentation.

La dissémination

Concernant les activités de dissémination des connaissances, plusieurs acteurs en font ou en ont prévu. Les moyens pour le faire sont : l'organisation d'événements (e.g. conférences, colloques), des communiqués de presse, des rapports ou encore, via un site web. D'autres choisissent de

passer par un porte-parole ou un organisme pour disséminer les informations : « *Par organisme interposé, le MAPAQ et ministère de la Solidarité. Ça se fait par les gens impliqués dans le projet* ». Parfois, certains acteurs vont choisir de participer à des émissions de télévision, de réaliser une période de promotion ou encore, de mener des analyses de faits et des recommandations de faits. Ces activités d'information visent principalement les partenaires et les participants des IPSAP : « *Envoyé à tous les milieux concernés qui ont participé* »; « *Oui, toutes les municipalités ont été rencontrées et les MRC. Rencontre au conseil de MRC pour présenter l'état général du territoire* ». Il semble moins courant de rendre ces informations publiques, certains les conserveront à l'interne : « *Reste au comité de suivi et la TIR* »; « *Cela a été présenté dans différents conseils d'administration* ».

Les recommandations, modifications

Selon leurs expériences, les acteurs s'expriment sur les recommandations et les modifications de leurs activités liées à l'alimentation. Le besoin d'améliorer les diverses formes de soutien est nommé plusieurs fois. Certains souhaitent plus de soutien, de formation et d'accompagnement tandis que d'autres recherchent du soutien financier et matériel : « *Encourager et supporter les ateliers alimentaires et culinaires dans les services de garde scolaire, les activités parascolaires et la vie étudiante* »; « *Cela n'a pas pu se faire, le financement du développement d'infrastructure. Municipalités en région ont moins de 1000 habitants, pas beaucoup de moyens même s'ils ont de l'intérêt* ». Certains souhaitent améliorer l'engagement, l'implication et la participation des partenaires et des participants à leurs activités : « *S'assurer de bien clarifier les rôles et les responsabilités respectives de chacun des partenaires impliqués* »; « *Trouver des stratégies pour faire participer le milieu scolaire* ». Également, quelques-uns désirent rejoindre de nouveaux milieux, de même qu'améliorer l'offre ou l'accessibilité à leurs activités : « *Promouvoir et offrir les ateliers dans les CPE, les écoles et les camps de jour* ». C'est aussi une préoccupation de mieux répondre aux besoins. Pour ce faire, l'évaluation est un bon moyen et cela peut expliquer, en partie, pourquoi certains veulent réaliser des évaluations et des suivis de leurs différentes actions. D'autres demandent à modifier le cadre, l'approche ou encore la structure qu'ils ont, afin d'améliorer la participation et les résultats : « *Les villes disent qu'il y a beaucoup de barrières, les citoyens ne sont pas toujours intéressés, il faut travailler le dossier avec une approche systémique* ». La modification des activités et des outils sont aussi des éléments mentionnés en entrevue : « *Il faut faire ça le plus simple possible, modifier la durée des activités, modifier certaines précisions au niveau de la fiche* »; « *On développe des outils différents, bien différents où on les bonifie* ». Concernant les aspects de la diffusion, quelques acteurs désirent mieux faire comprendre leurs messages et harmoniser les informations qui sont disponibles de toutes parts : « *Faire en sorte que les messages de SP autour de la saine alimentation, de la lutte à l'obésité, soient mieux compris* ». Enfin, comme il y a des enjeux sociétaux liés aux saines habitudes de vie, certains croient qu'une réflexion collective doit être développée.

Le financement

Les acteurs ont identifié les sources de financement liées à leurs activités avec l'alimentation. Ainsi, autant des sources publiques que privées sont nommées, telles que les différents ministères du Québec, Québec en Forme, des fondations (Prévention Santé Intégrale, Centre ÉPIC, Hôpital Maisonneuve-Rosemont), des ONG (Société canadienne du cancer, Centraide de Mtl) et des entreprises privées (IGA, Desjardins, TELUS Solutions en santé, AstraZeneca, Becel, Danone, Evian, Bon Matin, Exceldor Oasis, Métro).

Les activités : volet activité physique

Dans le cadre de l'entrevue, les acteurs ont eu à répondre à une série de questions en lien avec le secteur de l'activité physique.

L'assurance qualité

Le processus est principalement réalisé à l'aide d'évaluations et de rétroactions. Également, d'autres vont baser leur jugement sur la qualité au moment de la conception du programme, « *bon processus, processus plus court* », ou encore sur la qualité du processus de conception. Pour d'autres, ce sera sur les résultats qu'ils observent : « *appropriation par le milieu* ».

L'évaluation des besoins

Les évaluations des besoins liés à l'activité physique sont menées de plusieurs manières. Les acteurs rapportent plus souvent faire des questionnaires, des sondages et des évaluations des besoins des milieux (consultations, forums, manque dans l'offre de service, par exemple) : « *Il n'y avait juste pas d'activités de sensibilisation sur ces questions-là* »; « *Rencontrer les écoles, les enfants, faire des tours autour de l'école* ». Également, les portraits, les enquêtes et les données de situation et de surveillances sont couramment utilisés pour juger des besoins. Ce peut être par des données locales, régionales, provinciales ou encore, nationales. Quelques acteurs se penchent sur des données de recherche ou encore sur la littérature pour identifier les besoins. Également, ils peuvent s'appuyer sur les résultats de l'évaluation de leurs projets. Enfin, certains font appel à des groupes d'experts ou bien se fient à des expériences réalisées ailleurs.

La mesure des comportements

Quelques-unes des méthodes d'évaluation décrites sont aussi utilisées pour mesurer les comportements physiques des participants, le questionnement de ces derniers est le moyen le plus commun pour y arriver. Par ailleurs, les sondages et les suivis constituent également une méthode courante pour obtenir ces mesures : « *Sondage: niveau d'activité physique, nombre d'heures d'entraînement, sédentarité. Avec les jeunes: qui les encourage à faire de l'AP* ». Certains s'appuient sur les résultats d'études, d'enquêtes, de portraits et des données de surveillance : « *Une étude avec le Dr P.J. Neilar, en Colombie-Britannique, l'Université de Victoria, la répercussion, l'impact, du groupe témoin* »; « *EQSJS* »; « *EQDEM* ». D'autres acteurs vont se fier aux taux de participations aux activités ou encore aux observations faites dans les milieux : « *On voulait que les plus vieux de l'école fassent une routine puis aillent la montrer au plus petit puis que là, les plus petits nous la montrent... fait que, dans le fond, on voit si... s'ils ont appris puis s'ils l'ont fait... c'est ça la mesure du comportement* ». Enfin, peu d'acteurs sont allés jusqu'à effectuer des mesures biométriques sur des participants : « *Podomètres* »; « *Évaluation de la condition physique, mais c'est payant* ».

Les données de suivi

Ils sont peu nombreux à posséder des données de suivi relativement aux activités physiques. Il en est de même pour les études d'impacts qui sont rarement réalisées.

Le bilan des résultats

En ce qui a trait aux données des activités et des évaluations, plusieurs mentionnent que leurs IPSAP sont en évolution : « *Éléments de satisfaction, on cherche toujours à innover l'idée, la politique familiale a évolué, SHV, thèmes qui ont été développés* ». Certains acteurs mènent des sondages, des évaluations ou encore des études de cas qui leur permettent de recueillir certaines informations : « *Sondage SAM auprès des membres abonnés, satisfaction à l'offre de services* ».

(équipement, propreté, activité, accueil, etc.) 1 fois par an au Québec. Pour ajuster l'offre »; « Pré et post, 2014, à la fin des projets ». D'autres possèdent des données sur les nouveaux adhérents : « Faire un profil des écoles qui adhèrent, ce que les écoles font maintenant ».

La dissémination

Concernant les activités de dissémination des connaissances, les moyens pour le faire sont par l'organisation d'événements (e.g. conférences, colloques, rassemblements, consultations), par des formations, des périodes de promotions ou par des rencontres. Les acteurs utilisent également des moyens plus formels pour diffuser les informations, tels que les rapports et les évaluations. Les médias sont aussi choisis pour rejoindre les gens en utilisant les sites web, les communiqués de presse, la participation à des émissions télévisées ou encore, la publication de bulletins, journaux, dépliants. D'autres favorisent un porte-parole pour disséminer les informations. Ces activités d'information visent principalement les partenaires, les membres et l'interne : « Dans chaque centre, partager des bons coups des membres modèles »; « Le livre vert, on a déposé un mémoire et participé ». Moins souvent, ces informations sont publiques et diffusées aux participants.

Les recommandations, modifications

En fonction de leurs expériences, les acteurs ont formulé des recommandations et des modifications à leurs IPSAP liés à l'activité physique. Le besoin d'améliorer les diverses formes de soutien est fondamental. Certains souhaitent plus de soutien et d'accompagnement et d'autres, du soutien financier et matériel : « Faut absolument que les structures régionales, comme l'URLS, soient maintenues au Québec, que leur financement soit mieux adapté parce qu'il n'est pas adapté du tout depuis 10 ans au moins. »; « Besoin d'un palier de développement organisateur communautaire sportif ». Quelques acteurs veulent réaliser des évaluations et des suivis de leurs différentes actions ou encore améliorer leur collecte de données : « Évaluer nos interventions, mais pas toujours moyen de nos ambitions. »; « Beaucoup de suivis de gestion, mais pas d'évaluation d'impact sur le comportement »; « Très peu de données au niveau primaire 6-12 ans. ». Certains aimeraient modifier le fonctionnement ou le système, voire même les activités et les outils : « Rendre obligatoire un temps minimal consacré au cours d'éducation physique et à la santé »; « Favoriser les déplacements actifs entre le domicile et l'école ». Dans le même ordre d'idée, quelques acteurs souhaitent améliorer l'aménagement du territoire pour favoriser l'activité physique des citoyens : « Des enjeux importants dans les municipalités, sont l'aménagement et l'accessibilité des espaces qui favorisent le plein air »; « Lieu, espace, aménagement et gratuit ». En ce qui a trait à la concertation et à la vision commune des partenaires, certains estiment que cela pourrait être amélioré. Pour ce qui est des aspects de diffusion, quelques acteurs souhaitent mieux faire comprendre leurs messages et harmoniser les informations qui sont disponibles de toutes parts : « Il faut avoir une orientation qui est commune, et qu'on puisse beaucoup plus harmoniser les choses pour éviter que localement, il y ait X programmes qui arrivent à gauche et à droite et on étourdit les bénévoles qui sont là localement plutôt que de les soutenir ».

Les activités : volet environnements favorables

Dans le cadre de l'entrevue, les acteurs avaient à répondre à une série de questions en lien avec leurs activités liées aux environnements favorables.

L'assurance qualité

L'évaluation du projet, l'évaluation de la pertinence, les suivis et les recommandations consistent aux principaux moyens pour assurer la qualité des IPSAP. Également, d'autres vont baser leur jugement sur leur processus du programme, sur les critères d'admissibilité ou encore sur la mise en œuvre de celui-ci : « *Il y a une rigueur quant au respect des démarches et des produits. S'assurer que la qualité soit respectée est fondamental* ».

L'évaluation des besoins

Tel que rapporté par plusieurs acteurs, l'évaluation assure la qualité de leurs actions. Ainsi, les évaluations des besoins liés aux environnements favorables sont exécutées de plusieurs façons. Les acteurs citent le plus souvent avoir fait des questionnaires, des sondages et des évaluations des besoins des milieux : « *Via des formations, focus groupe ou des entrevues téléphoniques* » ; « *On évalue les besoins en fonction de l'environnement et de la communauté locale* ». Également, les portraits, les enquêtes et les données de situation sont couramment utilisés pour juger des besoins. Parfois des données locales, régionales, provinciales ou encore, nationales disponibles servent d'appui : « *Portrait basé sur des enquêtes: enquête santé Côte-Nord, portrait des environnements bâtis, tous les portraits locaux des regroupements locaux de partenaires* » ; « *Données de santé, taux de pratique, obésité, taux de sédentarité, taux loisir passif, on a aussi des données régionales sur les taux d'obésité et de sédentarité de nos jeunes* ». Moins couramment, ils vont s'appuyer sur la littérature ou sur les résultats de l'évaluation de leurs projets : « *Évaluation du projet précédent fait émaner des besoins* ». Aussi, quelques-uns demandent à des groupes d'experts ou bien, se fient à des expériences réalisées ailleurs : « *Ministères, on est constamment avec eux et dépendamment de leurs orientations, de leurs budgets, de qu'est-ce qui veulent développer, leurs lignes directrices, ça oriente beaucoup nos travaux* ». Plus rarement, ils s'appuieront sur leurs connaissances intuitives.

Les résultats imprévus

Au cours de l'entrevue, les acteurs s'expriment sur les résultats imprévus qui surviennent en cours de route. L'élément le plus rapporté est positif puisqu'ils mentionnent avoir sous-estimé l'intérêt des participants à leurs activités : « *Tout ce qui est en région, beaucoup plus motivé et enclin à participer à des programmes* » ; « *Inattendue implication des services de garde, besoin criant* » ; « *Prise de conscience collective qu'il faut prévenir l'obésité. Je ne m'y attendais pas* » ; « *Les maires qui ont des rôles de leadership dans les SHV, c'est nouveau. Un mouvement s'installe, mobilisation, leadership par et pour les municipalités* ». Dans cette même lancée positive, certains IPSAP améliorent d'autres cibles qui n'avaient pas été planifiées : « *Au niveau de la sécurité (intimidation, violence), nos formations ont un impact important* ». De l'autre côté de la médaille, les acteurs peuvent aussi rencontrer des difficultés, entre autres, par l'évolution rapide de la communauté, mais aussi par des embûches dans la mise en œuvre des activités, telles que la barrière du temps, la disponibilité des outils, le roulement des formateurs ou encore le processus de recrutement plus difficile dans le milieu de l'éducation. Certains acteurs ont parfois une vision négative de l'IPSAP, ce qui nuit à l'atteinte des objectifs.

Les données de suivi

Les acteurs ont des données de suivi relativement aux environnements favorables, par exemple le taux de participation, les données de surveillances en SP ou les suivis aux 12 mois. Certains acteurs mentionnent que plusieurs rapports sont faits et remis au cours du projet ou de l'année. Également, pour certains, ce sont les membres qui leur fournissent de l'information à cet effet.

Le bilan des résultats

En ce qui a trait aux données des activités et des évaluations, plusieurs mentionnent que leurs IPSAP sont évalués. Certains acteurs ont fait des consultations ou encore des études de cas qui leur ont permis de recueillir certaines informations pour s'ajuster : « *Une nette amélioration. Les études démontrent que l'état a tout à gagner à investir dans du logement social. Il faudrait aussi améliorer l'aide sociale et le soutien communautaire, on réglerait bien des problèmes et sauverait bien de l'argent* ». Quelques acteurs présentent ces informations dans des bilans et des rapports synthèses.

La dissémination

Concernant les activités de dissémination des connaissances, les moyens demeurent diversifiés. Certains préfèrent l'organisation d'événements (e.g. conférences, colloques), les formations ou les campagnes. Les acteurs utilisent également des moyens plus formels pour diffuser, tels que les rapports, les bilans, les publications et les évaluations. Les médias sont aussi choisis pour rejoindre les gens en utilisant les communiqués de presse, la participation à des émissions télévisées ou encore, la publication de bulletins, les notes aux membres. Enfin, d'autres favorisent un porte-parole pour disséminer les renseignements. Ces communications visent principalement les partenaires, les comités, les parties prenantes et les membres. Peu d'entre eux rendent leurs informations publiques et les diffusent aux participants.

Les recommandations, modifications

En lien avec leurs expériences, les acteurs ont élaboré sur les recommandations et modifications possibles à leurs activités liées aux environnements favorables. Le besoin d'améliorer les diverses formes de soutien est nommé plusieurs fois. Certains souhaitent plus de soutien et d'accompagnement ou bien du soutien sur le plan financier et matériel : « *Investir davantage dans le soutien communautaire* ». Quelques-uns souhaitent améliorer les partenariats, en créer de nouveaux et favoriser le partage d'une vision commune : « *Difficulté rencontrée à pénétrer le milieu scolaire, difficile d'intervenir, extrêmement sollicité, difficile de travailler avec les intervenants* »; « *Passage à l'action. On est très démocratique, mais il faut foncer plus que l'on a fait, s'imposer... plus: concertation nationale et l'information - c'est QEF... Revendiquer la réappropriation pour l'ensemble des acteurs de la stratégie - plus larges que jeunes enfants...* » Des acteurs iraient même jusqu'à apporter des modifications à la planification, aux actions, au processus ou encore à l'implantation : « *Planifier différents types d'actions, multi stratégie, plus concret dans l'action, avoir différentes actions* »; « *La compétition avec la main d'œuvre, trouver du personnel compétent et maintenir la fidélisation* ». L'adaptation du contenu et des outils sont aussi des éléments mentionnés en entrevue : « *Outils fournis, outils peu adaptés au milieu rural par les experts (ministère, INSPQ) financé par QEF* ». Concernant les aspects de la diffusion, quelques acteurs veulent améliorer leur communication ou encore utiliser de nouvelles stratégies, comme une campagne promotionnelle.

Le financement

Les sources principales de financement identifiées par les acteurs sont publiques, tels que les différents ministères du Québec, l'Agence de Santé du Canada et QEF. Peu d'acteurs reconnaissent des sources autres comme la Fédération québécoise des municipalités, l'Union des municipalités du Québec et la ville.

DIMENSION IMPLANTATION

L'implantation fait référence aux processus liés à la mise en œuvre de l'IPSAP dans une perspective de promotion de la santé et de prévention de l'obésité.

Les étapes charnières

Une des premières étapes charnières à l'implantation des IPSAP est l'analyse préliminaire. Elle est principalement réalisée par des consultations afin d'identifier la population cible, la mission, les solutions, les besoins, les acteurs clés ou encore les organismes mandataires potentiels. Ces analyses permettent ainsi un état de la situation sur ce qui existe et de mener des réflexions stratégiques. Les revues de littératures, en plus des données de surveillance et de sondage, sont aussi d'autres moyens qui permettent d'obtenir des informations pour l'analyse préliminaire.

Évidemment, le financement représente une étape importante dans le développement des IPSAP. Plusieurs acteurs ont fait mention que les subventions et les fonds offerts par QEF avaient été un point tournant.

L'élaboration du projet est une étape nécessaire. Certains réalisent eux-mêmes l'écriture de leur plan, tandis que d'autres mettent en œuvre des projets d'initiatives nationales ou encore, découlant de la politique du PAG.

Les acteurs soulignent également que la création de liens avec les autres acteurs constitue un moment important. En effet, les rencontres avec des élus municipaux ou encore les directeurs généraux des CPE sont décisives pour la mise en œuvre de certains programmes. Les acteurs doivent aussi renouer avec leurs membres actuels. Ces liens se créent ou se maintiennent par des contacts et des ententes, par exemple.

Dans le même ordre d'idée, la mobilisation, la concertation et le partenariat sont nommés par plusieurs. En général, ils désirent créer des associations, des partenariats ou bien mettre en place les différentes tables. Certains mentionnent la formation d'un comité, en tant qu'étape charnière à l'implantation. Ces liens sont nécessaires dans le partage de la vision, du diagnostic, des solutions, des enjeux pour en arriver à des consensus. Peu nommée en entrevue, la participation de la population cible demeure un moment clé pour quelques-uns.

Lors de l'implantation d'un IPSAP, le moment du déploiement et de la mise en œuvre se veut primordial. Pour certains, c'est réalisé par des projets pilotes, de la sensibilisation ou de l'influence politique. C'est aussi un moment où la notoriété se développe. Le processus de transfert est principalement dans l'objectif de former et d'outiller les gens, tout en permettant de développer et de valider les outils.

La diffusion des messages et des résultats consiste en une étape importante, selon plusieurs. Les moyens de diffusions sont variés, allant de l'organisation de journées spéciales à la participation à des émissions télévisées, en passant par les conférences de presse et les ateliers. D'autres estiment que le message se fait de bouche à oreille ou bien, ils diffusent de manière classique avec un rapport.

Finally, the follow-up, support and evaluation are reported by certain respondents; this allows, among other things, to make observations and provide support to the promoter. Often, the evaluations lead to adaptation and modification of the program, making it more suitable for the environment or its content, for example. For some, this step allows for the continuous improvement of the program.

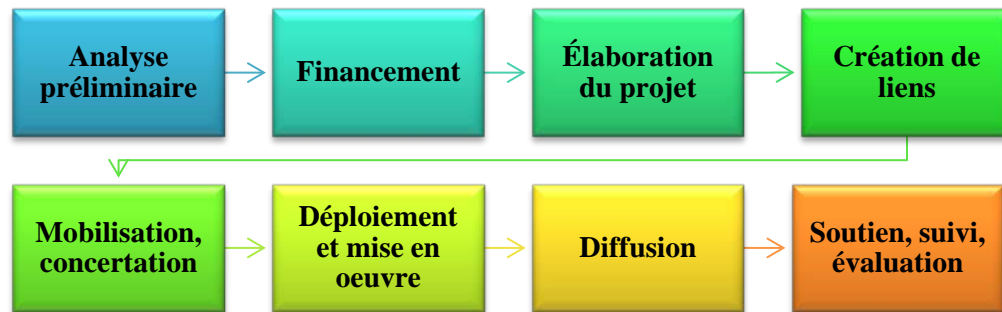


Figure 28. Étapes charnières à l'implantation

L'écart entre les activités prévues et réalisées

The implementation of activities requires many elements in place and encounters several challenges and difficulties. Some actors mention not having observed a gap between the activities planned and those implemented. They can explain this, among other things, by the fact that certain activities offer flexibility and are modifiable by those who implement them, or even that they had no initial expectations. More rarely, they encounter gaps that turn out to be positive, but for the majority of them, these gaps seem primarily linked to initial objectives, either by deviations with the target population or with the needs of the environment, for example. Some have also overestimated elements such as expertise in prevention of key actors or the profitability of the project. For others, these gaps are more at the planning level with partners, or even by comparison with a desire for a global multi-strategic vision in a mobilization objective. It also happens that gaps are encountered during implementation, either due to the difficult involvement of young people in the committee of experts for deployment in organizations or even, by deviations between activities at the regional and local level. The time factor is unfavorable for some actors since they are sometimes delayed in their planning and they have to adjust. The lack of resources caused by the turnover of personnel has been reported less frequently: *« quand le PAG a pris place, on s'est dit, on va commencer des actions, mais quelles ? Le PAG était un plan d'action avec de grands axes, mais des actions nationales. On a commencé à travailler sur des actions régionales, mais pas concertées au sens intersectoriel, on avait de la difficulté à trouver des actions communes, un fil directeur entre les 7 ministères, on priorisait l'axe 1 et 2. On n'a pas réalisé tant d'actions que cela prévu au PAG, on avait de la misère à se dire, qu'est-ce qu'on fait. On a demandé : donnez-nous de la matière qu'on puisse travailler ».*

DIMENSION PARTICIPATION

Cette dimension fait référence aux démarches amorcées par l’OMS en 1978 lors de la conférence internationale d’Alma-Ata, centrée sur les soins de santé primaires, où la notion et la valeur de la notion de participation sont mises à l’agenda international en promotion de la santé. La dimension fait référence à une caractéristique déterminante de l’action en santé communautaire et au renforcement de l’action communautaire (Agence de santé publique du Canada, 1986) par les processus mis en place pour favoriser la participation active de tous les acteurs concernés, non seulement les professionnels, mais aussi la population. Cette participation peut apparaître à différents niveaux : l’information, l’éducation, la formation, l’expression des acteurs quant à leurs besoins, leurs problèmes, leurs aspirations; l’implication des acteurs dans le choix des stratégies, la mise en œuvre des actions et l’évaluation de celles-ci.

Tel que discuté, la mobilisation est un élément clé du succès des IPSAP. Au niveau local, presque tous les acteurs encouragent la mobilisation et ils sont une majorité à accompagner les équipes dans la mise en œuvre des activités. Pour favoriser la participation, plusieurs éléments sont rapportés principalement liés aux activités d’évaluation. En effet, la participation est encouragée lors des sondages, des suivis et des évaluations réalisés. Un autre élément cité qui semble bien fonctionner est l’organisation de rencontres et de consultations : *« séances de consultations publiques, d’informations »*; *« c’est eux autres qui nous disent quoi faire. Nous, on va les consulter puis, on va voir »*. À une moindre intensité, d’autres éléments encouragent la participation, tels que la transmission des informations, l’organisation de conférences et des assemblées générales annuelles, les incitatifs financiers ainsi que le *membership*.

Certains acteurs essaient de favoriser l’interaction entre les acteurs et la société civile, de même que faire participer la collectivité à différentes étapes des projets.

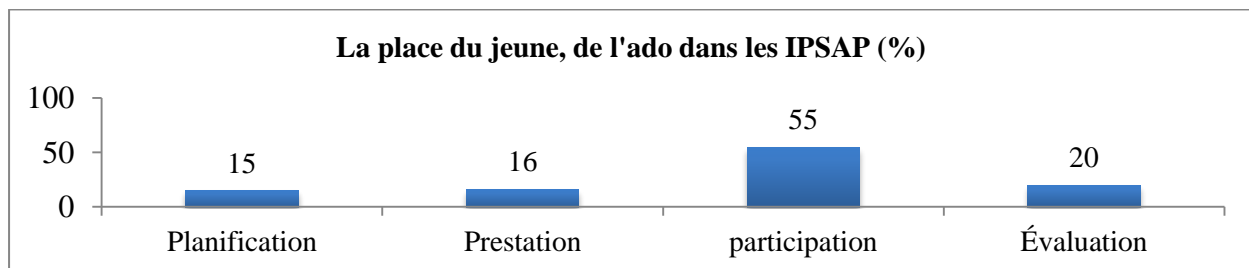


Figure 29. Fréquence de la place du jeune, de l'ado dans les IPSAP

Comme il est possible d’observer à la Figure 29, les jeunes et les ados occupent une place considérable (55%) dans la participation aux IPSAP. D’ordre général, ils sont le principal groupe cible des IPSAP, tandis que pour d’autres acteurs, ils constituent plutôt une cible indirecte : *« mais, d’une manière générale, ils sont plutôt des bénéficiaires indirects de la modification des milieux »*; *« Le jeune et l’enfant sont dans la famille »*. Certains jeunes auront des abonnements ou seront membres de certaines organisations qui mettent en œuvre des activités : *« les jeunes sont moins actifs au niveau global du mouvement, mais ils sont actifs au niveau local. Cette année, on a vu le renouvellement de notre membership ; gens dans la trentaine..., jeunes familles »*.

Il est également intéressant de voir qu’ils vont participer au niveau de la planification et du développement d’activités dans 15% des IPSAP : *« on va les mettre à contribution pour choisir*

le nouveau slogan de la campagne ou même des fois, le visuel ou le nouveau jeu qu'on veut mettre de l'avant, des choses comme ça; on va faire aussi des focus groups ou des collectes quand on développe des outils ». Un taux presque similaire (16%) participe à la prestation ou à l'animation des activités : « on voulait voir qu'est-ce que ça pouvait donner dans les écoles secondaires, de faire participer les jeunes à leur propre sensibilisation »; « prestation: ce sont les jeunes qui demandent à leur école de s'inscrire par un prof. Lève-toi et bouge aussi ».

Puis, dans un IPSAP sur cinq (20%), les jeunes contribuent aux évaluations en répondant au sondage : « Oui, dans les brigades ils sont consultés, ils remplissent un questionnaire sur qu'est-ce qu'ils ont apprécié, qu'est-ce qu'ils ont moins apprécié, qu'est-ce qu'ils aimeraient voir comme recette, comme sujet d'atelier; on les consulte tous, on garde ces fiches-là si on veut pour modeler notre programme l'année suivante, pour être constamment près de leur réalité, être le plus près possible de ce qu'ils désirent, de ce qui les allume ».

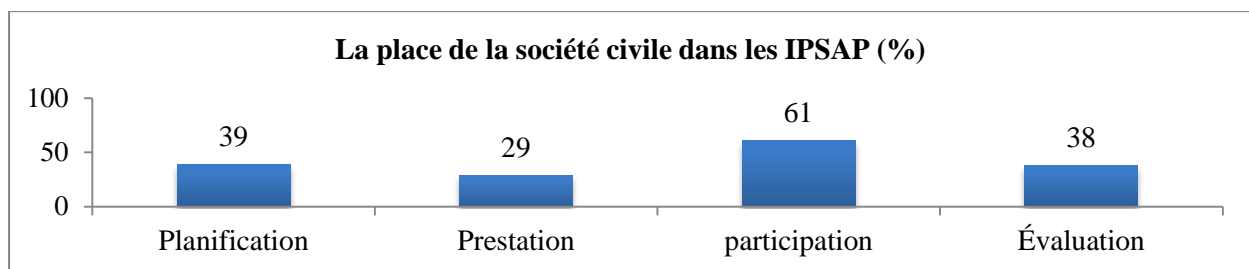


Figure 30. Fréquence de la place de la société civile dans les IPSAP

La société civile (e.g. citoyens, ONG) prend place aux différentes étapes des IPSAP, mais surtout dans la participation (63%). Néanmoins, près de 39% de la société civile participent à la planification. Cela s'illustre par la participation de citoyens ou d'ONG au sein de différents comités, tables ou conseils d'administration, par exemple. Ainsi, des représentants de différents organismes nationaux, communautaires ou ONG contribuent sur les comités de travail. Pour certains acteurs, ils affirment que la mobilisation qu'ils réalisent permet d'impliquer la société civile dans un conseil d'administration.

La société civile peut aussi être impliquée dans la planification et la mise en œuvre des activités : « ces animateurs font la prestation et participent et planifient les activités »; « Participer, c'est le milieu municipal qui a identifié les personnes dans la planification ».

Dans certains cas, des partenaires issus de la société civile constituent des bailleurs de fonds pour des acteurs, en apportant le soutien financier nécessaire à la réalisation des IPSAP. Ces partenaires peuvent également contribuer à la mobilisation des milieux, pour favoriser la participation de ceux-ci.

Puis, la société civile peut contribuer à la prestation de services, principalement auprès des jeunes et des parents. À titre d'exemple, des ONG font des animations d'activités dans les milieux scolaires ou animent des sessions de sensibilisation autour des déplacements actifs. Parfois, des citoyens vont s'impliquer comme bénévoles pour être en charge d'équipes participantes aux IPSAP ou encore, pour contribuer dans la planification et mise en œuvre du projet, tel le déplacement actif : « À la planification, il y a des citoyens qui peuvent s'impliquer en tant que

bénévole pour faire des pedibus et accompagner les enfants vers l'école. Ce sont des citoyens qui font des marches exploratoires pour identifier des secteurs où les aménagements devraient être changés (pour les pédibus) ».

Enfin, la société civile diffuse parfois les informations aux différents groupes cibles, par des cyber bulletins mensuels aux parents, des passeports, des communications écrites ou encore, des capsules d'informations.

Puisque les différents membres de la société civile sont souvent ciblés par les IPSAP, leur participation à ceux-ci est relativement élevée (61%). Parfois, ce sont les citoyens et les municipalités qui sont invités à participer à toutes les étapes du projet, tandis que d'autres veulent servir les intérêts des ONG. Dans certains cas, ces membres de la société civile demandent des formations et des accompagnements : *« ça arrive qu'ils fassent appel à nous pour des formations, des choses comme ça... »*; *« La mission était d'outiller, former et accompagner les milieux qui désiraient intervenir en nutrition »*. Ils contribuent parfois à l'évaluation de 38% des IPSAP. Cela se fait par l'évaluation des activités, la validation de la planification, la consultation ou des questionnements sur les stratégies employées par les citoyens ou les ONG. Dans d'autres cas, les activités ont un suivi et des rétroactions: *« parents des enfants, activités ont un suivi et rétroaction avec les parents, conseils donnés aux parents »*.

La société civile s'inscrit dans des collaborations, des partenariats et des concertations avec plusieurs acteurs: *« Les partenaires signent l'adhésion et appuient... les opinions... on essaie avec des sondages des opinions publiques. Kiosque assemblée nationale.... »* ; *« on travaille toujours en concertation. Spontanément, la table des regroupements provinciaux des organismes bénévoles, pour nous au niveau national. Au niveau local, les maisons de jeunes, centres de femmes, centres d'action bénévole et qui sont membres aussi »*.

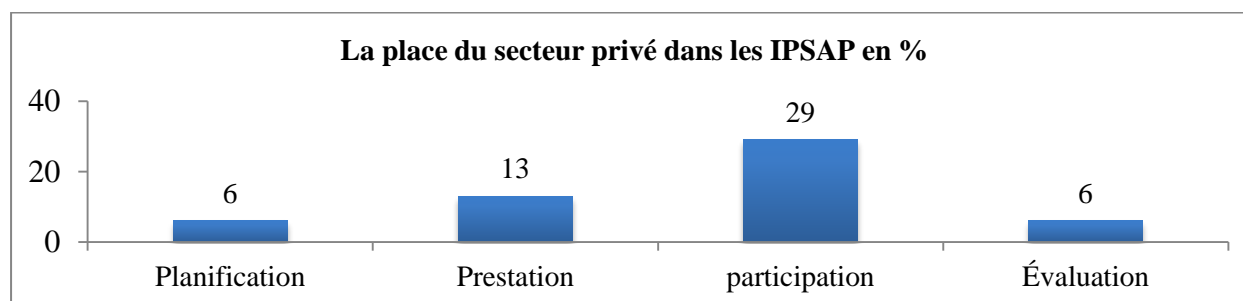


Figure 31. Fréquence de la place du secteur privé

Comparativement aux autres secteurs analysés, le secteur privé est celui le moins présent dans les IPSAP. Au niveau de la planification, ils ne sont présents qu'à 6%, principalement par leurs contributions au financement et aux ressources apportées (e.g. dons de nourriture ou de fourniture) : *« producteur agricole avec moisson pour fournir des surplus de productions »*. Certains vont s'impliquer directement dans la planification des activités.

D'autres acteurs du secteur privé contribuent à la prestation, par exemple pour l'offre alimentaire *« On est avec des fournisseurs, des maraichers, des entrepreneurs »*, ou pour la diffusion du programme aux utilisateurs

Quant à la participation, c'est à ce niveau que le secteur privé est le plus présent (29%). En effet, plusieurs participent aux différentes activités ou formations offertes : « *en tant qu'employeur puis en tant qu'activités installées sur le territoire, les entreprises, elles peuvent être amenées à..., à participer à certains de nos projets ça dépend* »; « *on avait invité les écoles privées à participer au projet, écoles anglophones à participer aux formations* ». Dans le cadre de certains projets, ils participent à un comité : « *Sur le comité du jury, par exemple, bien on a des représentants du secteur de la mode, de la publicité, des médias, donc qui viennent du privé* ».

Enfin, leur contribution est mineure au niveau de l'évaluation : « *on est avec des fournisseurs, des maraichers, des entrepreneurs, on les a plus au niveau de la prestation et évaluation* ».

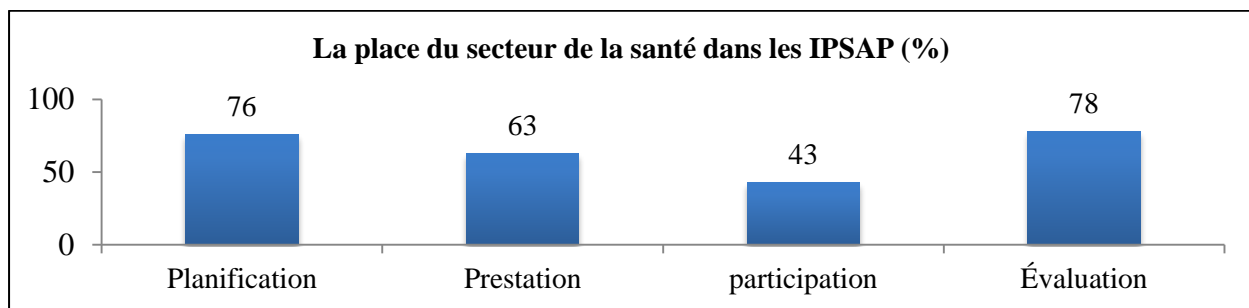


Figure 32. Fréquence de la place du secteur de la santé

Tel qu'illustré à la Figure 32, le secteur de la santé est celui qui est le plus impliqué dans les différentes étapes des IPSAP, surtout à la planification (76%) et à l'évaluation (78%).

Au niveau de la planification, leurs rôles peuvent être divers tels que : la coordination, le leadership ou encore la planification et la mise en œuvre : « *On coordonne, c'est très important. On met beaucoup de temps, c'est ce qui est attendu dans le PAG de fournir des données de surveillance* »; « *nous sommes l'instigateur des projets, développement de contenu* ». D'autre part, le secteur de la santé contribue également par son expertise en alimentation et activités physiques, en plus de faciliter le réseautage des acteurs. Par ailleurs, le financement et les ressources offertes permettent la réalisation de plusieurs IPSAP.

Le secteur de la santé agit au niveau de la prestation de 63% des IPSAP. Pour certains, c'est par la prestation des activités, pour d'autres, c'est par la diffusion des messages et de l'information, ou encore par la stimulation de la participation : « *Collaboration avec des nutritionnistes du CSSS et des DSP, ils servent de ressources quand on forme certains milieux* ».

La participation est la place la moins occupée par le secteur de la santé. En fait, à ce niveau, les acteurs de la santé participent surtout aux divers comités et aux formations offertes.

Enfin, c'est le secteur le plus impliqué au niveau de l'évaluation des IPSAP. En effet, ils sont impliqués de façon directe dans l'évaluation de programme ou encore, présents dans les redditions et les suivis menés. Ils peuvent aussi être des observateurs afin d'assurer un contrôle des activités réalisées et ramener vers la ligne directrice si un encadrement est nécessaire.

En somme, la collaboration, les partenariats et le soutien sont nommés par de nombreux acteurs, concernant leur lien avec ce secteur : « *La concertation va aussi être utile aux gens de santé publique à l'échelle nationale et régionale, il y a des choses à régler concernant la ligne de diffusion, verticale... et cela passe par des lignes de santé publique. On aurait un rôle de dialogue et d'échanges* ».

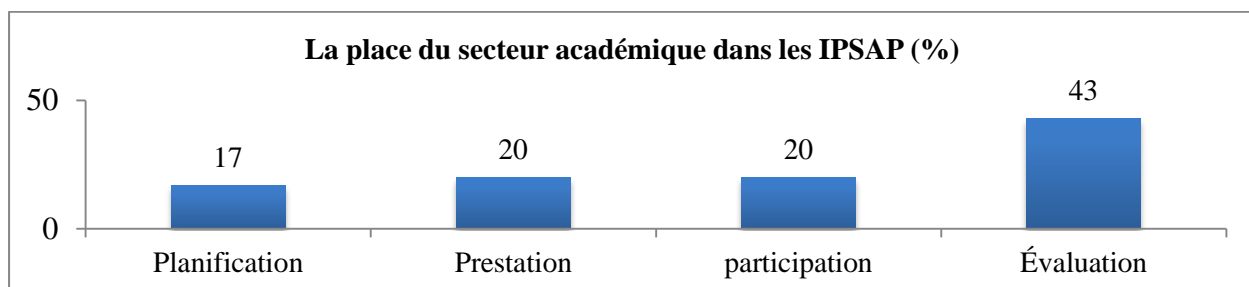


Figure 33. Fréquence de la place du secteur académique

La Figure 33 indique que le secteur académique occupe une place plus restreinte en planification, prestation et participation, tandis qu'il est présent en évaluation pour 43% des IPSAP.

D'abord, les acteurs du milieu académique peuvent porter plusieurs chapeaux dans la planification des IPSAP. La recherche et l'expertise de ce secteur sont reconnues par plusieurs acteurs. Cela leur permet d'avancer les projets, de trouver de nouvelles idées d'actions, de faire naître des projets, de collaborer à des projets d'études, ou encore, de réaliser un projet pilote. Les liens entre le financement et le milieu de la recherche sont aussi mentionnés par des acteurs. Dès lors, certains subventionnent la recherche au Québec, tandis que d'autres participent à des projets et en font la diffusion. Outre le rôle de chercheur, les acteurs du secteur académique peuvent aussi agir à titre de conseiller et d'expert pour réviser le contenu des rédactions et des ateliers, par exemple. Pour d'autres, ce sera plutôt un rôle d'interface permettant d'offrir aux membres et aux partenaires des contributions et des expertises. Dans certains cas, ce milieu est lié à la coordination du projet.

À l'occasion, les acteurs de ce milieu jouent un rôle dans la prestation des formations. Ils peuvent être en lien avec une université afin d'offrir des informations et cours sur les SHV. Dans d'autres cas, les outils développés sont repris par le département de diététique dans un CÉGEP ou par des éducateurs en services de garde. Certains acteurs du secteur académique vont aussi contribuer au développement et au déploiement de projets ou de formations : « *Des programmes universitaires comme EXTENSO (grand public), ma santé au sommet (UdeM), mon équilibre UL, projets universitaires en saines habitudes de vie pour le campus* ».

Au niveau de la participation, les milieux académiques sont présents sur certains comités et certaines tables, dans une proportion d'un IPSAP sur cinq (20%).

Puis, leur contribution à l'évaluation se reflète dans plusieurs IPSAP (43%). Ainsi, des équipes d'évaluations de différentes universités du Québec participent à ce volet pour alimenter l'évolution des IPSAP et apporter des informations sur différents milieux cibles : « *avec une doctorante qui évalue les aptitudes des services de garde à faire bouger les enfants, dans le but de travailler au niveau des connaissances et en même temps sur les applications* ».

DIMENSION INTERSECTORIALITÉ

Cette section fait référence aux pratiques d'acteurs de plus d'un secteur d'intervention qui se mobilisent et s'engagent en complémentarité d'action pour mettre à profit les compétences de chacun, en vue de satisfaire d'un commun accord certains besoins clairement reconnus dans la communauté (Lebeau, Vermette, Viens, 1998). La dimension inclut aussi l'action en collaboration avec la santé et visant des résultats pour la santé ou l'équité en santé ou portant sur des déterminants de la santé ou de l'équité en santé (ASPC-OMS, 2008).

La signification de l'intersectorialité

« *Tout seul on va plus vite, mais ensemble on va plus loin!* » L'intersectorialité est une question fondamentale dans le cadre de cette étude. On demandait aux acteurs ce que signifiait le travail en intersectorialité. On voulait comprendre le sens qu'ils accordaient à cette expérience très largement incitée par le PAG et QEF.

Selon les réponses reçues, l'intersectorialité, signifie de travailler avec des secteurs différents vivant des réalités différentes, de réunir ensemble les acteurs et des partenaires de la communauté liés à d'autres secteurs d'activités. Ils identifient, entre autres, le milieu municipal, l'éducation, la santé, l'urbanisme, la santé mentale, l'environnement et leurs divers paliers gouvernementaux : « *Même le secteur privé a sa place là-dedans* »; « *les saines habitudes de vie, ça touche tous les aspects* ». Ils abordent aussi les interactions humaines avec les individus associés à ces milieux, les enseignants, les parents, les élus : un désir de connaissance de l'autre et un intérêt commun partagé alimentent l'intersectorialité : « *ces gens-là veulent savoir ce que les autres font, veulent. Il y a une volonté* ». Des discours émergent un processus qui explique l'intersectorialité. D'abord, elle naît de la mobilisation, puis elle peut entraîner une solidarité (« *tous les secteurs se donnent la main* ») et la création d'une synergie qui elle-même produit « *quelque chose de nouveau* ». L'intersectorialité permet de réseauter plus largement et de diviser les tâches. Il y aurait donc un gain, un bénéfice ou « *une plus-value* » que les acteurs rapportent. Tisser les liens enrichit une perspective qui se veut de plus en plus globale et cohérente. Les facteurs de succès se fondent dans le sentiment de communauté et de mise en commun des forces de chacun et de leurs ressources mises à contribution envers les objectifs communs : « *aller plus loin dans la mise en commun des cerveaux* »; « *mettre de tes ressources pour créer quelque chose de nouveau* »; « *c'est de maximiser les forces de chaque secteur pour former un tout cohérent* ».

Les objectifs communs s'inscrivent autour d'une thématique, d'une vision pour obtenir des résultats durables qui doivent mener à un projet collectif qui exprime une globalité « *C'est l'inverse de travailler en silo* »; « *C'est le fait de faire intervenir différents enjeux, différents champs d'action à l'intérieur d'une même stratégie ou d'un ensemble de stratégies qui visent à changer une réalité* ». Les acteurs soulignent l'importance de faire des messages communs et de penser à des occasions pour exploiter la possibilité d'offres croisées d'activités. Étendre la portée des IPSAP, aller rejoindre des secteurs d'activités où les acteurs n'avaient aucune porte d'entrée, obtenir du financement multisectoriel, multiplier les ressources, aller plus loin, « *se donner des leviers que seul on ne pourrait pas faire* » et obtenir des plans d'action plus grands que la somme de chacun des acteurs sont quelques-uns des avantages rapportés. Il existe bien sûr des limites et des défis à l'opérationnalisation de l'intersectorialité, mais les avantages semblent surpasser les désavantages : cette façon de travailler augmente les délais de mise en œuvre, « *plus long, mais on va plus loin* », elle expose à des défis de communication et d'arrimage, rend la prise de décision plus contraignante, car « *il faut faire des compromis* ». Pour certains acteurs,

l'intersectorialité peut dénaturer l'essence même et la mission des organismes en interaction, il faut veiller à respecter la mission et le mandat de chacun. La clé se trouve dans une proposition de « *collaboration qui ne fait pas obstacle à l'atteinte de leurs propres objectifs* ».

« *Développement d'actions, de stratégies collectives qui dépassent les mandats sectoriels et qui permettent aux acteurs en question de s'adresser à des problèmes plus complexes pour lesquels chacun ne détient pas les leviers de solutions* ». (TIR-SHV)

« *Important de reconnaître l'expertise de l'autre secteur, il faut étudier comme il faut pour comprendre leur réalité pour proposer des collaborations qui ne font pas obstacle à l'atteinte de leurs propres objectifs ou encore qui sont complètement irréalistes pour eux. En ce moment, on travaille sur une entente stratégique avec une partenaire et on essaie de s'entendre officiellement sur le fait qu'on reconnait l'expertise et les compétences et que l'autre nous reconnaisse telle et telle expertise* ». (ONG)

« *Les désavantages, faut faire des compromis, pour rencontrer les objectifs de chacun, mais cela en fait partie* ». (ONG)

« *Mais on doit comprendre la culture de l'autre, les pôles, la lunette de l'autre, faut prendre davantage de temps pour comprendre l'autre avant d'être capable de travailler avec lui, c'est multiplié par le nombre de partenaires* ». (TIR-SHV)

« *Ça prend beaucoup d'humilité de part et d'autre pour faire avancer la cause, pour identifier un intérêt commun. Il faut que l'ensemble des partenaires soit confortable et adhère au projet et qu'ils mettent du temps nécessaire à la réussite* ». (TIR-SHV)

« *Tant qu'on est en silo, cela n'avance pas très loin* ». (ONG)

Encadré 12: Extraits de verbatims sur l'intersectorialité

Tableau 9 : Leçons et constats du travail en intersectorialité, en partenariat et en collaboration

Intersectorialité	Partenariat	Collaboration
	Le partenariat est concret, orienté vers l'atteinte de résultats précis et à des échéanciers précis	La collaboration est informelle, flexible, moins engageante
	Le partenariat implique un partage de tâches avantageux	La collaboration est ponctuelle
Permet d'optimiser les ressources	Exige un investissement de ressources	Favoriser les prêts de ressources
Peut entraîner une vision globale	Fournit des informations à différents niveaux	Permet de développer le vécu commun entre les partenaires
Facilite la cohérence	Offre des conditions gagnantes-gagnantes	
Potentialise la pérennité	Construit l'esprit d'équipe et permet de croiser les savoirs « <i>chacun nos cultures et expertises. reconnaître l'expertise et les particularités de chaque organisation</i> »	
Sert de levier	Permet d'aller plus loin « <i>partenariats efficaces pour aller plus loin</i> »	Soutient les négociations
		Permet l'exploration du lien de complémentarité
		Donne une visibilité

Condition nécessaire : avoir des collaborations presque quotidiennes pour être efficace	Condition nécessaire : avoir un bon leader « <i>Quelqu'un qui assume un leadership pour maintenir le partenariat vivant, il s'écroule</i> »	Condition nécessaire : respecter le rythme du collaborateur
Condition nécessaire : respecter les missions de chacun et faire confiance aux acteurs des mandats désignés pour faciliter les consensus	Condition nécessaire : avoir la volonté de s'engager dans un partenariat avec la confiance envers l'autre	Condition nécessaire : construire le lien de confiance les uns envers les autres « <i>Étape d'appivoisement, se bâtit à travers des relations, des conversations, des partenaires, c'est quelque chose qui se construit, liens de confiance</i> »
Condition nécessaire : appivoiser la perspective, le contexte, la culture de l'autre « <i>arrimage des partenaires</i> »	Condition nécessaire : investir de l'énergie dans le partenariat	Condition nécessaire : démontrer de l'ouverture, de la souplesse, de la clarté, de l'adaptation
Condition nécessaire : réaliser des compromis	Condition nécessaire : maintenir une communication constante et fréquente	
Condition nécessaire : reconnaître les expertises de chacun	Condition nécessaire : tenir compte des objectifs des autres partenaires	Condition nécessaire : connaître le collaborateur
Condition nécessaire : se responsabiliser dans la réalisation des actions communes « <i>avoir un plan d'action qui définit le rôle de chacun et son engagement</i> »		
Conditionnelle à l'investissement de temps (arriver préparé) et à la disponibilité des partenaires de la concertation	Conditionnel à l'investissement de temps dans le partenariat	Conditionnelle à prendre le temps
Conditionnelle à la force du réseautage et au dynamisme des liens tissés dans la concertation	Conditionnel à la mobilisation des liens entre les partenaires	
Conditionnelle au sentiment d'égalité des partenaires « <i>quand t'es pas sur un pied d'égalité quand T'arrives pas nécessairement à un consensus</i> »		
Conditionnelle à la mise en commun (objectifs, langage, valeurs, vision, solutions), à l'engagement et à l'interdépendance de chacun envers les autres		

Les défis liés à l'intersectorialité

Quelques défis importants sont aussi mentionnés. Ces défis viennent limiter parfois la portée de l'intersectorialité. Dans le cas des financements communs à des organismes qui œuvrent dans le même secteur, mais séparément généralement, certaines frustrations sont exprimées :

« Il y a eu un moment où on trouvait ça très intrusif. Dans le sens où on avait plus l'impression que c'était notre projet ».

« en même temps j'avais l'impression qu'on passait outre le besoin du terrain qui, à la rigueur, peut difficilement être mieux évalué que par les organisations de terrain qui côtoient des gens de tous les jours dans leur bureau ».

« On a essayé de se mettre en partenariat avec une organisation, comme au niveau des missions on est vraiment très compatible, dans le fond cette organisation-là est beaucoup plus petite que nous, donc beaucoup moins de moyens et là on veut développer un nouveau programme conjointement, difficile ».

D'autres acteurs amenés à travailler en intersectorialité ont aussi mentionné le caractère complexe et parfois difficile de cette façon de faire : *« c'est un défi », « les objectifs peuvent être différents, le risque est de faire passer leurs objectifs personnels d'entreprise avant la mission ».* La distance entre les partenaires et entre des collaborateurs rend les activités de concertation plus difficiles. Une suggestion est proposée de mettre en place un système d'évaluation des partenariats afin de mesurer le caractère avantageux et efficace des partenariats. Soutenir un nombre trop élevé de partenariats sans les exploiter au maximum, les rend moins efficaces.

La question des jeux d'influence des partenaires d'une concertation est aussi à considérer parce que les enjeux politiques ne peuvent être négligés : *« Ce sont des jeux influences, faire avec et aller chercher les forces de chacun et ceux qui ont moins d'influence sur la table, mais qui en ont dans le réseau, c'est un jeu politique en même temps ».*

La coordination de la table doit se faire par choix stratégique. Ce choix est très important : *« faut pas que ça devienne une table qui actualise les actions d'un seul réseau ou partenaire, ça peut arriver ».* On note aussi que la TIR-SHV n'est pas nécessairement la mieux placée et la plus stratégique systématiquement : *« la TIR-SHV est loin, la région grande, certainement des objectifs qu'on peut poursuivre à d'autres paliers. Des fois, d'autres seraient mieux placés que la TIR-SHV. Cela éviterait des guerres de territoire, de responsabilités ».* Quant à l'apport de QEF, *« ça a beaucoup évolué et en ce moment, on trouve que c'est vraiment le niveau d'accompagnement qui est adéquat dans le sens où on sent pas que notre agent veut prendre complètement le contrôle de notre projet, puis nous impose les priorités que lui aurait souhaité, donc il y a vraiment eu une évolution ».* Quand on interroge les acteurs sur la question de l'évaluation intersectorielle, 13% ont répondu ne pas avoir évalué l'action intersectorielle, 25% souhaiteraient l'évaluer, 6% ont évalué les rencontres et 56% rapportent réaliser une évaluation intersectorielle au moment de l'entrevue.

Les acteurs synergiques

« On s'assure toujours de s'arrimer avec des organismes qui font des actions en même temps que nous ».

Tableau 10 : Acteurs synergiques

Acteurs	Acteurs synergiques
Équilibre	Acti-Menu, industrie de l'image (groupe sensation mode (festival body design); la formation de la mode de Montréal - La grande braderie de mode québécoise - info presse nous laisse des tribunes - fondation Jasmin Roy - ANEB Québec - L'ASPQ - sport loisir (sport Québec) - FEPEC - Égal action.
FMC	CQPP, professionnels de la santé, les enseignants
RCCQ	Alimentation à Mtl
TIR Capitale-Nationale	QEF
TIR Côte-Nord	CQPP, municipalité, CAMF
CQPS	ONG
Tablée des chefs	MSSS

La synergie : « une intervention parmi plusieurs, qui favorisent les SHV »

À la question portant sur la contribution des acteurs à la synergie en matière préventive en SHV et problématique du poids, les acteurs ont identifié que la synergie passe soit par les programmes, les actions sur le terrain, les projets ou encore la sensibilisation réalisée, l'éducation et l'intégration à une vision, une perspective plus large que celle visée spécifiquement par les IPSAP.

Tableau 11 : Les IPSAP qui créent des synergies

Acteurs	IPSAP
Les tables de QEF	« Les membres locaux en font partie au niveau local, via les tables de QEF »
QEF et le MSSS	La formation sur les environnements favorables « un must, un must, on parle le même langage, 4 environnements »
TIR Capitale-Nationale	« Plusieurs projets ou autres choses qui maintiennent l'intérêt et la synergie des partenaires de façon plus large »
TIR Estrie	Le Projet régional « Bien manger Bien bouger en Estrie »
TIR Montérégie	L'IPSAP « crée une synergie entre les CRÉ »
TIR Laurentides	Le projet de sécurité alimentaire, « le projet a été un élément structurant des initiatives déjà en place »
La politique municipale familiale	« Les liens se font entre l'offre de la santé et les agents de promotion et le monde municipal, ça renforce. Les élus avec le monde de la santé et bénévole; tout ce comité-là de politique municipale crée une belle synergie ». « Flagrant que les liens se font entre l'offre de la santé et les agents de promotion et le monde municipal, ça renforce »
GDPL	« ... le GDPL renforce la synergie au niveau des écoles, population, terrain et aussi au niveau des organismes avec lesquels ils sont partenaires; la synergie avec les partenaires »

Acteurs	IPSAP
Vivre en ville	« On siège quand même sur beaucoup de comités, beaucoup de tables de concertation justement, on essaie de, d'aller rencontrer le maximum de monde, puis d'être présent partout où il se fait, justement, de la concertation » « ... souvent qu'on va s'intégrer dans le cadre d'une démarche plus large »
RQVVS	« au niveau local, Victoriaville en santé joue le rôle d'intégrer les mesures de projet politique pour créer de la cohérence »
TIR Chaudières-Appalaches	« à tous les niveaux, y'a une belle synergie quant à rendre accessible une alimentation plus locale et saine; beau travail de leur côté »

Ces divers exemples apportés dans le Tableau 11 par les acteurs renforcent les synergies locales. Des discours émergent trois éléments clés de processus liés à la possibilité de renforcer des synergies, soit :

- 1) Par les acteurs directement qui, par leur diversité représentative et leur présence au cœur de la mobilisation locale, entretiennent des partenariats et participent parfois à de la concertation suscitée par les fonds de QEF;
- 2) Par le transfert et la diffusion qui, représentés par cinq éléments, enrichissent le potentiel synergique : les développements de formations collectives, les campagnes annuelles, les transferts de résultats de recherche, le partage des outils et la visibilité sur le terrain.
- 3) Par l'accompagnement et l'encadrement des acteurs, qui soutiennent et motivent les autres acteurs qui adoptent les IPSAP. Susciter, maintenir et renouveler l'intérêt sont fondamentaux et seul un accompagnement après la planification peut parvenir à garder la synergie à un niveau minimal, pour atteindre des objectifs communs et collectifs.
« Créer le projet a été un élément structurant des initiatives déjà en place et au fil de l'évolution, cela crée un bouillonnement au niveau local »
« Que les nutritionnistes ou les infirmières puissent faire de l'éducation sur l'image corporelle positive chez les enfants, sur la relation positive avec la nourriture »
« S'intégrer dans le cadre d'une démarche plus large »
« Intégrer les mesures dans les projets politiques pour créer de la cohérence »



Figure 34. Acteurs avec lesquels les ONG et TIR entretiennent des liens synergiques

En somme, la mobilisation qui entraîne des actions concertées favorise la création d'un espace potentiel de cohérence. Les mécanismes synergiques s'opérationnalisent par un ensemble d'éléments représentés dans la Figure 34. Des préalables semblent préparer la voie à une cohérence potentielle : des politiques pangouvernementales à tous les paliers, une mobilisation accrue, une écoute des besoins locaux exprimés, une sollicitation d'acteurs diversifiés des trois paliers et un investissement de temps et de ressource. Ensuite, certaines conditions se sont avérées gagnantes, soit la nécessité de communiquer, de se concerter au-delà de la mobilisation favorisée, de partager des enjeux et des tendances locales, de demeurer flexible pour les adaptations et les ajustements, travailler conjointement autant dans la planification que la mise en œuvre, et maintenir l'intérêt à participer et à s'investir. En ajout s'ensuivent des complémentarités et des arrimages entre les acteurs qui co-construisent la cohérence systémique.

- « On va souvent être dans le soutien puis l'amélioration de ces pratiques-là »
- « Je dirais qu'on est assez opportunistes. Si on voit qu'il y a des nouveaux programmes, qu'il y a de nouvelles tendances qui se dessinent, on essaie de se placer, de faire rayonner nos membres »
- « Actions terrains réalisées par les membres sur le terrain »
- « On utilise ce qui se fait au niveau local, eux qui voient vraiment les besoins au fur et à mesure de la population »
- « C'est quoi qui marche et marche pas pour être des baromètres »

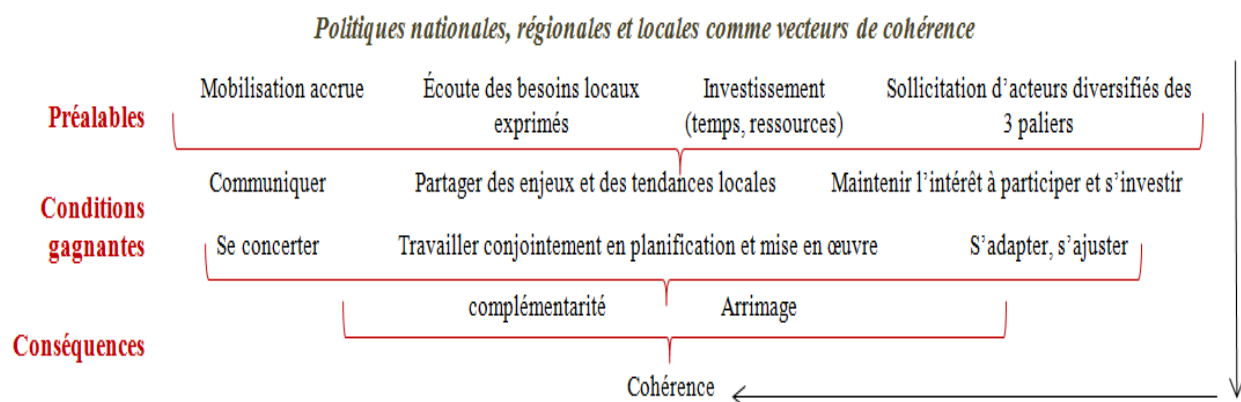


Figure 35. Les éléments clés du processus de synergie

En fait, le continuum d'actions s'ancre aux politiques gouvernementales et aux grandes orientations, aux politiques-cadres, aux politiques transversales, aux journées nationales associées, qui constituent des occasions d'arrimage qui conduisent à une cohérence souhaitée : « Quand il y a des événements, la semaine sans fumée, le mois sans tabac, campagne de vaccination, ou une semaine pour le cancer du sein, on va propager cette information-là pour encourager des initiatives qui pourraient émerger du terrain. SHV, on le fait aussi quand il y a des rapports du ministère qui sortent ou des communiqués »; « se greffer à ... »; « On se coordonne avec l'actualité ».

Que ce soit les initiatives des partenaires, les structures existantes, le réinvestissement par des acteurs de certaines matières, les tendances ou les mouvances à tous les paliers orientent les pratiques, le terrain et l'efficacité pratique du terrain. Le continuum d'action est opérationnalisé au niveau local et municipal.

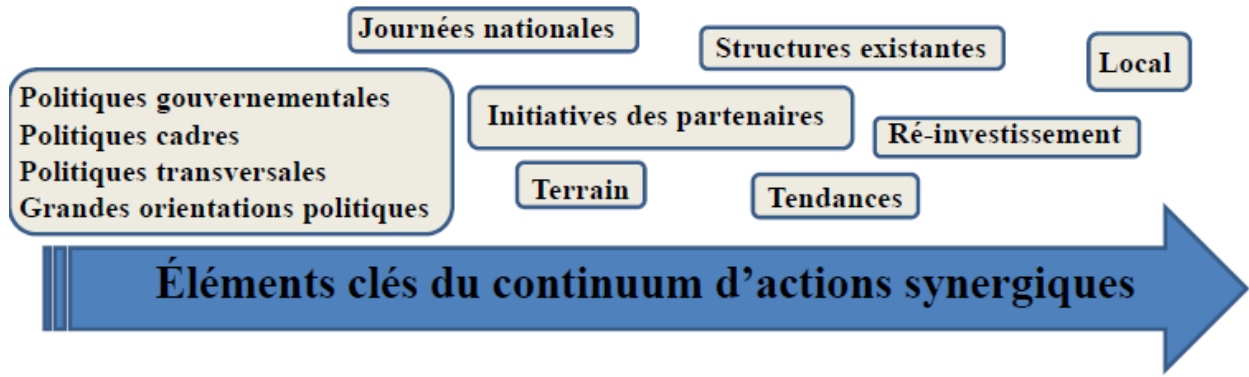


Figure 36. Continuum d'actions synergiques

Si on se penche plus spécifiquement sur les deux groupes d'acteurs ayant participé à l'étude, les ONG et les TIR-SHV, on constate que pour les TIR-SHV (11 sur 14), le PAG, le programme national de santé publique, les plans d'action régionaux, le comité national et la formation sur les environnements favorables ont été les principaux ports d'attache des IPSAP dans un esprit de synergie : « compatible, s'insère dans la vision du PAG »; « s'accroche au PAG, aux politiques nationales, même celles en devenir, on essaie de s'accrocher, aux politiques-cadres »; « le programme national de santé publique est notre trame de fond ». Pour les autres TIR-SHV plus en région : « on est moins PAG que QEF, notre table est moins TIR-SHV que comité... SHV en lien avec QEF. 80% QEF, 20% PAG »; « le PAG appartient chez nous beaucoup à la santé, puis les acteurs voulaient avoir quelque chose qui les touchait; pour les mobiliser davantage, on utilise un produit QEF et pas produit santé »; « quand la santé débarque, les acteurs peuvent être plus réfractaires à la concertation. Un projet neutre issu d'un autre groupe est plus facile. La santé devient partenaire c'est plus facile »; « on a tassé le PAG, au projet du projet QEF ».

Or, pour les ONG, ces éléments politiques ont moins traversé les acteurs communautaires en santé et sociaux, et encore moins les acteurs intersectoriels. Seulement quatre ONG ont identifié leur arrimage au PAG (CAMF, Jeunes Pousses, QEF, YMCA). Cependant, QEF, l'approche École en santé, le programme de formation de l'école québécoise, la charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée, COSMOSS (dans le Bas-St-Laurent), le réseau des établissements verts Brundtland, les priorités des Montréalais en matière d'activité physique par exemple, sont les ports d'attache identifiés avec lesquels des synergies se construisent : « À COSMOSS, là il y a beaucoup plus de partenaires de mobilisés qu'à la TIR. Nous autres, la TIR c'est le volet saines habitudes de vie seulement, alors le continuum est grand ».

Les défis liés à la cohérence

Plusieurs défis viennent limiter le potentiel de cohérence systémique. Le Tableau 12 présente les 12 éléments principaux qui sont ressortis des discours des acteurs.

Tableau 12 : Éléments qui limitent la cohérence : connaissance des enjeux-territoire

Éléments qui limitent la cohérence	Extraits de verbatim
Multiplicité des acteurs	« Beaucoup trop d'acteurs ils auraient avantage à collaborer davantage » « beaucoup de réseaux cohabitent, un plutôt qu'un autre »
La place et le rôle du gouvernement	« Je me questionne sur le fait que le gouvernement, est-il assez engagé » « nouveaux partenaires QEF, au point de vue des rôles de santé publique et QEF, on sait pu trop qui fait quoi, enjeux là »
Les rôles de chacun	La division, les responsabilités. On questionne « le fait de confier quelque chose d'important que les SHV à des organismes privés (au sens d'ONG) de mon expérience »
La justesse des investissements	Beaucoup d'investissement à QEF... « et ils seront où dans quelques années, je m'inquiète pour la pérennité des choses »
De la concertation à l'ingérence	« QEF incite à la collaboration, et peut créer une certaine ingérence et une perte de temps. Nous obliger à faire des choses... et avec d'autres acteurs similaires et ils veulent qu'on ajoute leurs activités » « QEF vient transformer nos messages et pourrait mélanger nos participants et diluer l'information.. » « Je ne suis pas convaincue de la façon de refaire le monde, quand y a déjà des choses qui se font et la reddition de compte, QEF, statistique... eux autres avaient beaucoup d'argent... » « Tout ce qui touche à QEF, c'est un enjeu majeur pour la santé publique et les autres acteurs, c'est nommé, dit et crié ça fait toutes sortes de frustrations parce qu'eux ont du financement que d'autres essaient d'avoir, au sein même de la table et la région. C'est presque juste ça qu'on entend actuellement »
Financements diversifiés et partenariats difficiles	« Il y a des inégalités au niveau du financement; une réalité qui rend difficile le partenariat, tension entre les organisations, celui qui reçoit plus est un peu perçu comme celui qui ramasse tous les fonds et qui n'en reste pu pour les autres » « peut créer des tensions » « Si on veut faire un partenariat et qu'une des 2 est moins financée, ça va apporter des grandes différences par rapport à comment on peut travailler les livrables avec lesquels on est à l'aise » «Le réflexe c'est de dire, ça juste à être l'organisation qui a plus de financement qui met plus d'argent, mais ça implique qu'elle aura plus de visibilité »
Financement de déploiement absent	« entre les différents partenaires, ce sont des enjeux de financement, de déploiement, temps de déploiement » « il y a des enjeux financiers, de survie, de RH, oui c une difficulté de l'intersectorielle »
Orchestration locale à peaufiner	« la concertation n'est pas si établie, ça fait que les organisations, il y en a deux qui lancent des projets dans les mêmes eaux, plutôt que d'avoir des actions très complémentaires »
La mobilisation n'implique pas nécessairement des plans conjoints	« moi, je ne sens pas encore de plan d'action conjoint par les différents acteurs dans le domaine. Je pense qu'il y a des préoccupations communes, des intentions de collaborations, mais pas encore vraiment de direction » « Pas de démarches formelles pour faire ça. Chacun peut en avoir sa lecture. Pas mis en commun. On est pas facilement informés... au niveau local »
Méconnaissance et reconnaissance faible du travail de base	« Il y a eu des... ateliers nouveaux, c'est comme si le travail de base n'est pas reconnu » « comme si cela n'était pas reconnu, car la base, c'est pas lobby, pas sexy au sens politique... » « il y a beaucoup de choses qui se font, mais on se fait, souvent dire; on ne sait pas ce que les autres font.. »

Éléments qui limitent la cohérence	Extraits de verbatim
Climat d'attente sociopolitique incertain	« On est en attente de la politique nationale en prévention (on n'aura pas grand mot à dire), attente d'un PAG 2, politique nationale sport loisir (consultation), impact dans nos régions on sait pas »
Gouvernance régionale et locale en santé à réinventer	<p>« La gouvernance aux paliers régional et local serait à réinventer, car les différents secteurs sont constamment invités à participer aux différents plans d'action gouvernements qui parfois ciblent la même clientèle »</p> <p>« pas entre les acteurs qui sont actuellement liés au projet, mais avec ceux qui ne sont pas liés parce qu'il y avait des enjeux entre les différents acteurs, comme la CRÉ à cause qui a eu rupture de l'entente, mais c'est un partenaire qui devrait être autour de la table »</p> <p>« enjeux de pouvoir, compétitions, peut être liée à des individus qui ont des conflits interpersonnels, qui n'ont pas les bonnes approches ou compétences pour être rassembleurs, liés aux individus. Qui doit animer ? Qui doit être le leader ? Il y en a plusieurs, alors qui va animer parmi les animateurs, qui va présider ? enjeux de leadership, qui met des ressources, qui évalue, qui détermine qu'on met de l'argent »</p>

Les éléments du Tableau 12 présentent les enjeux de synergie importants. On reconnaît cependant que les acteurs progressent sur le continuum d'actions synergiques, malgré ces contraintes. Une meilleure circulation des informations, une sensibilisation accrue et une connaissance progressive des rôles de chacun s'installent.

« L'information circule bien, mais des améliorations - on a un comité d'acteurs sur tous les programmes, il se réunit régulièrement et on sait un peu ce qui se passe. On reçoit des courriels, qui font référence à des rapports. Ou lors d'échanges face à face dans des comités »

« Actuellement on peut douter en général ... de la continuité entre les pratiques ... actuellement beaucoup de sensibilisation »

« Le défi c'est comment on le joue ensemble sans entrer dans les plates-bandes de l'autre aussi »

« Exercice de la TIR pour se présenter et connaître ce que chacun faisait. On connaît le rôle que chacun peut jouer »

« On se connaît plus, on se respecte mutuellement, on sait que c'est pas toujours facile et évident. De plus en plus facile parce qu'on avance et on a une harmonie »

« Les enjeux ne sont pas nommés de façon officielle, un enjeu est un peu comme une critique de l'autre. Ce n'est pas fait de façon ouverte tant que ça. Plus dit dans l'informel »

« Les vrais enjeux ne sont pas connus »

Encadré 13: Des progressions sur le continuum d'actions synergiques

Réseau (CQPP)
 Veille action (CQPS)
 Le bulletin (QEF)
 L'intégration des savoirs scientifiques et populaires dans les analyses locales : point de vue des experts et des partenaires communautaires à la base
 Sommet, plan d'action (Montréal physiquement active)

Encadré 14: Outils de synergie

L'intégration des paliers

Dans la proposition du MSSS du modèle québécois de lutte à l'obésité, certains mécanismes sont mis de l'avant pour appuyer la vision théorique : l'intersectorialité, les partenariats et la concertation. En plus, on y propose une intervention multiple triple (local, régional et national) aspirant à une intégration verticale et horizontale des paliers gouvernementaux pour une action optimale sur des facteurs individuels et environnementaux structurants. Ainsi, les acteurs répondent à la question suivante : « *On reconnaît que l'intégration des niveaux national, provincial, régional et local est une condition importante au succès. Comment jugez-vous de cette intégration actuellement de vos activités à ces divers niveaux?* »

La Figure 37 illustre les résultats à cette question en fonction de la réponse globale par acteur. Cela signifie que si tous les niveaux sont bien intégrés, c'est considéré comme « Réussie », si certains niveaux sont intégrés ou que c'est encore en développement, c'est classifié dans « En cours », puis s'il n'y a pas d'intégration entre les paliers, c'est considéré comme « Difficile ».

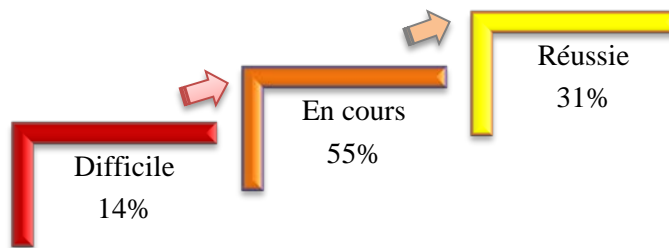


Figure 37. Perception de l'intégration des paliers locaux régionaux provinciaux (% acteurs)

L'intégration réussie

Environ le tiers des acteurs (31%) estiment avoir bien intégré les trois paliers. Plusieurs le font à titre de porteur de messages : « *On porte le message du municipal et du régional aussi au provincial... En conférence de presse à l'UMQ... on porte le message.* ». Quelques fois, c'est un comité d'arrimage qui facilite cette cohésion : « *Une concertation qui tient compte du niveau local, en cohésion dans une complémentarité locale. Le comité d'arrimage est créé en fonction des orientations régionales, on regarde les cohérences, on a 6 coordonnateurs locaux qui siègent au plateau du niveau régional, qui nous amènent l'information du local* ».

Les TIR-SHV peuvent aussi avoir un avantage quant à l'intégration, de par leur proximité avec des acteurs-clés : « *de par notre proximité avec QEF, le réseau de la santé, on est en lien direct : au niveau stratégique, on est bien placé, au niveau régional la mobilisation est présente, on connaît l'ensemble des partenaires, au niveau local, même ici, la santé publique est présente au niveau local QEF, CSSS, on assure une continuité d'actions, de lien entre différents paliers* ».

De plus, la concertation avec les partenaires favorise la réussite : « *Je crois que nous touchons à tous les paliers et que c'est important parce que finalement pour pouvoir amener..., par exemple par rapport au projet SHV, nous, nous avons des partenaires nationaux qui nous informent de tels éléments par rapport aux orientations, mais nous avons également des partenaires régionaux parce qu'ils ont vraiment des particularités différentes et puis c'est eux finalement qui nous identifient des partenaires locaux* ».

Ainsi, le transfert est nommé comme l'élément de succès du déploiement provincial : « *on a commencé local et avec le transfert, on est rendu à la grandeur du Québec (sauf Outaouais et Grand Nord et territoire amérindien)* ». Les acteurs font également mention de leur conscientisation et des facteurs potentiels d'intégration profitable, ainsi que du travail efficace en intersectorialité. Cela peut se traduire par la grande ouverture à travailler avec une diversité d'acteurs, une bonne connaissance des différentes interactions entre les acteurs. Certains voient les avantages que l'intégration apporte : « *je pense que c'est vraiment d'avoir tous les paliers, c'est avantageux parce que tout le monde se parle un peu et l'information descend aux communautés locales plus facilement* ». Des mécanismes semblent favoriser l'intégration, tels que les connaissances, les connaissances des interactions et le rayonnement. Des parties prenantes peuvent aussi agir comme facilitateur du processus : « *Québec en forme nous a fait connaître parmi les regroupements locaux de partenaires, a contribué beaucoup au rayonnement. Sans le réseau, il aurait fallu passer par un autre réseau* ».

L'intégration en cours

Pour la majorité (55%), le processus d'intégration aux trois paliers n'est pas terminé. La plupart des acteurs s'estiment surtout bien intégrés avec le local. Les éléments clés sont les bons liens avec les partenaires locaux, la complémentarité des interventions, la communication et la volonté de faire des arrimages, même si cela représente également des défis : « *Work in progress. On a une grande volonté de faire ces arrimages-là, ce n'est pas toujours évident, car le local va des fois plus vite que nous* » ; « *Une caractéristique, cette fois-ci, de la collaboration entre le régional et le local consiste pour les acteurs régionaux à éviter de court-circuiter la dynamique des interventions entreprises par les acteurs locaux en complémentarité de celles réalisées au niveau régional, et cela en soutenant celles-ci* ».

Quelques acteurs sont mieux intégrés au niveau régional, malgré des variabilités parfois interrégionales : « *même certains ancrages au niveau régional, des régions plus mobilisées que d'autres* » ; « *on est témoin à travers les concertations régionales que ça descend des actions, des priorisations, des outils, ou l'aide descend dans chaque ministère ou organisation, différemment à des vitesses si différentes. Les communications, nationale, provinciale, régionale sont très variables autour de la table des partenaires. Il y a un bon partage des expertises des acteurs régionaux. Il faut éviter le dédoublement* ». Pour certains, les regroupements locaux vont faciliter l'intégration : « *au niveau régional c'est la même chose, mais à plus petite échelle, les regroupements locaux dans le fond vont adhérer à ça et vont promouvoir* ». Malgré les difficultés de transfert d'expertise entre le local et le régional, certains acteurs voient leur rôle comme un palier : « *on fait le constat que cela peut améliorer et c'est pour quoi c'est un des rôles du palier* ».

Pour d'autres acteurs, l'intégration est réussie avec le palier national. C'est en partie parce que les activités ou les objectifs sont réalisés à ce niveau : « *Bien au niveau national, ça se fait en se déployant dans un objectif de 200 écoles.* » Dans d'autres cas, ce sera par des bons liens entre les paliers : « *un bon lien avec le national, la chance d'avoir un directeur de la coordination lié au projet* ». Enfin, le PAG peut aussi être un facilitant, avec ses limites, pour certains « *Du national au... : c'est le PAG, on est en conformité, alignée, malgré le peu de soutien direct avec le ministère* ». Puis, des acteurs jugent que leur intégration est en cours à tous les paliers : « *il faut s'assurer justement que ce soit en lien avec d'autres initiatives...* » ; « *sur 1 à 10 - elle est à 6-7, beaucoup de travail à faire* ».

L'intégration difficile

Enfin, peu d'acteurs (14%) rencontrent une intégration difficile. C'est au palier régional qu'ils estiment avoir le plus de difficulté à l'intégration. Pour certains, c'est en raison des lacunes intersectorielles : *« Pour les professionnels interrogés, les ministères élaborent des politiques « en silo » alors que les régions sont appelées à travailler dans une perspective intersectorielle »,* tandis que pour d'autres c'est par le manque de co-construction entre le régional et le national : *« pas beaucoup de co-construction entre le régional et le national. On a plus l'impression que le national construit et que le régional fait atterrir, il y a un décalage dans l'adaptation ».* Des acteurs mentionnent avoir un rôle à jouer à ce palier. Ce serait également un niveau où les revendications seraient plus faibles.

Au niveau local, la difficulté peut émerger du manque de connaissances sur les besoins locaux. Pour ce qui est du national, c'est parfois par les liens peu présents ou encore, la défaillance de communication entre les ministères. Quelques acteurs rencontrent des obstacles à intégrer tous les niveaux, parfois parce qu'ils ne disposent pas d'action systématique entre les niveaux parce que c'est à consolider ou encore, parce qu'il y a absence d'harmonisation : *« c'est quelque chose à harmoniser et à développer, les choses sont là, mais ne sont pas attachées, d'excellentes choses et tout le monde. Il faut communiquer et harmoniser, cohérence, synchronisme entre les différents niveaux. Quel message on envoie et pourquoi ».*

Les défis de l'intégration

Tel que vu, l'intégration est en cours et difficile pour la majorité des acteurs. Cela permet de ressortir certaines conditions favorables à l'intégration des milieux, telles que la volonté d'arrimage, avoir un porteur de dossiers et les revenus. Néanmoins, certains éléments hors de contrôle peuvent engendrer des variabilités et des difficultés comme les situations et le timing. Ainsi, cela révèle de nombreux défis auxquels les acteurs doivent remédier. Les lacunes au niveau du transfert d'expertise et d'information sont contraignantes, de même que le manque de formation en soutien communautaire (méconnaissance et interprétations diverses). Soutenir l'accompagnement du déploiement est aussi nommé. Relier et réseauter les organisations entre elles et entre les niveaux régionaux et locaux constituent aussi un défi. Dans l'offre de leurs activités et services, les acteurs sont confrontés à d'autres challenges, tels que répondre à l'ensemble des individus qui peuvent être conscientisés au plan macro, ou encore être dans un continuum de services : *« on peut pas tout faire ».* En ce qui a trait à la gestion et aux ressources, des éléments sont aussi identifiés par les acteurs, comme le financement, les infrastructures, la logistique et la pérennité. Outre les défis, certains dangers se dressent sur le chemin des organisations, pouvant être le déversement de responsabilités sur le communautaire : *« Le problème est le dumping sur le communautaire... dumping clinique »;* ou encore l'influence de l'industrie sur les enfants.

Les principaux types de partenaires

Les acteurs identifient leurs principaux partenaires regroupés dans les catégories figurant à la Figure 38.

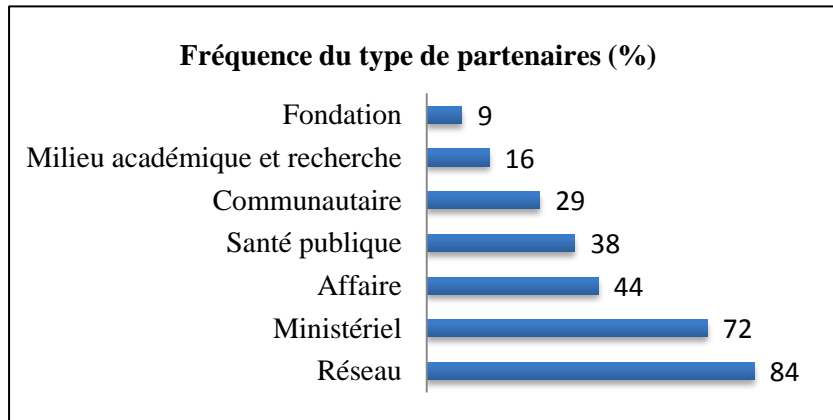


Figure 38. Fréquence du type de partenaires

En majorité, les acteurs ont plusieurs partenaires provenant de réseaux (84%) et d'autres provenant des différents ministères (72%). Un peu plus de deux acteurs sur cinq (44%) ont des partenaires provenant du milieu des affaires (entreprises privées) et 38% en ont de la santé publique. Près du tiers (29%) possèdent des liens avec les milieux communautaires. Enfin, seulement 16% ont des partenariats avec les milieux académiques et de recherche et 9% avec des fondations. L'Annexe I présente la liste des principaux collaborateurs et des partenaires nommés dans les entrevues et les sondages.

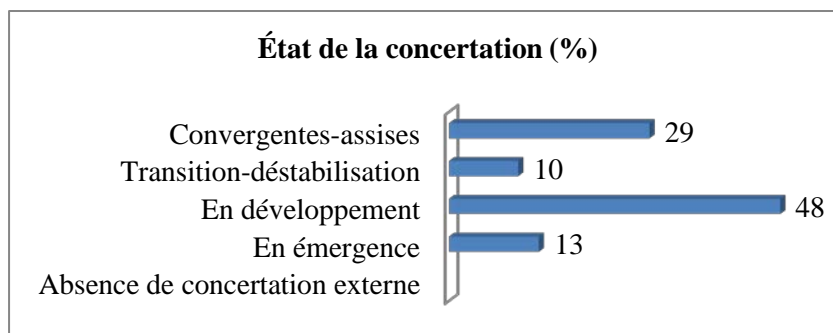


Figure 39. Fréquence de l'état de la concertation des acteurs

Afin de connaître l'état de la concertation entre les partenaires, les acteurs ont répondu à la question suivante : « *Quel est selon vous, l'état global de développement de votre concertation (action, pour plusieurs personnes, de s'accorder en vue d'un projet commun) avec les partenaires?* ». Des choix multiples leur étaient proposés selon la théorie sous-jacente. La majorité des acteurs (48%) estiment que leur état de concertation est en développement, ce qui signifie qu'il y a des proportions plus élevées d'affinités professionnelles, de collaboration et de présence de collaboration extérieure avec les autres partenaires. Près du tiers (29%) juge avoir des caractéristiques convergentes avec assises, ce qui se traduit dans la liberté de s'exprimer et de prendre des initiatives, le climat d'ouverture, la compétence des partenaires, la cohérence entre les objectifs et les activités, ainsi que le consensus sur les actions. De plus faibles proportions

affirment être en émergence (13%) ou en transition, être en état de déstabilisation de l'effort de concertation qui commande des correctifs et même des mesures pour en prévenir la manifestation (10%).

Opérationnalisation

Afin de mieux comprendre tous les mécanismes sous-jacents à l'intersectorialité, les acteurs se sont prononcés sur l'opérationnalisation de plusieurs actions. Le Tableau 13 présente un sommaire comparatif de l'opérationnalisation des différents mécanismes qui seront décrits au cours de paragraphes suivants.

Opérationnalisation de la mobilisation

D'abord, à la question : « *Comment s'opérationnalise la mobilisation?* », plusieurs répondent que cela se fait par le partage de responsabilité et l'implication des partenaires. Des acteurs engagent les partenaires et les parties prenantes dans la démarche, la coordination, les consultations, le déploiement et la validation. Les rencontres et les réunions sont des lieux d'échanges favorables à leur implication : « *rencontrer un partenaire, apprendre à se connaître, présenter nos missions et actions et on voit qu'il y a des jonctions possibles* ». Cela requiert de la disponibilité et des compétences : « *disponibilité des ressources; oui bonne mobilisation, avoir les bons acteurs et après, la disponibilité et le désir de s'investir* ». Par ailleurs, les suivis des rencontres favorisent aussi la mobilisation : « *Des communications de suivi à l'ensemble du réseau, de temps en temps des courriels de l'état de situation, de la mise en œuvre du projet, on tient les partenaires au courant* ». Certains encouragent même les partenaires à se mobiliser autour des SHV : « *on a demandé à chaque organisation de réviser, dans leur plan d'action, la place qu'ils accordaient aux SHV* ». Quelques acteurs spécifient que le respect et la souplesse envers les partenaires sont des facteurs favorables : « *chacun des partenaires a sa place* »; « *Inclusif et accessible, en mettant en commun nos forces, nos expertises, et en faisant la promotion de l'accessibilité cas par cas, une approche variable selon les projets. On adapte notre approche et on est à l'écoute et respectueux* ». Dans la même lignée, les comités représentent un moyen par lequel s'opérationnalise la mobilisation puisque les partenaires siègent sur différents comités (exécutif, gestion, expert, directeur, orientation) : « *à l'intérieur de la structure. on a un comité exécutif, des formations, et les gens peuvent siéger aux différentes instances selon leur volonté* » ; « *comité directeur 2x par an, fait un état de situation et un comité d'orientation opérationnelle* ». Des acteurs spécifient que la mobilisation peut se réaliser lorsqu'un membre de l'organisation mobilise son propre réseau, ce qui peut ouvrir des portes et permettre de couvrir de nouveaux territoires : « *il suscite la mobilisation, il offre de la formation, et on demande aux gens d'aller chercher des partenaires* »; L'organisation d'événements est une bonne méthode, de même que faire de la publicité pour encourager la mobilisation. Enfin, le transfert d'expertise et l'offre de soutien sont occasionnellement cités : « *on soutient les mobilisations financièrement et par de l'accompagnement avec la santé et d'autres, comme les agents de développement ruraux* ».

Opérationnalisation des consensus

La grande majorité des acteurs font des consensus. Très peu d'entre eux affirment ne pas en faire pour les raisons suivantes : c'est un frein au développement de collectivités viables, c'est un programme clé en main, c'est une recherche de changement plutôt que de consensus ou encore, parce que les projets sont distincts des autres : « *on n'embarque pas sur les plates-bandes des gens qui ont des projets en marche, il y a donc moins de consensus à avoir* ». Pour ceux qui en font, c'est généralement par des discussions et des commentaires qui permettent à tous d'élaborer

leur point de vue : « *tout le monde a son mot à dire* ». Les rencontres peuvent constituer un moment privilégié pour y arriver : « *approche dialogique, rencontre formelle et informelle* ». Certains vont jusqu'à faire des consultations ou des sondages. Parfois, ces consensus sont plutôt faits à l'interne, au niveau d'une table ou d'un comité, par exemple. Comme les consensus peuvent générer des points de vue opposés, les négociations forment une stratégie utilisée, de même que la décision par vote et les propositions de résolutions : « *il y a des ententes tripartites et entre nous autres, et les décisions ont été prises dans l'esprit d'une majorité* ». Mais à quoi servent ces consensus ? Parfois, les consensus encouragent des échanges (informations, ressources, outils, experts) ou encore, permettent de faire des mises en commun des actions et d'aller vers une cause commune. Ce peut aussi être fait avec un objectif de revendications. Ils sont réalisés avec les partenaires, les équipes, les coordonnatrices, les tables et même les acteurs d'autres provinces.

Opérationnalisation : mise en commun des savoirs et des projets

La mise en commun des savoirs et des projets avec les partenaires se fait principalement lors de rencontres ou d'événements ponctuels (e.g. Gala, forum régional). C'est surtout avec les différents types de comités (concertation, soutien, suivi, gestion, directeur, expert, technique) ou bien, les partenaires : « *on travaille de pair avec les acteurs* », Pour certains, cela va se faire par les tables. La diffusion et le transfert d'informations forment également un moyen de mise en commun : « *transmission de savoir et d'échange avec les gens* » ; « *Partager entre tous ceux qui sont impliqués* ». Moins souvent, cela va passer par les concertations et les communautés de pratiques. Des outils sont utilisés par plusieurs acteurs, tels que les différents moyens de communication (journal, mémoire, bulletin, infolettre, document, bilan, répertoire) et les sites web : « *un site qui a été créé pour partager des outils, pour partager des experts, ... à la place des consultants externes* ».

Ces mises en commun peuvent porter sur les idées initiales, les meilleures pratiques, les informations terrains, les bons coups, ainsi que les problématiques.

Opérationnalisation des priorités régionales

Certains acteurs rencontrés mènent des mandats provinciaux. De plus, les TIR-SHV déploient les sessions sur les environnements favorables qui sont arrivées du national. Très peu affirment ne pas encore avoir établi de priorités régionales, c'est vrai pour ceux étant encore dans un processus de construction. Les priorités régionales sont basées sur de nombreux éléments, tels les évaluations des besoins, les portraits régionaux, les données disponibles sur la santé ou sur les écarts dans l'offre de services et les besoins. Parfois, ces priorités sont dictées par la possibilité de financement. Dans d'autres situations, cela émerge des enjeux et des problématiques rencontrés, des préoccupations des groupes, ainsi que des réalités communes : « *il y a des réalités communes qui se partagent de manière intersectorielle* ». Certains portent une attention particulière à la cohérence avec d'autres programmes : « *grande cohérence avec le programme scolaire* » ; « *la cohérence est définie dans nos priorités régionales, elle était issue du PAG* ». Ces éléments sont priorisés lors de consultation avec des partenaires, des membres, des gens du domaine ou des comités locaux. La mobilisation avec les acteurs permet aussi d'établir ces priorités. Pour quelques-uns, cela se fait lors de rencontres ou d'une journée de planification stratégique. Par conséquent, les acteurs locaux et régionaux, les regroupements locaux, les partenaires, les membres, les comités, les tables et le terrain contribuent aux choix des priorités : « *on a misé sur ce que le terrain dictait comme orientations et ses effets bénéfiques escomptés* » ; « *le projet est issu des milieux, il est une initiative de communautés* ».

Élaboration intersectorielle

Les priorités régionales peuvent s'inscrire dans les plans d'action et la planification stratégiques. En fait, l'élaboration intersectorielle est la réalité de plusieurs acteurs rencontrés. Elle est principalement réalisée avec les comités et les partenaires. Quelques fois, ce sera avec les membres de l'organisation ou des réseaux, ainsi que les professionnels et les ministères: « *par la TIR, tout le monde a donné son grain de sel là-dedans, 7 ministères cosignataires du plan d'action gouvernemental* ». À l'occasion, les regroupements se mettent ensemble pour faire une validation de la démarche ou se doter d'un certain savoir collectif. Les communautés s'impliquent parfois pour se donner des structures et identifier leur préoccupation : « *... du milieu et des gens, assis en commun avec des préoccupations de sécurité alimentaire* ». Parfois, la santé publique (Agence de santé publique, DSP) et les TIR-SHV sont identifiés comme organisation participante à la planification : « *au niveau de la table, les gens s'identifient à main levée* ». De temps à autre, l'opérationnalisation de la planification est réalisée par les décideurs, les parties prenantes, le conseil administration ou la coordonnatrice : « *l'écriture du projet est réalisée par la coordinatrice et un petit groupe de travail* ». L'élaboration intersectorielle se réalise par divers moyens, surtout via l'intersectorialité et lors de rencontres diverses (partenaires, exécutifs, etc.). Les consultations, les réunions, les communications, les forums, les suivis, les discussions et la mobilisation sont aussi des procédés pour y arriver : « *On présente nos missions et nos actions et on voit qu'il y a des jonctions possibles comme la mise en commun de nos forces et de nos expertises* »; « *mobilisation avec organismes sur les SHV* ».

Implantation du plan d'action intersectoriel

Un faible taux, soit 16% des acteurs, ne possèdent pas de plan d'action intersectoriel. Certains n'en sont pas encore là, ils ont eu l'idée au départ sans la poursuivre, ou bien ont « *des objectifs de partenariat... on n'appelle pas ça un plan d'action intersectoriel* ». Une même proportion est encore à l'étape de construire son plan. Néanmoins, une majorité (63%) rapportent avoir un plan intersectoriel et les éléments nécessaires à son élaboration ont été évoqués précédemment. L'opérationnalisation de l'implantation peut se concrétiser via les différents regroupements lorsqu'ils mettent leurs ressources en commun, par l'entente de partenariat ou lors de la coordination d'événements intersectoriels. Certains travaillent en conduisant le plan d'action et en faisant des suivis et/ou évaluations auprès des comités pour élaborer des bilans et apporter des réajustements. Les échéanciers sont une stratégie permettant de procéder étape par étape lors de l'implantation. Pour d'autres, ce processus repose sur les volontaires : « *Au niveau de la table, tous les milieux peuvent s'inclure dans le projet, s'ils ont un intérêt. Notre approche est ouverte* ».

Tableau 13: Sommaire comparatif de l'opérationnalisation

	Opérationnalisation de la mobilisation	Opérationnalisation des consensus	Opérationnalisation de la mise en commun des savoirs et des projets	Opérationnalisation des priorités régionales	Opérationnalisation de l'élaboration intersectorielle	Opérationnalisation de l'implantation d'un plan d'action intersectoriel
Comment	<ul style="list-style-type: none"> • Par le partage de responsabilités et l'implication des partenaires et parties prenantes • Par le respect et souplesse • Par les suivis de rencontres • Par les comités en place • Par le transfert d'expertise • Par l'offre de soutien • Par la mobilisation par un acteur de son réseau 	<ul style="list-style-type: none"> • Par la discussion • Par les commentaires • Par la négociation • Par les décisions par vote • Par des propositions de résolution 	<ul style="list-style-type: none"> • Par la diffusion et transfert • Par la concertation • Par la communauté de pratique • Par la communication (journal, mémoire, bulletin, infolettre, document, bilan, répertoire) • Par les sites web 	<ul style="list-style-type: none"> • Par l'évaluation des besoins • Par les portraits régionaux • Par les données • Par les écarts d'offres de services et les besoins • Par les possibilités de financement • Par les enjeux et les problématiques • Par les préoccupations des groupes • Par la réalité commune • Par la cohérence avec autres programmes • Par la mobilisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Par l'intersectorialité • Par les suivis • Par les discussions • Par la mobilisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Par le regroupement (ressources en commun) • Par les ententes de partenariat • Par la coordination d'événements intersectoriels • Par la conduite du plan d'action • Par les suivis • Par l'évaluation • Par les échéanciers
Quand	Lors d'événements, de rencontres et de réunions	Lors de consultations, de rencontres et de sondages	Lors d'événements ponctuels et de rencontres	Lors de consultations, de rencontres et de journées de planification stratégique	Lors de communication, de consultations, de forums, de rencontres et de réunions	
Objectifs		<ul style="list-style-type: none"> • Une cause commune • Une revendication • Un échange • Une mise en commun des actions 		<ul style="list-style-type: none"> • Une structure des actions • Une identification des préoccupations des groupes • Un savoir collectif • Une démarche validée 		

	Opérationnalisation de la mobilisation	Opérationnalisation des consensus	Opérationnalisation de la mise en commun des savoirs et des projets	Opérationnalisation des priorités régionales	Opérationnalisation de l'élaboration intersectorielle	Opérationnalisation de l'implantation d'un plan d'action intersectoriel
Avec qui		<ul style="list-style-type: none"> • Les partenaires • L'interne 	<ul style="list-style-type: none"> • Les comités • Les partenaires • Les tables 	<ul style="list-style-type: none"> • Les comités • Les communautés • Les membres • Les ministères • Les partenaires • Les professionnels • Les regroupements • La santé publique • TIR-SHV • <u>Par qui</u> : les décideurs, les parties prenantes, le CA ou la coordonnatrice 		<ul style="list-style-type: none"> • Les comités de suivi • Les DSP • Les membres • Les ministères • Les partenaires • Les porteurs • Les regroupements • Les volontaires

Les conditions de réussites organisationnelles et environnementales

Une question quantitative cherchait à identifier la perception des acteurs sur les conditions qui expliquent leurs actions partenariales : « Parmi les conditions de réussite organisationnelle et environnementale suivantes, lesquelles vous apparaissent comme susceptibles d'expliquer les résultats de vos actions partenariales ? » Les résultats sont illustrés dans la Figure 40.

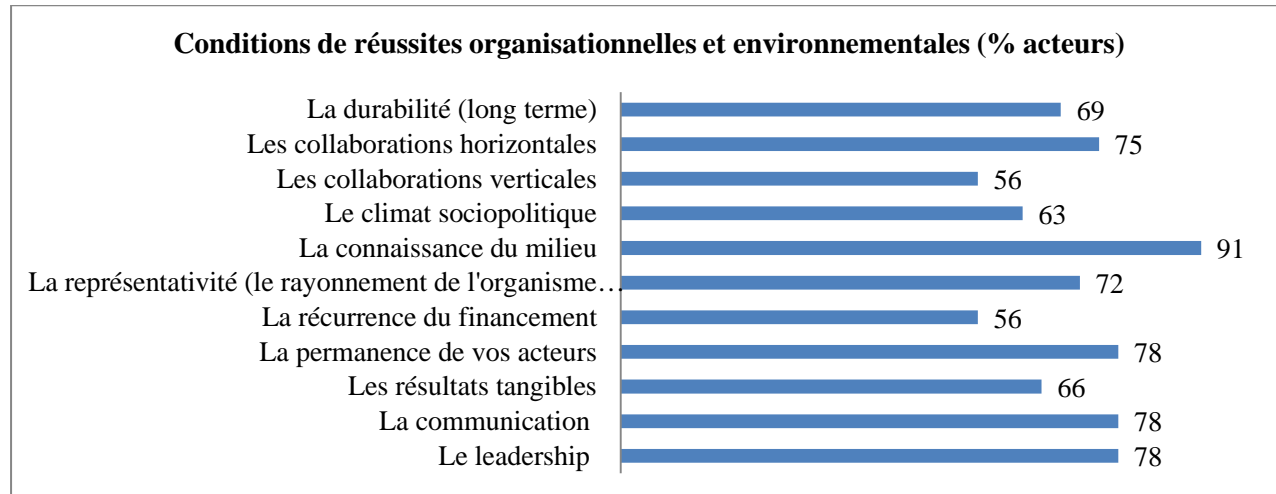


Figure 40. Fréquence des conditions de réussites organisationnelles et environnementales des acteurs

La condition de réussite qui est perçue comme la plus décisive du résultat des actions partenariales est la connaissance que les acteurs ont du milieu (91%). Ils sont nombreux à juger que leur communication (78%) et leur leadership (78%) sont aussi des conditions de succès. Le rayonnement de leur organisation sur d'autres est aussi identifié par plusieurs (72%). Les liens avec les acteurs semblent importants, puisque 78% mentionnent que la permanence des acteurs est un gage de réussite de même que les collaborations horizontales (75%). Deux acteurs sur trois

jugent qu'avoir des résultats tangibles est favorable à leurs actions partenariales. Le long terme est aussi un point considéré par la majorité (69%). Les conditions essentielles étant identifiées par la majorité, mais à des taux moins importants, sont: le climat sociopolitique (63%), les collaborations verticales (56%) et la récurrence du financement (56%). En somme, les conditions organisationnelles et environnementales liées aux bons liens avec les partenaires (collaboration horizontale, durabilité, permanence) et le rôle de l'acteur dans cette relation (connaissance du milieu, communication, leadership, rayonnement) sont susceptibles d'expliquer ces résultats.

DIMENSION ÉTHIQUE

La recension des cadres conceptuels et modèles logiques a démontré que l'éthique est une dimension importante dans la prévention de l'obésité. L'éthique de la santé publique s'intéresse à la conception et à la mise en œuvre de mesures pour contrôler et améliorer la santé des populations. Elle cherche à voir au-delà des soins de santé pour envisager les conditions structurelles qui favorisent ou empêchent le développement de sociétés saines. Les principales questions d'intérêt pour cette étude sont les inégalités, l'interférence de la santé publique dans les choix personnels faits par chacun pour sa santé, la participation, la transparence et la responsabilisation, le processus de prise de décision (Coleman & al., 2008). Dans le contexte spécifique de l'évaluation de la prévention de l'obésité, des principes spécifiques sont explorés (Have & al, 2010). La question suivante a été posée aux acteurs : « Pour chacun des principes éthiques suivants, dites-moi comment votre IPSAP a tenu compte [des principes éthiques]? »

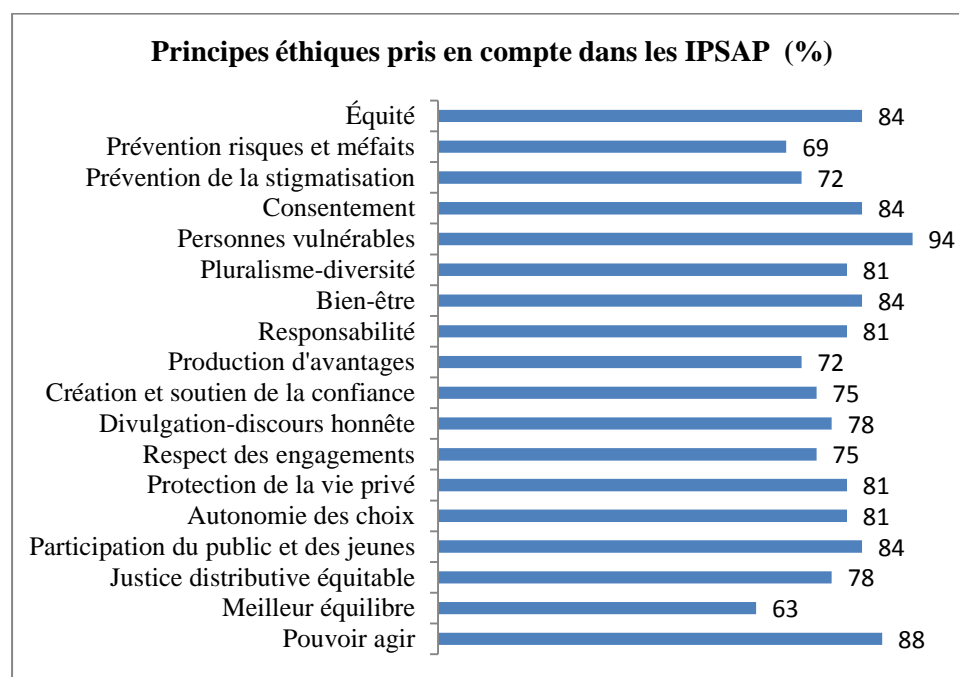


Figure 41. Fréquence des principes éthiques pris en compte dans les IPSAP par les acteurs

Le principe éthique qui est pris en compte par 94% des acteurs est celui concernant les personnes vulnérables. Les personnes vulnérables font partie de plusieurs groupes cibles des IPSAP (e.g. population rurale, éloignée, défavorisée, faibles revenus). Les personnes vulnérables sont également liées aux principaux déterminants de la santé ciblés (e.g. insécurité alimentaire) : « Dans l'analyse du portrait du milieu, on va les amener à s'interroger sur des besoins

particuliers. Dans les portraits généraux d'un territoire élargi, on voit les populations vulnérables... on a contré cela en faisant la promotion des portraits par quartiers, pour identifier les poches, donc les quartiers vulnérables. Dans leur diagnostic, on les amène à tenir compte des dimensions des familles les plus vulnérables. Les villes possèdent une bonne expertise en ce sens ». Ce principe est suivi de près par celui du pouvoir d'agir (88%). Le pouvoir d'agir se définit comme : « la capacité des personnes à exercer un plus grand contrôle sur ce qui est important pour eux, leurs proche ou la communauté ». (Le Bossé, 2005). L'extrait suivant présente un exemple du pouvoir d'agir lié à un IPSAP: « c'est dans le transfert d'expertise, nous voulons que les intervenants reconnaissent qu'ils ont le pouvoir d'agir sur la promotion d'une saine alimentation, qu'ils se sentent compétents,... ». La participation du public et des jeunes est considérée par 84% des acteurs, en plus de l'autonomie des choix (81%): « Favoriser le soutien et la cohésion sociale »; «Les écoles choisissent de mettre en place des activités dans le cadre du contexte, et d'accorder l'ampleur qu'ils veulent ».

L'équité est prise en compte par 84% des acteurs, ce qui fait un lien avec le désir de plusieurs d'intervenir auprès des personnes vulnérables, de même qu'auprès des personnes vivant en milieux ruraux, où l'accessibilité à certains services et ressources peut être plus limitée que dans les milieux urbains. Par ailleurs, la justice distributive équitable est une préoccupation pour 78% des acteurs. Ce principe signifie qu'il y a une répartition des biens et des ressources proportionnelle dans les membres de la société dans un objectif de bien commun : « oui, je pense que c'est le fondement même de l'initiative; tout n'était fait pas en consolidation, on est au service aux citoyens, c'est la base qui a motivé cela. Tu ne fais pas de services aux citoyens si tu ne peux pas lui apporter de quoi de bénéfice et contribuer au développement sain de la communauté ». Enfin, ils sont nombreux à considérer qu'ils respectent le pluralisme et la diversité dans leurs IPSAP, par rapport aux groupes cibles ou les partenaires : « ça fait partie de ce qu'on appelle un milieu de vie complet, parce qu'un milieu de vie complet, c'est... une collectivité viable, un quartier viable, c'est un quartier qui permet à tout le monde de vivre bien. Donc, tout le monde, ça veut dire n'importe qui, que ce soit des personnes handicapées, des pauvres, des gens d'origines étrangères, et cetera, donc cela ça fait partie des principes de base, je dirais même... ».

Les acteurs reconnaissent plusieurs principes éthiques se rapportant plus directement à leurs actions, tels que le principe de responsabilité (81%) et le respect de leurs engagements (75%) : « très grande envers les membres, c'est la raison d'être du regroupement, on essaie d'identifier les besoins et d'y répondre- en formation, en organisation, en soutien». Par rapport aux liens qu'ils entretiennent avec leurs partenaires et collaborateurs, il leur est important de divulguer un discours honnête (78%), de même que créer et soutenir la confiance avec eux (75%). Ces principes s'appliquent également aux relations que les partenaires, les collaborateurs ou les participants entretiennent avec les acteurs rencontrés.

La prévention des risques et méfaits est moins rapportée, mais c'est tout de même 69% des acteurs qui en tiennent compte, de même que le meilleur équilibre entre les avantages et les risques (63%). D'autres principes éthiques comprennent le bien-être (84%) et la production d'avantages (72%) : « central parce que c'est... c'est là-dessus qu'on veut, on va, parfois, on va plus miser sur, justement, l'obésité, la santé, parfois on va plus miser sur l'environnement, sur l'économie, mais, ultimement, l'objectif, c'est de créer des milieux de vie de qualité qui, tu sais, qui répondent aux besoins de tous, et cetera ».

DIMENSION ÉQUITÉ

L'équité fait référence au jugement fondé sur la valeur de justice sociale. Elle réfère au redressement du caractère injuste d'une inégalité observée soit dans la distribution d'une ressource qui permet la santé ou dans un état de santé. L'équité permet de contrer les inégalités sociales de santé qui sont des écarts d'état de santé socialement stratifiés (Potvin, Moquet, & Jones, 2010). La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS cite « *qu'agir sur les déterminants sociaux de la santé habilite les gens, les collectivités et les pays* » (traduction libre) (Commission on social determinants of health, 2007). Cette Commission a recommandé trois principes sur lesquels baser les actions visant à faire progresser l'équité en santé :

1. Améliorer les conditions de vie quotidienne : les conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent.
2. Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources : les principales forces qui façonnent ces conditions de vie quotidienne, aux échelons mondial, national et local.
3. Mesurer le problème, évaluer l'efficacité de l'action menée, acquérir de nouvelles connaissances, former des effectifs spécialisés dans le domaine des déterminants sociaux de la santé, sensibiliser la population aux déterminants sociaux de la santé.

Les groupes cibles

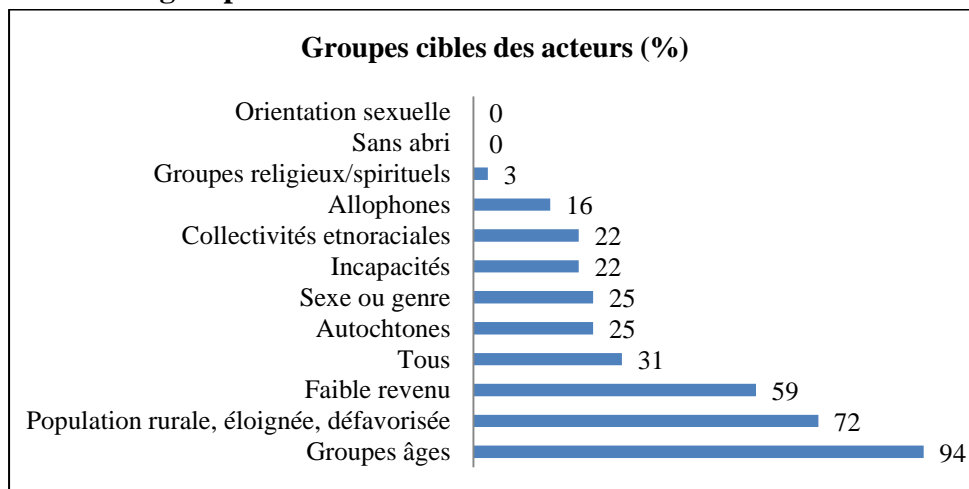


Figure 42. Fréquence des groupes cibles des acteurs

La Figure 42 présente les différents groupes cibles identifiés par les acteurs en entrevue. Presque tous les acteurs (94%) convoient différents groupes d'âge, principalement les jeunes (0-18 ans). D'autres axent leurs interventions vers les parents ou les familles. Certains acteurs ont des projets s'adressant seulement aux adultes. Ils sont une majorité (72 %) à considérer les populations rurales, éloignées et défavorisées, dans leurs champs d'action, ce qui est cohérent avec le souci d'équité de plusieurs acteurs. Dans la même logique, près de deux acteurs sur trois (59%) orientent leurs actions vers les populations à faible revenu. C'est le tiers des acteurs (31%) qui offrent ses services et ses activités à toute la population. À des proportions moindres, d'autres groupes cibles sont identifiés : les autochtones (25%), le sexe ou genre (e.g. activités pour les jeunes filles) (25%), les incapacités (22%), les allophones (surtout en milieux urbains) (16%) et les groupes religieux spirituels (3%).

Les critères des groupes cibles

Les acteurs s'appuient principalement sur des faits et la réalité des milieux, afin d'identifier les groupes cibles de leurs actions. En effet, l'utilisation des données disponibles et des portraits réalisés est évoquée par plusieurs acteurs. Ces données proviennent d'enquêtes, de portraits régionaux de santé, puisqu'il en ressort des informations sur les inégalités de santé ou encore, sur les déterminants et facteurs de risques. D'autres s'appuient sur les meilleures pratiques, *evidence based*. La réalité du milieu inspire le choix des groupes pour bon nombre d'acteurs et ce sont surtout ceux défavorisés qui attirent leur attention. Pour certaines régions, l'environnement est autant constitué de milieux urbains, semi-urbains et ruraux. Puisque certains milieux de vie sont en développement, cela semble attirer davantage l'attention : « *milieux de vie en développement et les milieux de vie en dévitalisation, parce que c'est les deux milieux où ça bouge et il faudrait faire quelque chose. Malheureusement, actuellement au Québec, les milieux de vie en développement sont tellement nombreux puis prennent tellement de ressources, qu'en ce moment, c'est là-dessus qu'on met la priorité* ». Parfois, ce sont les préoccupations amenées par les partenaires qui influencent le choix des groupes cibles : « *le choix des jeunes est fait plus en fonction de ce que les partenaires présents pensaient* ». QEF, étant un partenaire assez présent dans la province, est également un incitatif au développement des IPSAP, principalement en ce qui a trait aux jeunes et aux clientèles vulnérables : « *QEF souhaitait les prioriser parce qu'au niveau des SHV, c'était plus à ce niveau-là, on travaille l'image corporelle vers des SHV* ». À l'occasion, les acteurs ne ciblent pas un groupe en particulier, mais offrent plutôt leurs services et les activités à tous. Certains proposent même une activité qui s'adapte aux gens.

La considération de l'équité

Selon les informations recueillies en entrevue, un peu plus de la moitié des acteurs (53%) considèrent l'équité dans leur IPSAP. Ainsi, 28% des acteurs affirment avoir considéré l'équité lors de la phase de conceptualisation, ce qui se traduit principalement par le fait d'être préoccupé et de privilégier les milieux défavorisés et ruraux. Certains évoquent porter une attention particulière aux personnes d'autres nationalités, aux autochtones et aux groupes vulnérables. Dans d'autres cas, l'équité est considérée afin de prévenir la régression ou encore, en réponse à un système social et une situation politique précaire : « *la mesure environnementale est bonne. La taxe, semble pertinente pour limiter la régressivité* ». Un taux plus faible (16%) relate que leur considération est plutôt émergente. Dès lors, certains prennent conscience des adaptations nécessaires pour répondre davantage aux besoins des milieux autochtones, ou encore de ceux qui ont le plus besoin. D'autres se penchent désormais vers une approche populationnelle et certains réagissent devant les inégalités : « *le développement est justement face aux inégalités, il a vraiment émergé des milieux* ». Finalement, seulement 9% mentionnent considérer l'équité après-coup, par des constats sur le portrait des participants aux activités (population défavorisée vs favorisée), ou par l'intérêt de partenaires provenant d'un domaine spécifique (e.g. domaine social).

L'adaptation de la communication

Environ le tiers des acteurs (34%) adaptent sa communication en fonction des groupes ciblés. Certains le font selon les milieux ciblés (écoles, CPE, milieux communautaires ou ruraux), tandis que d'autres l'effectuent en fonction des individus (familles, allophones, autochtones, décideurs, professionnels ou encore, les municipalités).

DIMENSION PÉRENNISATION

Cette dimension fait référence au processus permettant la poursuite d'une intervention, une fois l'assistance financière et technique terminée. Il s'agit d'un processus de routinisation qui aboutit à la pérennité d'un IPSAP (Ridde & Dagenais, 2012; Pluye, 2007).

Les enjeux de la pérennisation

Pérenniser signifie rendre durables, voire permanentes les actions des IPSAP. Souhaité par plusieurs, ce processus n'est pas toujours facile et fait l'objet de nombreuses préoccupations actuelles et futures par rapport à de nombreux IPSAP. Les acteurs font état des enjeux concernant l'avenir de leurs projets. Évidemment, le financement est une source d'inquiétude pour plusieurs, puisqu'ils bénéficient de fonds au démarrage des projets, mais la mise à jour et la poursuite des activités vont dépendre de leurs capacités à trouver des fonds nécessaires. Pour certains, le financement était dépendant de QEF et doit être substitué par d'autres bailleurs de fonds, ce pourquoi quelques-uns portent un jugement critique sur la procédure réalisée : *« QEF est arrivé avec une 2e vague de financement régional et est finalement accordé dans la mesure qu'un plan d'action soit réalisé selon certaines balises. C'est un membre qui a un pouvoir disproportionné par rapport aux autres, ça biaise le travail. On voulait que le comité PAG devienne un instrument d'allocation de fonds, le financement de ces structures-là est un financement conditionnel à certains critères »*. Outre les ressources financières, le roulement du personnel affecte aussi le déroulement des activités. Dans certains cas, le porteur du dossier ou le leader quitte et il est parfois difficile de le remplacer, voire même difficile de donner suite au projet.

Dans un autre ordre d'idées, certains acteurs soulignent le manque de suivi des projets et des formations, ce qui les laisse parfois dans le néant par rapport à leurs propres actions, ainsi qu'à celles des autres : *« pas de suite à la formation, pas attachée à une planification, influence les décisions ? »*. D'ailleurs, le dédoublement d'actions par d'autres acteurs et la compétition existante affectent la pérennisation : *« Émergence des 2 concertations, en même temps que la TIR fonctionnait, cela donnait un sentiment de duplication »*. Les enjeux sont parfois en lien avec les partenaires et les collaborateurs, alors le manque de mobilisation entre les partenaires peut nuire au projet si ces derniers ne comprennent pas leur rôle, de même que les actions devant être menées. Parfois, la santé publique a un fort leadership et certains lancent l'hypothèse que ce peut être un facteur nuisible à la concertation : *« ces acteurs-là voyaient que la santé publique était trop en contrôle de la table ? »*. En ajout, des acteurs perçoivent les collaborations suggérées par QEF comme une perte de temps : *« QEF incite à la collaboration, et peut créer une certaine ingérence et une perte de temps »*.

Les stratégies de pérennisation

Malgré les différents enjeux pour parvenir à la durabilité des IPSAP, certains tentent de pérenniser leurs informations et leurs actions en donnant le flambeau à d'autres organismes : *« À QEF, chacun des regroupements locaux des partenaires va reprendre le projet (nutritionniste et une autre personne) pour poursuivre les travaux débutés »*; *« va via les services des loisirs »*; *« on travaille avec les municipalités »*. D'autres relancent l'image de leur organisation ou cherchent à accroître leur visibilité : *« notre image corporative, notre logo, on a relancé cette image pour se distancer un petit peu du milieu environnemental »*. Des acteurs évoquent que créer des nouveaux liens, consulter les partenaires et recruter de nouveaux participants constituent également des stratégies pour la pérennité de leurs IPSAP : *« que tu essaies d'être stratégique et de te connecter dessus, tout le monde, tu regardes c'est qui qui s'est connecté »*

autour, puis là, tu essaies de créer des liens là... ». Enfin, en lien avec les sources de financement, certains s'orientent vers de nouvelles ressources dans le but de poursuivre leurs activités : « devenir éventuellement autosuffisant ... genre trouver d'autres ressources financières que seulement des subventions ».

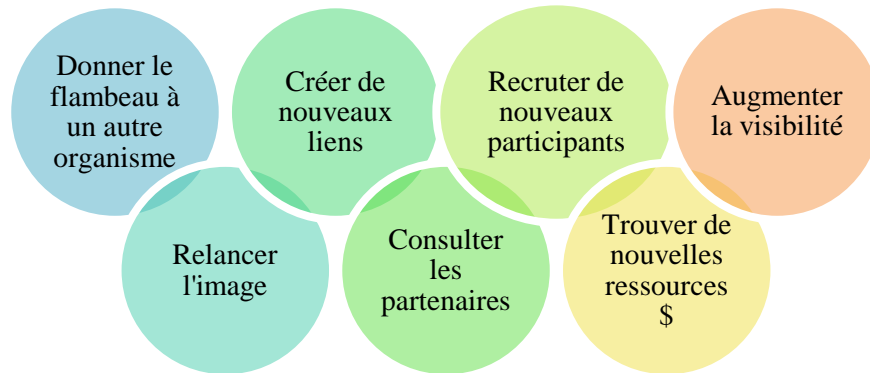


Figure 43. Stratégies de pérennisation : éléments clés

Les signes et symboles d'appropriation par les milieux

La pérennisation des IPSAP peut aussi être jugée selon l'appropriation par les milieux. Les acteurs identifient différents signes et symboles qui traduisent cette appropriation tels que: les demandes, la participation, la mobilisation, les renouvellements, la verticalité ascendante descendante, le ressenti et l'adaptation. : *« Par leur intérêt aussi, de plus en plus, l'information, on nous en demande »*. Dès lors, les dossiers appropriés sont appuyés par une formation et suscitent un intérêt ainsi que des questionnements qui entraînent un effort populaire. Des acteurs observent également des véhicules qui sont privilégiés pour l'appropriation par les milieux tels que : le bouche-à-oreille, les regroupements locaux de partenaires et les bilans. Le fait de favoriser une approche argumentaire et non persuasive facilite cette appropriation. Malgré que la situation financière peut être difficile, certains observent que des projets sont institutionnalisés sans financement : *« mais souvent ils font le projet quand même. À même leurs fonds »*.

La reconnaissance d'expertise des réseaux communautaires est un autre signe d'appropriation : *« mais oui, il y a une acceptation qui peut être très forte, une adhésion, vraiment genre, du monde qui sont, ou ce qu'on dit, ça va être... c'est la parole divine là, parfois, parfois c'est impressionnant, on le voit sur les réseaux sociaux »*. Néanmoins, il y a parfois une reconnaissance mitigée du secteur public de certains IPSAP communautaires : *« tu sais, dans les professionnels, c'est moins vrai quand même, mais ça reste qu'il y a du monde qui jure vraiment, par ce qu'on produit, par ce qu'on dit... puis d'autres, à l'inverse qui sont complètement barrés »*. Certains projets ont connu un départ plus difficile dû à des réticences initiales, mais ces acteurs voient maintenant une émergence de l'intérêt et par ricochet, des investissements : *« au départ, le changement a suscité de l'opposition... Avec les années, certains ont vu que cela devenait un levier et de susciter plus d'investissement dans leurs services »*.

Le lien entre l'intérêt et l'appropriation se voit sur le terrain et s'y développe avec du temps, une volonté et des énergies investies. Le fait que certains projets soient clés en main ou simplement faciles d'utilisation est considérable pour favoriser l'appropriation. Des vecteurs d'appropriation sont perceptibles selon les spécificités géographiques, tel le secteur public pour les grands centres

et petits organismes en région : « *dans les régions, c'est souvent... c'est souvent, mettons, euh... des comités quelconques, des petits organismes qui prennent ça en charge...* » Enfin, la municipalité est un lieu prometteur d'appropriation locale et institutionnelle pour les ONG : « *Ce sont surtout les municipalités avec un permanent en loisir, parce que nous les rencontrons, ils nous connaissent. Le réseau scolaire, oui, surtout où il y a des animateurs en loisir ou en sport et pour ce qui est des associations régionales et des clubs ça, nous sommes intégrés, nous sommes au bout de l'ordinateur avec eux chaque semaine. Alors pour ça il n'y a pas de problème* ».

DIMENSION TRANSFÉRABILITÉ

Le transfert fait référence à la mesure selon laquelle l'efficacité perçue ou mesurée d'un IPSAP pourrait être reproduite dans un autre milieu, incluant le processus d'implantation et la combinaison dose-intervention-réponse aux fins de cette étude (Wang & al., 2006 ; Cambon & al., 2012). Pour évaluer le transfert, il faut non seulement jeter un regard sur le processus mis en œuvre et les outils disponibles, mais également sur les liens entre les IPSAP et la prévention des problèmes de poids, de même que les différentes retombées que ces actions ont dans les milieux.

Le processus de transfert

De nombreux acteurs (56%) possèdent un plan de transfert. Le processus qui en découle peut être réalisé à l'aide des outils, du réseautage ou bien, par la planification de l'IPSAP. Les outils utilisés peuvent être sous forme de site web (information, outils), d'infolettre, de courriel, de mémoire ou de trousse. Ce sont des outils pédagogiques ou de transfert d'expertise. Le processus de transfert peut également s'opérer par le réseautage : via des rencontres (partenaires, comités..), des réunions et des formations (individus, groupes professionnels, milieux). Divers événements favorisent aussi le transfert, tels que les conférences, les colloques ou encore des activités de levées de fonds, d'information et de sensibilisation. La création de communautés de pratique constitue aussi un lieu privilégié pour partager. L'accompagnement offert par les acteurs est stimulant pour le transfert, puisque cela outille et soutient, au besoin, les promoteurs de projets.

Les échanges entre les partenaires sont aussi porteurs d'informations : « *chacun a une responsabilité de ramener l'information dans leur organisation* ». Parfois, c'est un agent de promotion au sein d'une organisation qui réalise ce processus et dans d'autres cas, c'est effectué de façon informelle.

Ce peut avoir lieu lors de la planification et du fonctionnement, puisque la pérennisation des actions est une stratégie de transfert qui est prisée. La mise sur pied de mécanisme de communications et de transfert des connaissances est aussi nommée : « *structurer le transfert de connaissances pour que les apprentissages réalisés, les bonnes pratiques acquises, les connaissances développées par les communautés et les promoteurs de projets soient connus, diffusés et utilisés* ». Certains estiment que réaliser une évaluation permet aussi de faire ce processus.

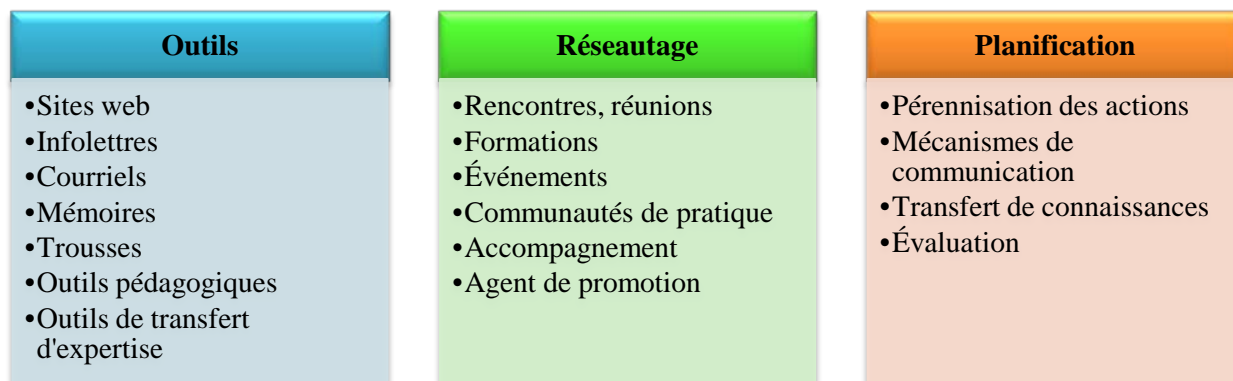


Figure 44. Éléments clés du processus de transfert

La perception de potentialité de transfert

Puisque les acteurs mettent en œuvre différentes stratégies et moyens de transfert, la façon dont ils perçoivent la potentialité est aussi variable. Plusieurs s'appuient sur l'appréciation du produit (outils, formations...) par les utilisateurs, notamment par des commentaires recueillis lors d'évaluation de l'activité: « *fiches thématiques qui sont souvent un plus, qui sont appréciées dans les commentaires* ». Certains perçoivent l'intérêt des milieux rencontrés: « *toutes les municipalités et MRC ont été rencontrées, beaucoup d'intérêt!* » L'utilisation des outils constitue également un indicateur pour plusieurs: « *outil qui a été acclamé de tous* ». Certains mesurent l'utilisation par l'augmentation du nombre d'outils en circulation, le potentiel de nouveaux utilisateurs, le type de milieu qui l'utilise et pour quels types de clientèle. Le nombre de participants est un bon indicateur, il peut être calculé en fonction du nombre d'individus, de nouveaux organismes, d'écoles, de régions ou de municipalités qui sont participants ou abonnés : « *plus de 700 municipalités qui font une politique familiale* ». Les acteurs s'appuient aussi sur le nombre de personnes rejointes, tels les écoles, les enseignants, les professionnels de la santé, les entraîneurs sportifs ou encore, les moniteurs de terrain de jeux. Le nombre de distributions et de publications est un autre indicateur : la distribution d'affiches, de pochettes, de recueils ou de bulletins d'information, par exemple : « *4 parutions d'un bulletin d'information par année, qui va directement dans les écoles, dans les municipalités, auprès de nos partenaires, auprès des comités de loisir, auprès des comités des associations régionales* ». Certains font d'ailleurs des envois par courriel ou par la poste. Moins souvent, ils évaluent cela par l'intégration de leur IPSAP à d'autres activités. Il arrive quelques fois que la potentialité est variable en fonction de tous les éléments pouvant l'influencer (contexte, acteurs, milieux, outils..) : « *Pour les écoles, il y a moins de demandes* ».

Les événements publics majeurs

Quelques acteurs réalisent des événements publics d'envergure (25%). Le plus souvent, ce sont des événements sportifs (e.g. GDPL), liés à l'alimentation (e.g. Défi moi je croque, Épluche ta ville), ou culturels (e.g. La fête des voisins). Parfois, ils sont de type promotionnel : « *15 gagnants participent à une journée qui a lieu en août, qui est le défilé de la diversité corporel et on fait aussi promotion de cette journée-là, vidéo de l'événement* » ou bénéfique. Enfin, quelques événements sont scientifiques (journées provinciales, forum international).

Les outils des acteurs

Une multitude d'outils en différents formats sont disponibles. Il a été possible de créer un tableau regroupant les outils des acteurs (liste non-exhaustive) en fonction des données d'entrevues, des sondages et de la recherche documentaire (Annexe J). En catégorisant ces outils, il ressort que les plus fréquents sont les documents et les publications (N=62), les guides (N=45) et les outils divers (pédagogiques, apprentissages, cadres, autres) (N=36). Plusieurs font aussi des formations (N=26), des sites web (N=22), des ateliers (N=19), des vidéos (N=18), des affiches (N=18) et des infolettres (N=17).

La contribution aux pratiques cliniques préventives

Les Pratiques Cliniques Préventives (PCP) sont des interventions incluant le counseling sur les habitudes de vie, le dépistage de maladies ou facteurs de risque, la vaccination et la prescription de médicaments préventives. Ces pratiques permettent d'agir en amont des problèmes pour ainsi réduire la morbidité et la mortalité évitables en favorisant la santé et en prévenant les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux. En prévention clinique, on peut définir les principaux types d'intervention de la façon suivante :

1. Counseling : *« Processus de communication centré sur le patient et ciblé sur un problème ou des objectifs de santé qui peut comprendre un ensemble d'activités telles que: évaluer les connaissances et les motivations, fournir de l'information, conseiller de modifier un comportement inapproprié, renforcer un comportement souhaitable et monitorer les progrès accomplis ».* (Elford & al.2001).
2. Dépistage : Détection précoce d'une maladie silencieuse (asymptomatique) ou de facteurs de risque pouvant conduire à des problèmes de santé. En clinique, le dépistage peut être systématique, lors d'un examen périodique ou d'un bilan de santé, ou encore être réalisé de manière opportuniste (recherche de cas ou case finding) lors d'une consultation pour un problème particulier ou un suivi.

Ainsi, il y a 56% des acteurs qui jugent que leurs IPSAP contribuent aux PCP, contre 19% qui affirment le contraire.

Le lien causal entre IPSAP et réduction du problème de poids

À la question : *« Est-ce que le lien causal est établi entre l'IPSAP et la réduction du problème de poids? »*, l'analyse des résultats permet de situer les IPSAP dans un gradient pouvant aller de aucunement lié vers un lien de causalité, tel qu'illustré à la Figure 45.



Figure 45. Lien causal de L'IPSAP et la réduction du problème de poids

Certains acteurs perçoivent un lien de causalité entre leurs actions et les problèmes de poids en agissant autant sur l'individu que l'environnement : *« oui par les changements d'environnements ou de l'information qui est transmise, mais pas une action directe personne à personne pour une perte de poids. On modifie un ensemble de situations qui permet de changer éventuellement une norme sociale ou groupe »*; *« À ce compte-ci, oui, si tu fais la promotion d'une culture culinaire saine savoureuse et que les gens adoptent des meilleurs comportements alimentaires tu contres une obésité potentielle ».*

Peu d'acteurs évaluent avoir une pratique prometteuse liée avec les SHV : *« on est une initiative rapportée par Santé Canada: pratiques prometteuses au Canada, mais le lien plus sur les SHV. »* D'autres voient plutôt une probabilité de causalité, car ils ont des données probantes ou plus souvent, c'est par déduction logique : *« Probablement... moi, je ne peux pas te dire là... Tu sais, je présume que oui »*; *« on sous-entend que si les jeunes sont plus actifs, ça peut avoir une influence sur les problématiques liées au poids »*. À peine quelques-uns se basent sur des observations et des tendances : *« pas prouvé exactement. Il y a un lien qui est observé entre la forme des milieux de vie, la nature des environnements, de l'environnement bâti, et puis les problèmes de poids... je pense qu'on ne peut pas parler de preuve, mais il y a une observation »*.

Les évaluations d'impacts des différents IPSAP sur les problèmes de poids ne sont certainement pas chose facile ni pratique courante. Comme plusieurs IPSAP sont récents, cela explique en partie pourquoi la plupart des acteurs n'arrivent pas à établir de lien de causalité : *« pas rendu là. Pas dévaluation. On essaie de mettre en place des projets prometteurs, littérature qui vient soutenir la mise en place des projets. Ça fait 3 ans qu'on a une structure, peut pas voir un impact à court terme »*; Parfois, la nature de l'IPSAP ne permet pas d'établir de possibles liens causaux : *« on ne peut pas parler d'un lien causal, on parle de sessions de sensibilisation, on souhaite que des actions se mettent en place dans les communautés après. On ne peut pas dire que parce qu'on a donné la session, y'a des projets qui sont nés de ça. Ce n'est pas une action ou une session qui va arriver à faire des actions sur le terrain »*; *« Non, pas de lien établi, à moins d'être dans une approche clinique individualisée, mais non on est une approche plus globale »*.

Malgré tout, plusieurs croient tout de même contribuer à la prévention : *« C'est une contribution très certaine, mais la fenêtre de temps pour en voir l'effet est beaucoup trop courte. Probablement que ce qu'on a là comme contribution ça serait mesurable dans 10 ans, 12 ans, 15 ans ou peut-être plus. Lien causal, on le souhaite, mais pas démontré... Comme c'est pas cela qu'on vise »*; *« Impact direct sur l'individu non, mais sur son environnement... toute la complexité »*; *« On contribue à changer la norme sociale »*.

Les retombées : Évolution des pratiques du milieu

Les acteurs se prononcent sur leur perception quant à l'évolution des pratiques du milieu en lien avec leur IPSAP. Plusieurs perçoivent la sensibilisation et la prise de conscience des différents groupes et milieux : *« oui, plusieurs milieux qui maintenant accordent de l'importance à l'image corporelle. Activités pour sensibiliser les jeunes. Sensibiliser au fait que si t'offres une saine alimentation ce n'est pas plus dispendieux »*; *« SHV ont une plus grande importance »*. Cela peut aussi se voir par les modifications de perception et de discours : *« Acceptation par les municipalités de leur contribution aux saines habitudes de vie »*; *« transforme le discours du milieu municipal »*. Des acteurs notent des changements de pratiques autant par rapport aux SHV, dont plusieurs sont au niveau des pratiques culinaires en services de garde, qu'en lien avec les activités éducatives alimentaires, tels les potagers. Il y a des écoles où les jeunes s'impliquent dans le choix des menus. Dans d'autres cas, ce sera la transformation des mandats des organismes de dépannages. D'autres transformations concernent l'environnement et l'activité physique, par exemple dans l'aménagement du territoire et le développement du transport actif. Cela touche aussi les infrastructures : *« beaucoup de parcs qui ont commencé à améliorer des choses. Retombées positives malgré que ça coûte cher, intéressant les retombées sur les infrastructures sportives et les parcs »*.

Des changements au niveau des activités réalisées sont observés, par le développement de nouvelles activités, comme le développement d'atelier alimentaire, le volet transfert de connaissances ou la mise en place d'une nouvelle fonction sur la page Facebook, pour favoriser la participation. D'autres activités sont plutôt en évolution ou en amélioration. Parfois, ces changements peuvent être liés davantage à la gestion et la pérennisation : « *être inscrit dans le programme éducatif* »; « *l'institutionnalisation du développement moteur en milieu scolaire* ». Des mutations au niveau des partenariats, concertations et mobilisations reflètent l'évolution des pratiques. Certains favorisent la mobilisation des acteurs et leurs implications : « *mobilisation des acteurs pour réaliser des programmations concertées.* » D'autres observent le développement d'une maturation de la concertation : « *concertation plus mature qu'elle était avant le décroissement de silos* », qui elle, favorise la cohérence des actions : « *augmentation de la concertation de ces acteurs-là, y'avait pas de cohérence entre les actions* ». Les liens évoluent aussi dans le temps : « *Nos dernières actions d'y il a un an ont permis de faire beaucoup évoluer nos liens avec les municipalités, l'ouverture de laisser entrer les partenaires, que les gens viennent discuter avec eux, il y avait une fermeture de plusieurs milieux* ».

Dans l'esprit du pouvoir d'agir, plusieurs notent la prise en charge par les milieux, certains prennent les activités sous leurs ailes ou en développent de nouvelles : « *écoles ont des idées de projet, peuvent mettre des projets en place.* ». D'autres sont encore dans une phase de réflexion : « *les milieux se questionnent davantage sur la pertinence des actions qu'ils veulent mettre en place* ». Les municipalités prennent de plus en plus de place par rapport aux SHV, plusieurs s'impliquent dans des activités de promotion : « *300 municipalités qui font la promotion* »; ou sont ciblées par les actions d'autres milieux : « *ils retournent dans leurs milieux et les intègrent ou vont chercher le formateur pour l'offrir aux acteurs de leur municipalité* ».

Au niveau des comportements, peu d'acteurs observent des transformations chez les enfants : « *impact au niveau des failles, les enfants rapportent cela à la maison, y a eu des changements de comportements face à la boisson sucrée* ». Puis, quelques-uns notent des changements liés aux connaissances, aux apprentissages : « *la connaissance des enjeux et le niveau de priorité ont beaucoup augmenté* » et à la motivation : « *l'idée est très vivante et active, on reçoit des appels* ».

Les retombées : évolution dans le temps des IPSAP

Tel que vu tout au long de cette analyse, les acteurs font souvent mention du caractère essentiel de l'adaptation des IPSAP dans diverses circonstances. Élément important des étapes charnières d'implantation et de la concertation avec les partenaires, l'adaptation est incontournable. De plus, cela constitue un facteur considérable de la formule gagnante et agit comme facteur de renforcement stratégique. Ainsi, l'IPSAP évolue dans le temps et dans son contexte et doit s'adapter aux milieux dans le but de mieux rejoindre les milieux ou de répondre adéquatement aux réalités du terrain et aux besoins identifiés : « *adaptation aux milieux, aux besoins, aux différents partenaires cibles. Clientèle cible* »; « *adapter les stratégies pour atteindre les milieux* ». C'est parfois les outils et le matériel développé qui doivent être adaptés : « *adapter le matériel pour que ça soit réaliste pour les milieux ruraux et autochtones* ».

Les IPSAP ne font pas que s'adapter dans le temps, mais ils évoluent à différents niveaux. Les évolutions peuvent survenir dans les différentes étapes du processus, telles qu'à la planification stratégique, à la mise en œuvre, de même qu'au transfert et à la diffusion. Donc, au niveau de la

planification stratégique, ce qui évolue davantage est la façon de travailler des acteurs, soit en travaillant plus directement ou différemment avec le public cible ou encore, en travaillant à être perçu comme une activité destinée à tous. Certains se sont d'ailleurs mieux structurés et organisés et ont ajouté de nouveaux volets ciblant différents milieux et groupes : municipalités, familles, réseaux de garde familiale et milieux scolaires. Ces volets peuvent viser l'équilibre de vie, le développement de compétences ou encore la sécurité alimentaire : « *volet sécurité alimentaire, c'est d'offrir des formations pour la mise en place de potagers au réseau de garde familiale* ». D'autres acteurs ont fait évoluer directement la stratégie, notamment pour améliorer la communication ou mieux rejoindre les milieux. Les approches ont changé dans certains cas, pour aller d'une approche par quartier ou individuelle vers une approche écosystémique. L'orientation de certains IPSAP a aussi changé selon la vision : « *vision qu'on a, autonomie et droit alimentaire; ajouté pour donner une orientation à notre organisation* »; ou encore, en travaillant avec des partenaires : « *on s'est réorienté, ça été difficile, on a travaillé avec les distributeurs de fruits et légumes dans les CPE pour mieux identifier ceux qui viennent du Québec et conscientiser les CPE à ces achats* ». En effet, les relations avec les partenaires ne sont pas toujours chose simple, pour plusieurs, l'arrimage et l'intersectorialité ne sont pas stables dans le temps : « *arrimage, local, régional et national et pour un niveau régional et les arrimages intersectoriels* »; « *intégration de l'ensemble des morceaux qui donnent un tout cohérent... construit qui s'est fait, et fait sens avec le terrain* ».

Pour la prestation et mise en œuvre, nombreux sont ceux qui ont modifié leurs actions. Subséquemment, certains IPSAP gagnent en popularité, entraînant parfois la création de nouveaux événements. Dans le cas contraire, certains ont réduit leur nombre de campagnes ou leur durée. Pour d'autres, la modification touche le contenu, les thématiques ou les interventions : « *plus d'intervention directe, plus claire pour les acteurs ce qu'ils doivent faire sur le terrain* » ; « *action moins publique* ». Quelques acteurs ont tout simplement créé de nouvelles actions, soit en réponse à l'intérêt des participants (« *développer la boucle* »), en réponse aux besoins (« *sensibilisation nutrition, maintenant 2 ateliers officiels, environnement du spinning évolue* ») ou encore, par l'influence d'expérience réalisée ailleurs (« *ajout d'une semaine : le poids sans commentaire. Utilisation d'une campagne existante aux É.-U.* ») La demande grandissante pour certains IPSAP a entraîné une couverture géographique et populationnelle élargie. Quelques acteurs ont souhaité améliorer leur accompagnement : « *fallu adapter l'outil aux milieux et aussi le soutien* ».

Finalement, en ce qui a trait au transfert et à la diffusion, l'évolution concerne principalement le développement et la modification des outils : « *plusieurs outils clés en main. PowerPoint monté, feuille d'animation avec du texte.* »; « *cadre de référence* ». La diffusion a été raffinée, dans le but d'améliorer l'accessibilité des connaissances, la compréhension des messages et la création de partenariats : « *colloque annuel, congrès régional, on travaille avec de nouveaux partenaires* ». Pour y arriver, certains utilisent de nouvelles méthodes telles que la formation en ligne, les webinaires, les conférences sur les écrans ou bien, les animations en classe.

DIMENSION DIFFUSION-DISSÉMINATION

La diffusion est une étape importante des IPSAP, non seulement pour transmettre des informations, mais également pour encourager la mobilisation et la participation. Elle fait référence à la dissémination passive, non planifiée et non surveillée; surtout horizontale ou par l'intermédiaire des pairs. De son côté, la dissémination réfère à la distribution ciblée d'information par des interventions spécifiques dédiées à des publics cibles. Les buts incluent le transfert de connaissances et les interventions fondées sur les données probantes (Glasgow & al, 2012; Rogers & Everett, 1983; Steckler & al., 1992).

Les éléments de succès de la diffusion

L'utilisation des médias et des réseaux sociaux est un facteur de succès considérable. Les acteurs utilisent les médias écrits, la télévision et la radio, mais surtout le web (site web, vidéos, bulletin électronique, Facebook, réseaux sociaux). Lors d'événements (e.g. forum), il arrive que les médias dressent une couverture médiatique de ceux-ci, puisqu'il s'agit de moments puissants qui apportent de la visibilité. La diffusion aux acteurs et aux partenaires constitue également un élément de succès. Certains reçoivent les rapports annuels ou encore les rapports d'évaluation, tandis que d'autres privilégient des envois sous forme de bulletin d'informations. Les partenaires et les membres jouent aussi un rôle dans la diffusion puisqu'ils sont invités à diffuser dans leurs réseaux spécifiques. Le fait qu'il y ait un acteur clé, voire un porte-parole, qui ouvre des portes ou bien une organisation ambassadrice, est aidant afin de rejoindre de nouveaux milieux, de même qu'encourager la mobilisation : *« toutes les questions d'organisation ambassadrice, de diffusion, d'interpeller, de faire connaître, de faire valoir »*; *« Le projet a permis de rejoindre davantage d'organismes communautaires jeunesse, de regroupements locaux de partenaires et de milieux œuvrant auprès d'une clientèle défavorisée »*. Dans la même logique, les partenariats sont un facteur de succès, pouvant être directement avec des médias (radio, télévision, journaux) ou encore avec d'autres acteurs (entreprises privées, QEF, gouvernement du Québec). L'implication des partenaires est importante pour la réussite des projets, mais également pour partager une vision commune. Il faut aussi travailler avec les organisations impliquées. Le message doit être simple, clair et transparent et la fréquence de diffusion a aussi sa petite part d'influence.

Un autre aspect pris en compte par les acteurs est qu'ils doivent être cohérents avec les besoins du milieu, les partenaires et les enjeux d'actualité. Cela peut se représenter par le souci d'être cohérent entre les besoins du palier local et ceux du palier régional, par exemple. Plusieurs cherchent également à développer un projet et des outils selon les préoccupations et les besoins du milieu : *« offrir quelque chose qui représentait selon nous le point de vue de toutes les parties impliquées »*. Le fait d'avoir des comités (de travail, de suivi, organisateur, aviseur) favorise la réussite de la diffusion. Pour certains, la mise en place d'un comité assure le soutien d'agent de formation ou encore, il facilite la diffusion auprès des partenaires, des différents comités ou bien du public cible. Ces comités favorisent également la mobilisation locale et régionale : *« La mise en œuvre des actions du PAG au palier régional [...] Il existe officiellement deux comités, un comité aviseur pour les projets de mobilisation locale et un comité de travail pour les projets de mobilisation régionale dans le cadre du Fonds de Québec en forme »*. Plusieurs vont créer des occasions de partage, que ce soit l'organisation d'événements (journée nationale, rassemblement..), de conférences ou simplement de rencontres avec des gestionnaires d'organismes, des individus, des groupes cibles, des partenaires ou bien, des experts : *« les rencontres individuelles ou par groupes cibles, l'échéance a été déterminante dans le projet. »* Les acteurs vont chercher à mobiliser le plus d'individus possible : *« mobiliser le plus d'adultes,*

le plus de parents professionnels possible ». La stratégie de former des agents multiplicateurs est cohérente avec la mobilisation et le désir de prise du pouvoir d’agir par des individus et des groupes. Des acteurs rapportent que le bouche-à-oreille est très présent au niveau local et régional. Certains soulignent l’importance de respecter le rythme des milieux locaux.

Ces nombreux éléments de succès aux stratégies de diffusion sont parfois liés aux ressources présentes, telles qu’avoir des moyens technologiques, des outils visuels ou d’autres ressources en termes d’organisation. Pour certains, la formation de démarrage est un facteur crucial, de même que la facilité d’accès au matériel offert. Outre les ressources matérielles, les ressources humaines sont aussi importantes: ressources en communication pour faciliter le transfert, graphique professionnel pour donner plus de crédibilité, avoir du personnel compétent ou encore, bénéficier de la présence d’un formateur de QEF. Des facteurs de succès sont davantage liés au mode de fonctionnement et à l’organisation elle-même : avoir une approche *top-down*, assurer un suivi auprès des milieux qui ont reçu la formation, avoir un système de reddition de compte, offrir des services intégrés et de la sensibilisation ou encore, fournir des trousse d’intervention et des mesures de soutien à l’implantation et à l’intervention.

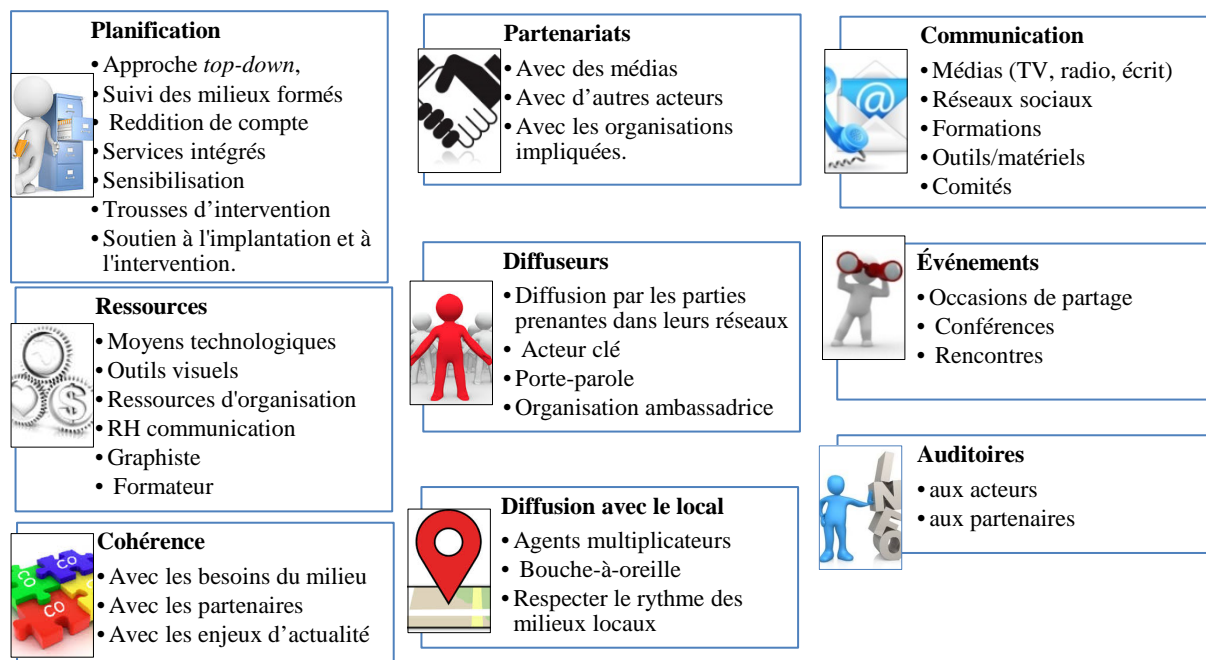


Figure 46. Éléments de succès de la stratégie de diffusion

Les éléments de contraintes de la diffusion

Évidemment, le manque de ressources (financière et en communication) est l’élément le plus contraignant à la diffusion des IPSAP, de par le budget limité de certains organismes, des projets non financés (création du site web), les coûts liés aux formations et à l’achat d’équipement ou le rapport coût versus le nombre de clients à rejoindre. De nombreux acteurs aimeraient avoir une ressource humaine experte en communication, puisque cela limite la capacité à diffuser : « *on n’a pas la masse critique nécessaire pour le faire.* ». En plus de la disponibilité de ces ressources, leur niveau de compétence influence la qualité de la diffusion. En ajout, le roulement du

personnel entraîne parfois des difficultés à rester en contact avec les intervenants. Ce roulement se répercute surtout dans les milieux politiques et municipaux avec les changements de gouvernance qui entraînent du retard et de la continuité dans certains dossiers. Le facteur temps est nommé par plusieurs, le momentum doit être idéal pour mettre en œuvre la stratégie de diffusion, puisque des imprévus peuvent nuire (e.g. nouvelle qui capte toute l'attention médiatique, le même jour qu'un événement est prévu.)

Dans plusieurs cas, les contraintes à la diffusion sont liées aux partenaires et aux réseaux. Il est parfois ardu de créer un lien de confiance dès le départ ou même, de bien leur faire comprendre le mandat. Aussi, leur disponibilité peut affecter le projet, surtout lorsqu'il se déroule en période estivale. D'autres soulignent plutôt le nombre restreint de partenaires ciblés et spécifiques comme éléments contraignants. En ajout, l'implication des partenaires à la diffusion dans leurs groupes et réseaux respectifs laisse parfois à désirer : *« participation inégale des membres. L'ouverture du milieu, dépendant de la quantité de travail mis par chacun des membres, comme dans tous projets; plus la personne a du leadership et un désir de participation plus ça fonctionne. Pis y'a un responsable par secteur donc si la responsable du secteur, c'est son 82e dossier prioritaire, on s'entend que pour tous les gens qui sont là, les SHV, c'est une partie.. et c'est pas prioritaire, sauf pour l'agence »*; *« Plusieurs personnes de réseaux qui sont pas les mêmes, fait qu'on n'a pas toujours la même vision de ce qui devrait être diffusé »*. Certains facteurs peuvent expliquer en partie le manque de participation des partenaires, telle la communication *top-down* : *« Ce modèle souffrirait cependant d'un déficit de communication, car il permettrait que l'information circule de haut en bas (des comités vers le local), mais pas du bas vers le haut (du local vers les comités) »*. Également, la sur sollicitation des mêmes acteurs peut jouer sur leur implication : *« Ce qui peut arriver, c'est que y'a quand même, si je parle du niveau local, y'a quand même dans certains cas, une sur sollicitation des mêmes acteurs, ce sont des gens extrêmement occupés et dans l'action, quand on essaie de dire et comprendre, se faire connaître, faire remonter ce qui se fait au niveau local, on a une difficulté. Malgré ce que j'ai nommé pour eux, témoigner de ce qu'ils font est de second ordre. Pour éviter de recréer la roue et parler pour se faire connaître, on met beaucoup d'effort à ce que le bottum up se fasse émerger à cause des acteurs locaux super engagés »*.

Plusieurs mentionnent qu'il règne de la compétition et de la concurrence autant avec le secteur privé que public. Certaines de ces difficultés prennent naissance à cause du financement : *« petites gamiques, protéger ses recherches ou ses ententes ou son université qui finance la recherche »*. D'autres fois, elles naissent du rôle respectif de chacun : *« toute notre histoire. On était vraiment dans la diffusion, portail et veille... Puis ce rôle n'a pas pu marcher, car Québec en Forme a décidé de le faire... cela aurait été un développement important pour le conseil »*. Au sein d'un même projet, il peut y avoir des anicroches entre les partenaires : *« les parties entre elles ont certaines altercations »*.

Quelques acteurs font mention de la difficulté à rejoindre les groupes cibles initiaux. Des fois, c'est en raison des régions très éloignées qui ne sont pas encore touchées par l'IPSAP ou bien, que les intervenants intéressés par les outils n'étaient pas ciblés. Dans d'autres cas, il y a une difficulté à répondre adéquatement au besoin : *« mais nous n'avons peut-être pas encore le bon produit pour accrocher le milieu corporatif »*. Ces obstacles sont parfois entraînés par le manque d'adaptation du contenu aux milieux : *« le monde présente beaucoup d'exemples dans nos*

activités, dans nos publications, dans nos conférences, beaucoup d'exemples étrangers. Puis quand on présente des exemples de notre ville, ils nous disent que c'est pas pareil aussi... tu sais, je dirais que ça, c'est un des enjeux qui est toujours difficile à faire, dire:" O.K. on sait que ce n'est pas pareil, qu'est-ce qu'on peut voir pour s'inspirer, pour améliorer les pratiques ici ».

Plus rarement, ils font mention que l'image de l'organisme nuit à leurs activités « *la perception fait qu'on est un organisme qui est à but non lucratif, un peu classé dans les environnementalistes, et cetera, ça qui ferme portes* », ou bien qu'il rencontre une résistance. À l'opposé, la popularité de certains les amène à ne pas réussir à diffuser le tout de façon intéressante, puisqu'ils ont augmenté leur production.

Les défis de la diffusion

Faire accepter et comprendre le message est quelque chose que les acteurs doivent surmonter. Ils nomment aussi qu'il faut travailler davantage avec les partenaires régionaux, puisque leurs organisations associées diffusent dans leur réseau, constituant à la fois un élément de difficulté et un défi. Dès lors, le porteur du dossier possède des capacités individuelles qui sont variables et qui peuvent affecter la qualité du travail faite pour rejoindre les différents groupes. Parfois, le manque de concertation affecte aussi l'organisation d'événements. Puis, le fait d'être un ONG (« *être assez facilement stigmatisé* ») représente, quelques fois, un défi.

Les éléments cruciaux de la dissémination

La participation des partenaires et des collaborateurs englobe une série d'éléments cruciaux nommés par beaucoup d'acteurs, démontrant une fois de plus leur grande importance dans tout le processus des IPSAP et comment ils sont indispensables à leurs succès. La concertation et l'engagement des partenaires ressortent comme point principal, de même que la participation et l'implication des membres : « *que ce soit attaché à l'organisation et non l'individu qui le représente, portée par l'organisation* ». Certains mentionnent que la création d'une communauté permet d'alimenter l'esprit de compétition et de réussite, ce pourquoi quelques acteurs encouragent les communautés de pratique ou les communautés autour des ateliers offerts. La participation requiert aussi d'avoir certains éléments en place favorisant l'intérêt à la démarche ou à l'adhésion. Comme il y a généralement un attrait à la nouveauté, les acteurs vont parfois se bonifier et se renouveler sur une base continue. Les comités de suivi et de contenu représentent aussi une stratégie pour soutenir la participation.

L'étape de la planification possède un lot d'éléments décisifs. D'ailleurs, répondre à un besoin est un point considérable, suivi d'une bonne planification, de bien cibler les personnes, de clarifier les objectifs et de bien choisir son approche, afin de maximiser les stratégies de diffusion.

La transmission des informations aux membres et publics cibles est un point tournant de la communication. La diffusion aux parties prenantes et aux participants se fait à l'aide de différents moyens déjà nommés. Cela permet de transmettre les connaissances, de maintenir la communication, ainsi que d'entretenir un dynamisme : « *Qu'est-ce que nous avons fait à date : un bulletin justement pour l'accompagnement et on essaye de diffuser les bons coups entre les milieux, nourrir un petit peu ce dynamisme-là* ». Quelques acteurs mentionnent que les ressources expertes (communication et santé) et financières composent elles aussi des éléments cruciaux. Enfin, le support et la souplesse pour s'adapter aux réalités des milieux, la disponibilité, le soutien, la validation, l'équité et l'accompagnement sont quelques fois mentionnés.

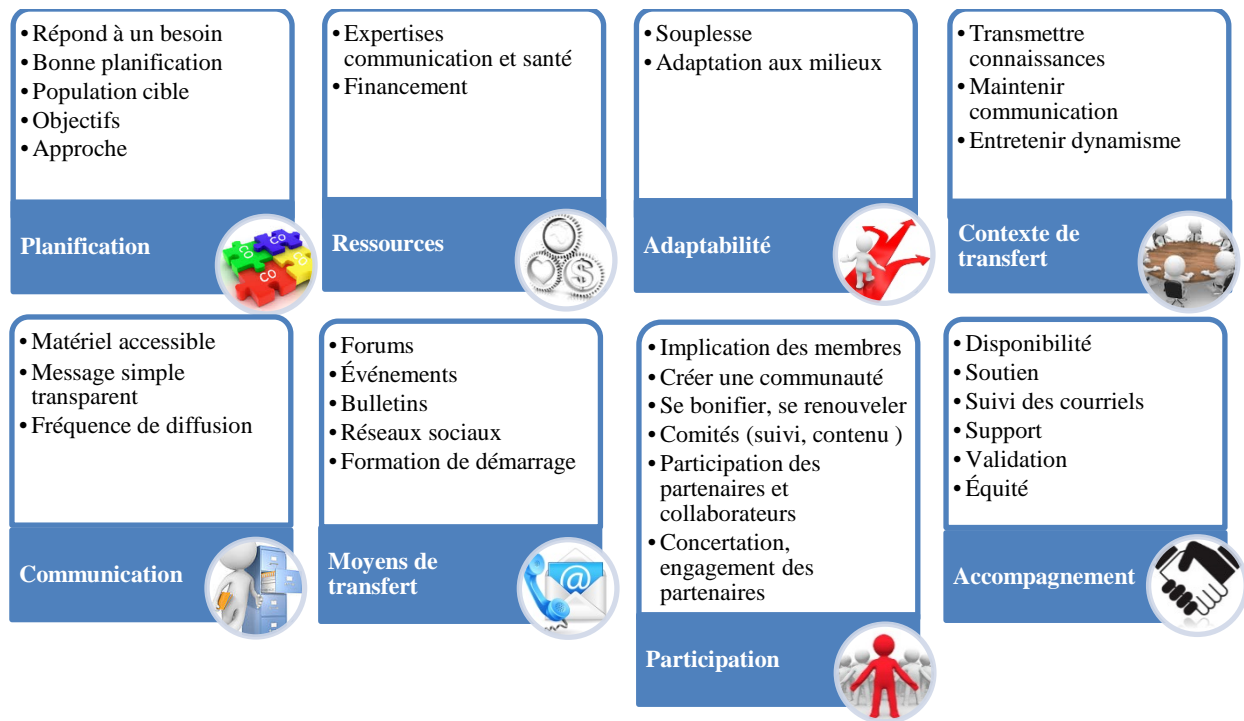


Figure 47. Éléments cruciaux de la dissémination

Les moyens futurs de la diffusion et dissémination

À la suite de ces différents constats sur le processus de diffusion-dissémination, les acteurs élaborent sur les différents moyens qu'ils souhaitent mettre en œuvre dans le futur. Ils peuvent être liés aux outils et moyens utilisés, aux programmes ou bien aux acteurs.

Liés aux outils et moyens

L'organisation d'événements, de colloques ou de conférences est dans la mire de plusieurs, puisque ça favorise une vision commune influençant le travail en complémentarité et, pour d'autres, cela permet d'obtenir une couverture médiatique ou permet de décentraliser les actions et les services : « *on prévoit travailler avec plusieurs régions à l'organisation d'événements pour promouvoir l'action municipale sur des déterminants de santé, décentraliser pour rendre plus accessible nos actions et services* ». Plusieurs désirent améliorer leur site web, en y ajoutant les résultats et les outils, ou bien en développant une section qui permettra le réseautage, le partage d'expériences et de questions, par exemple. L'utilisation des réseaux sociaux tels que *Facebook* et *Twitter* est citée, en plus de l'envoi de bulletins ou d'infolettres. Afin de transmettre l'information et faire la promotion, quelques acteurs veulent réaliser des campagnes télévisées et de promotion, de même que des vidéos. Comme certains programmes sont en développement, des outils sont prévus, mais ne sont pas encore disponibles. Quelques fois, les acteurs énumèrent d'autres moyens qu'ils souhaitent mettre en œuvre, tels qu'un magazine, un centre veille action, un affichage routier ou même une encyclopédie des collectivités viables. Quant aux résultats, ils désirent améliorer leur présentation et réaliser des communiqués de presse.

Liés aux parties prenantes

Tel que vu, les parties prenantes sont nécessaires et plusieurs acteurs souhaitent employer divers moyens pour favoriser les liens entretenus. L'organisation de rencontres est évoquée par plusieurs d'entre eux, ainsi que la mobilisation et la concertation des acteurs. C'est dans l'objectif que les parties prenantes partagent ensemble, s'impliquent, se renforcent et se stimulent mutuellement. Les formations et les webinaires sont prisés puisqu'ils facilitent les échanges et le partage d'expériences, ce qui est d'ailleurs aussi vrai pour les communautés de pratique. Dans le même ordre d'idées, mettre en place une plateforme de diffusion, de formation ou de partages d'information est autant d'intérêt. Néanmoins, peu d'acteurs mentionnent vouloir faire appel à un porteur de connaissances. De multiples acteurs aspirent à élargir leur diffusion à toute la belle province, en révélant leurs résultats d'évaluation ou en modifiant leur trousse d'activités, par exemple. Pour ce faire, ils songent, notamment, à produire des rapports d'évaluation et des bilans. Il est majeur pour quelques acteurs de diffuser les bons coups et les histoires à succès, afin d'encourager les bonnes pratiques, inspirer des idées ou partager des outils. Peu souhaitent offrir plus de soutien et d'accompagnement afin de consolider les actions ou montrer l'importance des commentaires.

Liés aux programmes

Certains désirent réaliser ou améliorer leur processus d'évaluation, en réalisant des évaluations du portrait, du plan, des formations ou encore, en améliorant le processus des sondages existant. D'autres convoitent de nouvelles clientèles (en besoin, en milieu rural). L'adaptation des sessions de sensibilisation aux milieux est aussi rapportée, de même que le développement d'un volet pédagogique pour intervenir auprès des enfants. Finalement, certains considèrent leur projet comme extraordinaire et tentent seulement de poursuivre leur quête de financement pour assurer la pérennité.

DIMENSION RÉSULTATS

Cette dimension fait référence à des changements ou à des différences résultant des extrants du programme. Ils démontrent le « pourquoi » du programme. Cette section s'attarde d'abord à la planification de l'évaluation, aux résultats perçus, observés, mesurés, non prévus et indésirables par les acteurs sur divers éléments liés à la question du poids, que ce soit les éléments de la balance énergétique (l'activité physique, l'alimentation), aux environnements favorables (économiques, politiques, physiques et socioculturels) ou encore, aux concepts clés des théories de changements de comportements (les croyances et les attitudes, la motivation, les connaissances, les compétences), de même qu'aux impacts sur la qualité de vie et sur les milieux associés aux jeunes (la famille, les centres de la petite enfance, l'école, le voisinage, la communauté). Au plan plus macroscopique, les impacts sur les politiques, sur les offres de service et sur la société sont proposés. Un regard est également posé sur les résultats probants des IPSAP. Finalement, un jugement global est aussi proposé sur l'ensemble, à partir d'une grille critériée quantitative et qualitative, tenant en compte la perspective subjective des acteurs et objective des évaluatrices. Nous n'exposons ici que les éléments pour lesquels un nombre important d'acteurs a répondu : les effets positifs et négatifs, les effets sur l'alimentation, l'activité physique, la motivation, les connaissances, les compétences, les croyances et les attitudes, la communauté et sur l'offre de services se trouvent en Annexe K.

L'intervention mapping

L'intervention mapping correspond à un guide méthodologique qui, à travers un processus itératif, intègre la théorie, les données empiriques issues de la littérature et les informations collectées auprès des populations visées. Il comprend l'analyse des besoins, les objectifs, la théorie et les méthodes, la séquence et le contenu, l'implantation et l'évaluation (Bartholomew, Parcel, Kok, Gottlieb & Fernandez, 2011; Bartholomew & Mullen, 2011). Subséquemment, une série de questions cherche à connaître la perception des acteurs sur le développement de leur IPSAP. Le postulat que nous soutenons à la base est qu'en l'absence de résultats clairs, précis, ayant été mesurés par les acteurs du réseau public ou des ONG, si nous retraçons le fil théorique et empirique du développement de l'IPSAP, on peut estimer de son potentiel d'influence à moyen terme, avec une méthodologie évaluative. L'intervention mapping, reconnue en matière rigoureuse de planification en promotion et prévention, constitue pour nous un indicateur, le plus faible dans notre échelle évaluative progressive où ultimement, les résultats probants sont les porteurs du jugement sur les IPSAP. Pour débiter, la majorité des acteurs se sont prononcés sur leur analyse des besoins par rapport à leurs IPSAP. La Figure 48 présente les taux de réponse par IPSAP pour chacun des choix donnés en entrevue (faible, moyen, élevé, aucune ou NA (sans réponse)).

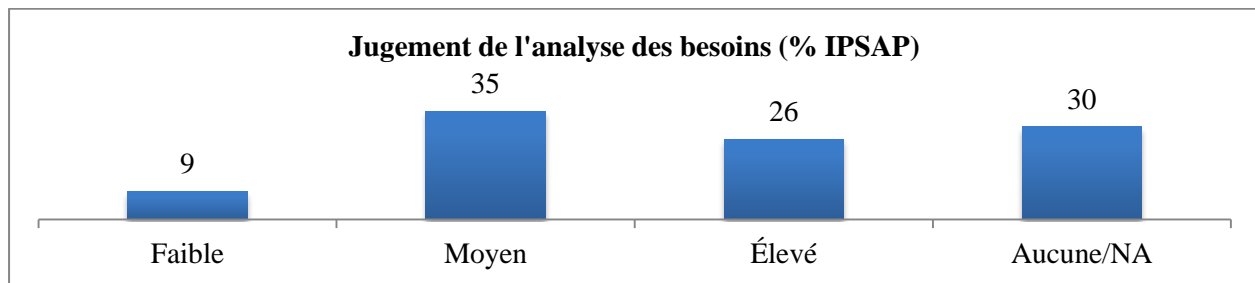


Figure 48. Fréquence du jugement de l'analyse des besoins des IPSAP

Les résultats montrent que la majorité des acteurs (61%) juge que l'analyse des besoins est moyenne à élevée. Pour ceux qui produisent des analyses des besoins, ils se basent principalement sur les données disponibles, les gens consultés, de même que sur les ressources et les opportunités. Les données disponibles proviennent généralement des analyses conduites. Elles peuvent porter sur les plans stratégiques, les actions des projets locaux et régionaux, les milieux et sur l'offre de services : « comité d'analyse qui analyse les actions, processus d'analyse et d'arrimage des projets local et régional. On fait des recommandations »; « ne se faisait pas grand-chose pour les 0-5 ans, analyse était bonne ». Certains s'appuient sur les statistiques, les études et les portraits. Les évaluations et les observations guident également ces analyses : « Développer les outils d'observation. Observation dans 2 arénas. Constats sur les besoins en approvisionnement des trois banques alimentaires ». Puis, quelques acteurs s'appuient sur des données de leur projet pilote ou encore sur les meilleures pratiques qu'ils étudient. La consultation aide plusieurs à dresser un portrait des besoins. C'est généralement par le biais de sondages, de consultations et d'entrevues avec les partenaires ou les participants cibles que c'est rendu possible : « Identification des besoins des intervenants et des parents, en termes d'outil d'éducation et de développement des compétences »; « chaque agent nous amène des infos sur la réalité, dans son plan, il doit évaluer les besoins, enjeux, et objectifs et la communauté fournit leurs enjeux par leurs bilans ». Ces rencontres permettent aussi d'identifier les préoccupations

des individus. L'analyse des besoins se mène parfois en fonction des ressources, essentiellement, ces ressources sont financières ou humaines (expertise, intervenants clés) et des opportunités dans les milieux. Peu estiment que cette étape est faible (9%) et près du tiers des IPSAP demeure sans réponse (30%).

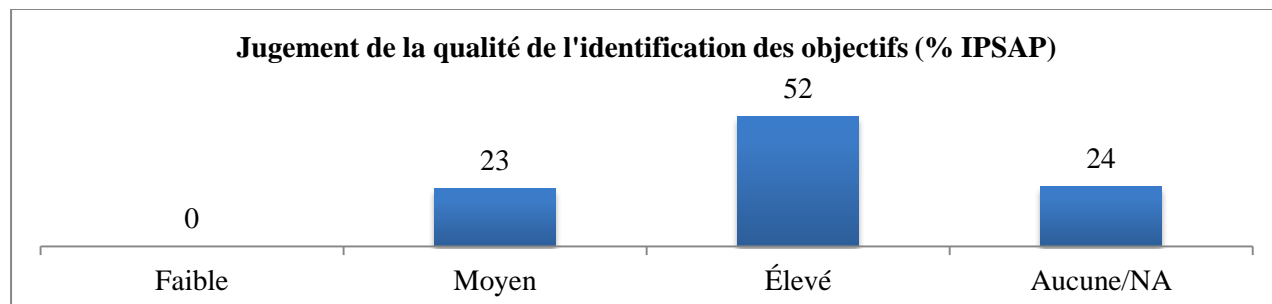


Figure 49. Fréquence du jugement de l'identification des objectifs des IPSAP

Les acteurs sont majoritairement convaincus d'avoir bien identifié les objectifs de leurs IPSAP (75% moyen élevé). Aucun n'estime avoir faiblement réalisé cette étape.

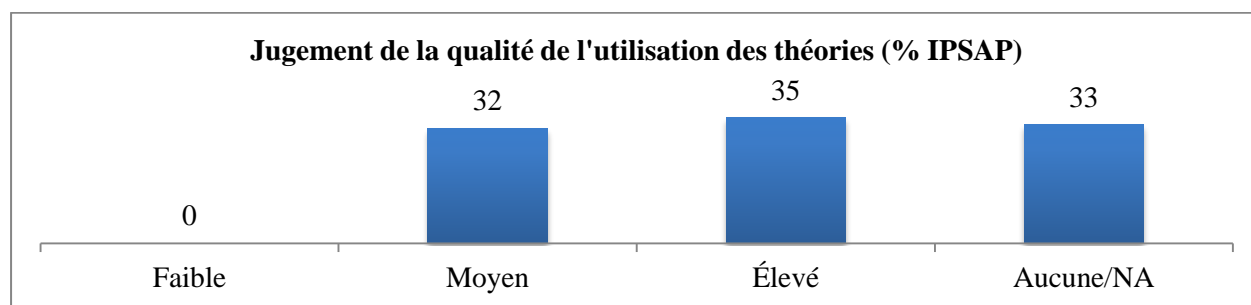


Figure 50. Fréquence du jugement de la qualité de l'utilisation de théorie

Plus de deux tiers des IPSAP sont basés sur une utilisation des théories à un niveau de qualité moyenne à élevée (67%). Les sources théoriques utilisées sont diverses, ce sont autant les données probantes, les meilleures pratiques, les études et les recherches ou encore appuyées sur des modèles (écologique, mobilisation, éducation populaire). Pour d'autres, la collaboration avec des experts ou la santé publique permet de les orienter, de même que la réalité du terrain : « *la réalité terrain a pris l'emphase. Plus terrain. Pas un mode d'application de modèles théoriques. Plus en action* ». Comme certains acteurs réalisent des IPSAP développés par d'autres, ces derniers deviennent leurs sources en termes de références théoriques (gouvernement, QEF). Enfin, les fondements d'une politique familiale constituent la base de certains. L'information n'est pas disponible pour le tiers des IPSAP à l'étude (33%).

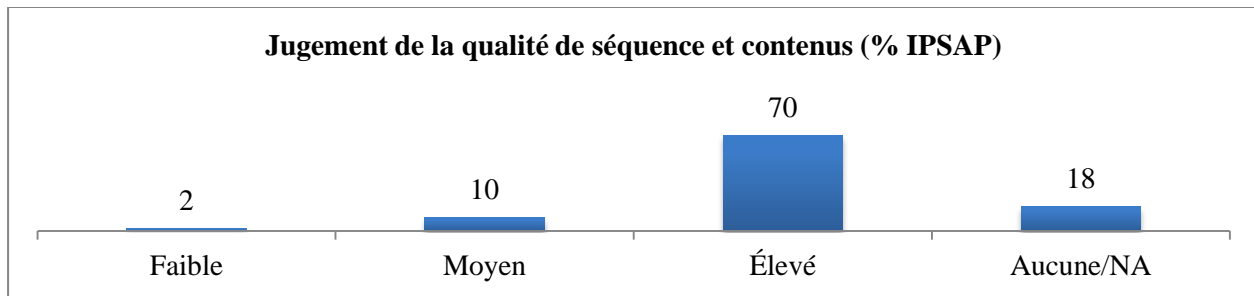


Figure 51. Fréquence du jugement de la qualité de séquence et contenus des IPSAP

La séquence et les contenus demeurent appropriés après l'expérience à un niveau élevé pour 70% des IPSAP. Certains acteurs expliquent ce haut niveau de qualité de par les processus découlant des plans d'action et des calendriers établis : « *plan d'action au partenaire. Processus très clair* ». Les interactions continues forment aussi un élément favorable au bon déroulement du processus. Concernant la qualité des contenus, certains reconnaissent que ce sont des experts qui les ont développés : « *bien monté, fait par une firme d'experts d'éducation.* » Quelques acteurs prêchent que le contenu adaptable de leur IPSAP explique leur qualité : « *toujours en mouvement. Développement, adaptation* » ; « *Former un comité aussi pour l'adapter au curriculum scolaire québécois* ». Très peu mentionnent que cette qualité est faible (2%), et cela s'explique de par les difficultés rencontrées (transition, contenu pas toujours approprié, changement d'acteurs, gens relativement insécures), ou encore, par le moment choisi pour mettre en œuvre l'IPSAP : « *fois je me questionne sur les dates du défi santé* ».

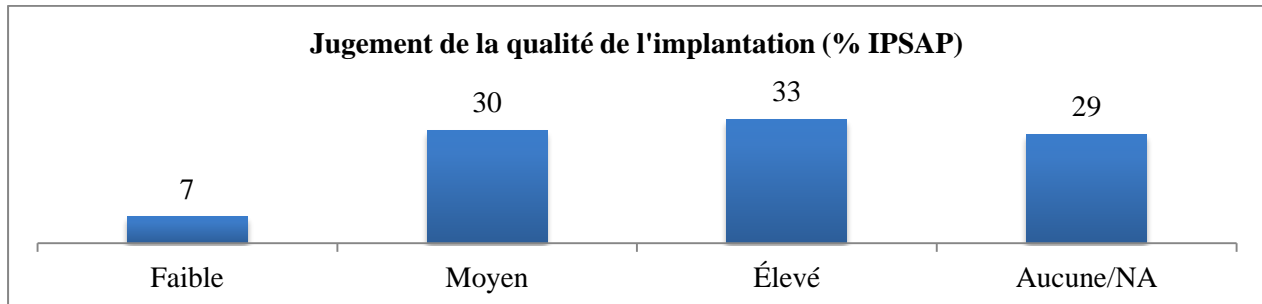


Figure 52. Prévalence du jugement de la qualité de l'implantation des IPSAP

Près de deux tiers des IPSAP (63%) ont une qualité d'implantation allant de moyenne à élevée. Plusieurs facteurs facilitant l'implantation sont énumérés par les acteurs, tels que : la participation des partenaires, la mobilisation, la réalisation d'une évaluation, l'intérêt des participants, l'offre de formations, le dépassement des objectifs, de même que procéder de façon systématique. Plusieurs facteurs contraignants à l'implantation sont également évoqués : les facteurs hors de contrôle et les efforts et temps supplémentaires requis : « *mobiliser des gros réseaux dans les 7 réseaux qu'on avait, délais supplémentaires, atteindre les objectifs, plus long que ce qu'on pensait, temps de mobilisation est long à faire, on veut le faire pour que les gens aient envie de continuer à faire des actions* ». Plusieurs enjeux affectent à la fois l'implantation et la pérennité : le roulement du personnel, peu de ressources dans les municipalités, enjeux politiques ou des lacunes à la planification : « *soucis de pérennité pas planifiée au démarrage* ».

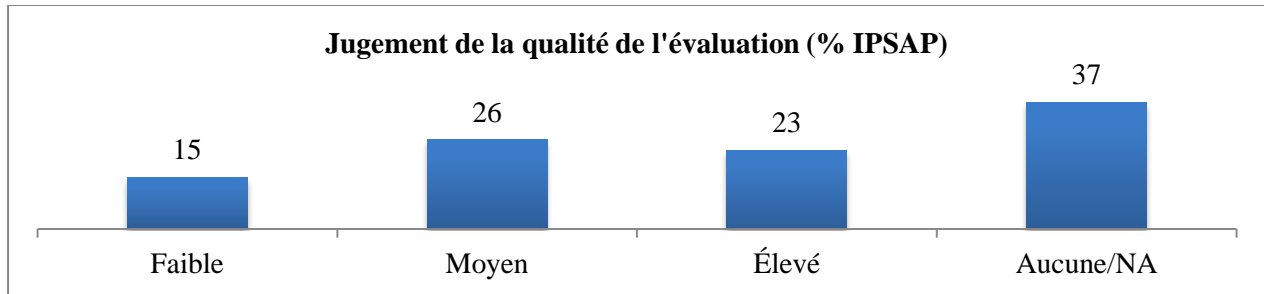


Figure 53. Fréquence du jugement de la qualité évaluation des IPSAP

Moins de la moitié des IPSAP est évaluée avec une qualité moyenne à élevée. De plus, 15% d'entre eux ont une qualité plutôt faible, et un taux relativement élevé (37%) n'est pas évalué ou bien l'information n'est pas disponible.

Évaluation de l'évaluabilité

Stade de développement des IPSAP

Les acteurs ont jugé du stade de développement de leurs IPSAP. Les résultats de 65 IPSAP sont ainsi rapportés en pourcentage sur le grand total de 82 IPSAP. Ainsi, la plupart des IPSAP (37%) sont en évolution, suivi par un taux moins élevé (15%) en constante (permanence). Ce n'est que 7% des IPSAP qui étaient bien intégrés, au moment de la collecte. (Plus de détails: Annexe M)

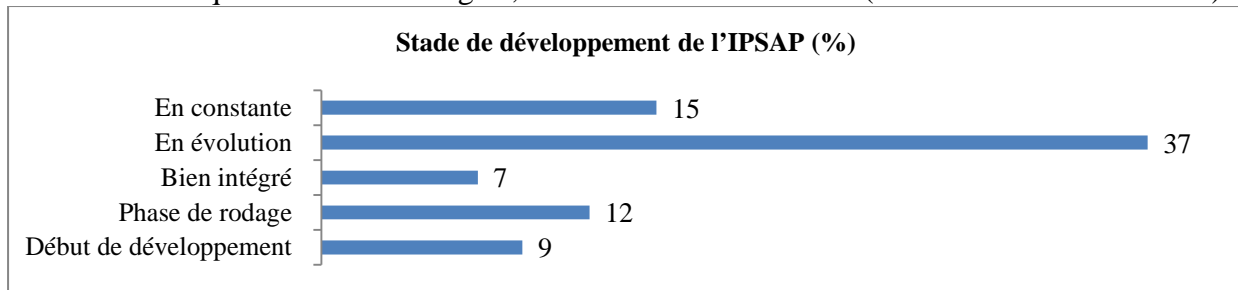


Figure 54. Stade de développement de l'IPSAP

Évaluation de la faisabilité d'évaluation (des effets)

Les acteurs ont jugé de la faisabilité d'évaluation. Les résultats de 30 IPSAP sont ainsi rapportés en pourcentage sur le grand total de 82 IPSAP. La majorité des IPSAP (59%) seraient évaluables.

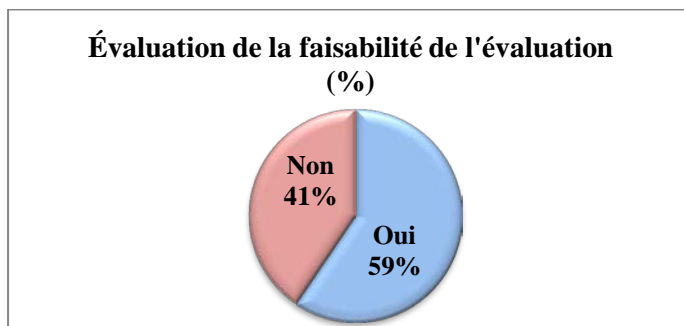


Figure 55. Évaluation de la faisabilité de l'évaluation

Planification de l'évaluation

Les données indiquent que pour seulement 24 des 82 IPSAP recensés (29%), un plan d'évaluation est présent. Sous l'angle des acteurs, le portrait indique qu'environ 44% des acteurs possèdent des plans d'évaluation (Tableau 14). Ainsi, presque la moitié des acteurs est sensible à la question de l'évaluation et pour plusieurs raisons, cela demeure un défi dans l'opérationnalisation auprès de certains IPSAP spécifiquement.

Tableau 14 : Types d'évaluations réalisées par les acteurs

Types d'évaluation	IPSAP touchés (%) (N=82)	Acteurs concernés (%) (N=32)
Formative, De processus-mise en œuvre	23%	44% (N=14) TIR Abitibi-Témiscamingue; TIR Capitale-Nationale; TIR Côte-Nord; TIR Lanaudière; TIR Montérégie; TIR Centre-du-Québec; TIR Laurentides; TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean; TIR Mauricie; TIR Chaudières-Appalaches; Jeunes Pousses; GDPL; QEF; TIR BSL
Perception des effets	2%	6% (N=2) Jeunes Pousses; TIRS (sensibilisation sur les environnements favorables aux SHV)
Évaluation des effets	2%	9% (N=3) TIR Lanaudière; GDPL, QEF
Évaluation de l'efficience	1%	3% (N=1) TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean
Résultats proximaux	4%	9% (N=3) TIR Abitibi-Témiscamingue; TIR Montérégie; TIR Capitale-Nationale
Prévision pour les impacts	4%	9% (N=3) TIR Lanaudière, GDPL, QEF

Résultats perçus

De façon générale, certains acteurs rapportent les perceptions positives de leur IPSAP :

- ✓ L'influence de leur IPSAP est perçue dans différents projets et que des acteurs s'inspirent de leur pratique (VEV)
- ✓ La mise en œuvre de l'IPSAP a permis de développer une expertise et que l'intérêt des milieux la demande est un signe positif indéniable (RCCQ, Cuisines collectives)
- ✓ La mobilisation de certains territoires est sentie (TIR Estrie, sensibilisation aux environnements favorables aux SHV)
- ✓ Certaines structures de déploiement conviennent à l'ensemble des partenaires (Équilibre, Bien dans sa tête, bien dans sa peau)
- ✓ Une nette amélioration des connaissances (RCCQ)
- ✓ Une satisfaction des participants aux IPSAP, Jeunes Pousses et QEF : « 1000 personnes enthousiasmées du modèle, taux de satisfaction énorme »
- ✓ Une intégration dans le milieu et appropriation par (TIR Laurentides, projet de sécurité alimentaire) : « J'ai l'impression que le projet est tellement devenu aux gens locaux comme s'il leur appartenait complètement, j'avais jamais imaginé que le projet prendrait une vie et une appropriation comme si la TIR et DSP n'avaient pas été partie prenante du projet »

D'autres rapportent certaines perceptions négatives, des déceptions ou des résultats indésirables perçus, tels que :

- ✓ Un impact limité (TIR Capitale-Nationale)
- ✓ Une mauvaise diffusion (Acti-Menu)
- ✓ Une méconnaissance du projet
- ✓ Un faible accompagnement (TIR Estrie, Bien manger Bien bouger en Estrie)
- ✓ Des objectifs non atteints (TIR Laval, Projet de déplacement actif ; CQPS)
- ✓ Une mobilisation, une concertation et un arrimage difficiles (TIR Laval, TIR Laurentides, TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean : sensibilisation sur les environnements favorables aux SHV; TIR-Nord du Québec, communication-sensibilisation des partenaires).

Résultats observés

Plusieurs résultats positifs sont observés par les acteurs.

- ✓ La participation (Acti-menu, TIR Estrie: *bien manger bien bouger en Estrie*, GDPL : *Le Grand Défi*)
- ✓ La satisfaction et l'intérêt des milieux (TIR Montérégie, Projet Croque-plaisir; TIR Chaudières-Appalaches et TIR Laval, Sensibilisation sur les environnements favorables aux SHV)
- ✓ La pérennité des actions (TIR Chaudières-Appalaches, Soutien aux municipalités, TIR Centre-du-Québec: Accès bouffe santé)
- ✓ Bonne implantation (TIR Laval, bien dans sa tête, bien dans sa peau)
- ✓ Implication des partenaires (« *maintien malgré des pertes* » TIR Capitale-Nationale; TIR Centre-du-Québec, accès bouffe santé)
- ✓ Arrimages et cohérence des actions (CAMF : Politique familiale municipale, TIR-Centre du Québec)
- ✓ Répond à un besoin (TIR Centre-du-Québec, TIR Laval : Projet alimentation; TIR Montérégie : Projet cours-écoles)
- ✓ Changement de la norme : discours et pratiques (VEV, TIR Estrie, CAMF)
- ✓ Notoriété (Acti-Menu : Défi santé 5/30 équilibre)
- ✓ Diversité des actions (CAMF : Politique familiale municipale)

Quelques observations négatives, déceptions ou effets indésirables observés sont rapportés :

- ✓ La perte de partenaires en cours de route (TIR Capitale-Nationale)
- ✓ Le faible accompagnement demandé par les organismes (TIR Estrie)
- ✓ L'augmentation du fardeau ressenti par certains pour prestation du projet (Tablee des chefs : Activités culinaires)
- ✓ La difficulté à rejoindre la cellule familiale (TIR BSL)
- ✓ Des actions trop descendantes selon les ONG, « *top-down* » (QEF)

Effets sur l'alimentation

Tableau 15 : Effets sur l'alimentation

Acteurs, concernant leur IPSAP	Effets sur l'alimentation
(N=6) Acti-menu, TIR Capitale-Nationale, RCCQ, TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean, TIR Chaudières-Appalaches, TIR Nord-du-Québec	Aucun effet mesuré – <i>difficile à mesurer ou pas dans le mandat d'avoir un impact sur les comportements</i>
TIR Centre-du-Québec	Conscientisation
TIR Centre-du-Québec	Connaissances
(N=2) RQVVS, GDPL	Perceptions et observations
(N=6) TIR Laval, TIR Lanaudière, GDPL, TIR Montérégie, TIR Capitale-Nationale, TIR Abitibi-Témiscamingue	Changements de pratique
Jeunes Pousses	Potentiel d'effets
TIR Montérégie	Rapports déposés
TIR Abitibi-Témiscamingue	Oui

Effets sur l'activité physique

Tableau 16 : Effets l'activité physique

Acteurs, concernant leur IPSAP	Effets sur l'activité physique
TIR Nord-du-Québec	Mobilisation et participation
(N=2)TIR Laval, TIR Lanaudière	Changements dans les pratiques
(N=3)TIR Estrie, TIR Nord-du-Québec, TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean	Pairage avec des données de surveillance ou de processus
(N=4)Équilibre, TIR Capitale-Nationale, TIR Montérégie, RQVVS	Perceptions
(N=2)VEV, TIR Abitibi-Témiscamingue	Liens entre l'IPSAP et l'AP
(N=2)VEV, GDPL	Oui

Effets sur les compétences

Tableau 17 : Effets sur les compétences

Acteurs, concernant leur IPSAP	Effets sur les compétences
(N=5)TIR Capitale- Nationale, CAMF, GDPL, FCSDSQ, RCCQ	Non
(N=2) TIR Abitibi-Témiscamingue, TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean (IPSAP 1)	Pouvoir d'agir
(N=5) TIR Abitibi-Témiscamingue, TIR Mauricie (IPSAP 2); TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean (IPSAP 2), VEV, FCSDSQ	Changement de pratiques
(N=2)GDPL, Équilibre (IPSAP 4)	Transfert d'outils
(N=2)TIR Capitale-Nationale, GDPL	Motivation et facilitation
Équilibre	Conscientisation
(N=5) TIR Nord-du-Québec, RQVVS, FCSDSQ, QEF, Acti-Menu	Perceptions
(N=8) : TIR Abitibi-Témiscamingue, TIR Laval, TIR Lanaudière, TIR Centre-du-Québec; TIR Montérégie (2 IPSAP), TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean, TIR Mauricie, RQVVS	Oui sur des agents multiplicateurs
Jeunes Pousses	Oui – Rapports déposés

Effets sur les connaissances

Tableau 18 : Effets sur les connaissances

Acteurs, concernant leur IPSAP	Effets sur les connaissances
CAMF	Faible
TIR Laval (IPSAP 2)	Sensibilisation
(N=5) TIR Laval (IPSAP 4), TIR Lanaudière, TIR Chaudières-Appalaches (IPSAP 1), VEV, GDPL	Observées
(N=11) TIR Laval (IPSAP 1), TIR Nord-du-Québec, TIR Laurentides (IPSAP 2), TIR Chaudières-Appalaches (IPSAP 2), TIR Abitibi-Témiscamingue, TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean (IPSAP 1, IPSAP 2), TIR Laval (IPSAP 1), TIR BSL, FCSDSQ, QEF, RCCQ	Connaissances déduites
(N=2) TIR Montérégie (IPSAP 2), JP	Oui, Rapports déposés (perceptions des effets)

« Ce n'est pas évident parce qu'on ne peut pas faire passer un examen régulier à l'ensemble des acteurs avec lesquels on travaille, mais on essaie quand même d'avoir plus d'informations justement, sur... à quel point notre public cible a le sentiment d'avoir appris des choses.... on sera probablement davantage capable de le dire dans quelques années » (VEV)

« Les gens ont des connaissances, mais on peut pas juger que la qualité de celles-ci; il y en a même trop. QEF a contribué à cet aspect-là. On voit la différence » (TIR Capitale-Nationale)

Effets sur les croyances et les attitudes

Tableau 19 : Effets sur les croyances et les attitudes

Acteurs, concernant leur IPSAP	Effets sur les croyances et les attitudes
TIR Abitibi-Témiscamingue, mais soucieux de l'évaluer	Non
(N=13) : TIR Laval, TIR Lanaudière, TIR Mauricie, TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean, TIR BSL, Équilibre, VEV, GDPL, JP, CAMF, FCSDSQ, RQVVS, QEF	Perception
(N=3) : TIR Estrie, TIR Laval, Acti-Menu	Oui

« Oui, un atelier sur les mythes et réalités par exemple, démystifié beaucoup pour alimentation chez les responsables de services de garde familiale » (TIR Laval, IPSAP 1)

« C'est plus au niveau des attitudes que ça joue » (Équilibre)

« Au niveau des partenaires, il y a une ouverture et un engagement qui est fait » (TIR Lanaudière)

« Sondage de notoriété du Grand Défi mobilisation autour, rétention des écoles, on se fait dire que ça marche plus dans les quartiers..., etc. contribue » (GDPL)

« Contagions sociales positives. Tout le monde contribue à sa façon et l'ensemble des actions des activités, ce qui va à court, moyen, et long termes, créer des bénéfiques. On essaie de contribuer à cet objectif » (RQVVS)

Effets sur la motivation

Tableau 20 : Effets sur la motivation

Acteurs, concernant leur IPSAP	Effets sur la motivation
(N=16) : TIR Abitibi-Témiscamingue, TIR Capitale-Nationale, TIR Lanaudière, TIR Montérégie (IPSAP 1 et IPSAP 2), TIR Centre-du-Québec (IPSAP 1 et IPSAP 2), TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean (IPSAP 1 et IPSAP 2), TIR Mauricie, VEV, Jeunes Pousses, FCSDSQ, RQVVS, GDPL	Perception
(N=9) : TIR Abitibi-Témiscamingue, TIR Capitale-Nationale, TIR Lanaudière, Acti-Menu, Équilibre, RCCQ, GDPL, CAMF	Oui

« La participation démontre un ralentir, mais on a 159 000 comparé au début à 32 000. Donc la courbe se ralentit, mais cela reste significatif » (GDPL)

« La motivation à la base de la participation de la cuisine » (RCCQ)

« Au final, c'est 140 personnes qui ont suivi au moins un module de formation » (TIR A.-T.)

« Avoir priorisé ensemble a un impact sur la motivation plus que top-down » (TIR Lanaudière)

« La motivation dans les sondages, c'est le cœur de la mobilisation » (GDPL)

« Sur 100 nouveaux projets, 95 % veulent les intégrer.. »(CAMF)

« 43% des parents estiment que leur enfant goûte à une plus grande variété d'aliments » (JP)

« Pas d'élément qu'on a observé, mais les gens ont été motivés parce qu'on avait eu plus de monde que prévu » (TIR Centre-du-Québec)

« Oui, la motivation est présente, tenue à cœur par les membres du comité, dans les CA gens qui ont pas beaucoup de temps, certaines personnes s'impliquent plus que d'autres. Projet qui mobilise et rallie depuis 3 ans » (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean)

Mesure d'effets sur la communauté

Huit acteurs (3 TIR et 5 ONG) ont répondu « oui » à la question portant sur la mesure d'effets dans la communauté, soit : TIR Capitale-Nationale, TIR Lanaudière, TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean, Acti-menu, Équilibre, GDPL, la Tablée des chefs et QEF.

Mesures sur l'offre de services

Neuf acteurs s'intéressent à l'offre de services et ont répondu « oui » à la question portant sur la mesure d'effets sur l'offre de services : Les TIR Abitibi-Témiscamingue, Capitale-Nationale, Lanaudière, Nord-du-Québec, Centre-du-Québec et Bas-Saint-Laurent, ainsi que les ONG : GDPL, le CAMF et QEF.

Tableau 21 : La mesure d'effets sur l'offre de services

Catégories de services	Exemples de spécificités
Services alimentaires	Menus des CPE et des cafétérias
Services en activité physique	Animations sportives et récréatives dans les milieux ruraux
Services municipaux	Des offres d'activités supplémentaires qui n'étaient pas offertes aux 0-17 ans; la modulation des offres
Services scolaires	Le déplacement actif et sécuritaire
Offres de formations et animations	Des formations régionales; l'entente régionale Jeunes en milieu rural
Offres de financement	QEF; Investissements et dons dans les écoles par GDPL
Offres de services aux entreprises	Service de promotion et de prévention en SHV (TIR Abitibi-Témiscamingue)

Résultats mesurés et transmis par certains acteurs

Il y a 14 acteurs (6 ONG et 8 TIR) qui ont fourni les informations, quant à leurs résultats mesurés. Ces résultats proviennent des entrevues et de la documentation remises par les personnes rencontrées. La documentation révèle des informations publiées entre 2010 et 2013 principalement. Ainsi, des totaux à titre informatif et comparatif ont été calculés en réponse à cette question spécifique du cadre d'entrevue (ne tient pas compte des autres mesures d'effets rapportées). Le Tableau 22 présente un ensemble d'indicateurs compilés à partir des données fournies par les 14 acteurs en question sur la participation, sur la satisfaction et l'intérêt, sur la perception des participants, sur les activités réalisées et des activités de transfert, les retombées dans les milieux (en Annexe L, se trouve le détail des informations et leurs sources).

Tableau 22 : Indicateurs et exemple de leurs spécificités mesurés et transmis par certains acteurs

Indicateurs	Exemples de spécificités
Participation	2512 formations, 281 milieux participants, 349 120 jeunes participants, 1618 écoles participantes, 17618 intervenants participants, 14180 participants divers
Satisfaction et intérêt	535 demandes diverses, intérêt et satisfaction en lien avec les formations, satisfaction et appréciation des mesures de soutien, satisfaction et appréciation des programmes/projets
Perception des participants	En lien avec leurs actions, en lien avec le projet/programme, en lien avec le soutien, en lien avec la formation
Activités réalisées	Nombre d'activités offertes par les acteurs, par les milieux participants, nombre de formations offertes
Activités de transfert	Nombre de publications diffusées, utilisation des outils et des mesures de soutien par les milieux
Retombées pour les milieux	Les fonds investis, le nombre de bénéficiaires
Effets des IPSAP	Atteinte des objectifs, mobilisation et partenariats, changements de discours, changements de comportements et des attitudes, mesure des changements de pratique, amélioration des connaissances, mesure des comportements
Caractéristiques des IPSAP	Réponse à un besoin, flexibilité favorisant l'adaptation aux milieux, appropriation par le local, pérennité engagée

La mobilisation des dernières années a entraîné un effet domino sur un nombre significatif d'intervenants et de jeunes sensibilisés aux SHV et aux environnements favorables. Bien que des données probantes ne soient pas disponibles à l'heure actuelle, on reconnaît que les transformations dans les milieux, les investissements et les perceptions des effets des IPSAP ont eu un impact sur la société québécoise, mais de quel ordre, il est encore difficile de le préciser. Malgré la précarité financière, la volonté, l'engagement des acteurs envers la concertation dans la planification et la priorisation accordée aux orientations constituent des piliers de l'approche québécoise. Maintenant, l'analyse critique des plans d'action et des interventions justes et fondées, au-delà des planifications, du réseautage accru et des concertations efficaces, sera gage des impacts à long terme auprès des jeunes directement. Les rapports fournis indiquent que quelques imprévus ont limité la portée potentielle des IPSAP, soit dans la mise en œuvre (manque de temps, manque de ressources financières et difficulté à organiser des sessions de formation devant des publics suffisants), soit en raison d'une sensibilisation en deçà des attentes, d'une intégration difficile dans les plans d'actions locaux, d'un abandon des participants en cours de route et d'une certaine stabilisation de l'accroissement des participations diverses.

Résultats probants

Lorsqu'il a été demandé aux répondants quels étaient leurs résultats probants, presque la totalité a répondu ne pas avoir de résultats probants, mais certains ont confirmé que des efforts étaient consentis à déployer des ressources pour réaliser des études qui permettraient de documenter des effets probants.

Tableau 23 : Les résultats probants documentés

Résultats probants documentés par acteurs	Pourcentage des IPSAP
Confirmation rapportée de résultats probants sur une transformation de politiques nutritionnelles par des menus dans les CPE (TIR BSL)	1%
En cours d'obtention (Acti-Menu, CQPP, CAMF, TIR Nord-du-Québec)	5%
Perception de résultats probants (Équilibre (tous), FCSDSQ (IPSAP 1), TIR Abitibi-Témiscamingue (IPSAP 1 et 2), TIR Laval (IPSAP 1), TIR Montérégie (IPSAP 1), TIR Centre-du-Québec (IPSAP 1), TIR Nord-du-Québec (IPSAP 1), TIR Mauricie (IPSAP 1))	15%
Observation de résultats probants (TIR Montérégie (IPSAP 2), TIR Laurentides (IPSAP 1 et 2), QEF (incluant les IPSAP locaux – 4000 projets au total)	5%
Aucun résultat probant	74%

Résultats macroenvironnementaux

L'équipe de recherche avait un intérêt quant aux résultats macroenvironnementaux sur les environnements politiques, économiques et socioculturels.

Tableau 24 : Acteurs qui perçoivent avoir des effets sur chacune des dimensions environnementales

Dimension macroenvironnementale	Nombre d'acteurs concernés par cette dimension et ayant répondu
Environnement politique	N=12 (Acti-Menu, VEV, RCCQ, QEF, FCSDSQ, TIR Nord-du-Québec, TIR Capitale-Nationale, TIR Montérégie, TIR Chaudières-Appalaches, TIR Saguenay, TIR Laval, TIR Lanaudière)
Environnement économique	N=13 (RCCQ, GDPL, FCDSQ, TIR Capitale-Nationale; TIR Côte-Nord, TIR Laval, TIR Montérégie, TIR Saguenay, TIR Laurentides, TIR Lanaudière, TIR Mauricie, TIR Chaudière-Appalaches)
Environnement socioculturel	N=14 (RCCQ, GDPL, JP, Acti-Menu, Équilibre, FCSDSQ, QEF, TIR Laval, TIR Saguenay, TIR Abitibi-Témiscamingue, TIR Montérégie, TIR Bas St-Laurent, TIR Lanaudière, TIR Chaudière-Appalaches)

Environnement politique

Cinq thèmes ont émergé des données, voir Figure 56. D'abord, les acteurs rapportent qu'un changement de discours est observable au niveau des organisations et des élus, ensuite, des changements sont notables dans les plans d'action et les procédures, de nouvelles occasions de partenariats avec des partenaires inhabituels ont été suscitées et diverses contributions ont vu naître l'émergence de nouvelles politiques, parmi lesquelles un certain nombre est mentionné (e.g. politique agroalimentaire du Québec, politique sur la souveraineté alimentaire, politique-cadre du ministère de la famille, le Livre Vert, en Chaudière-Appalaches, une politique CSSS-municipalités pour agir sur les SHV, les actions nationales de QEF, et les diverses contributions de mémoires par les acteurs au plan ministériel). Des alliances se sont aussi forgées avec des représentants politiques qui permettent d'entretenir des liens privilégiés et d'influencer.



Figure 56. Thèmes relatifs à l'environnement politique

Environnement économique

Huit thèmes relatifs à l'environnement économique ont émergé, voir Figure 57. Les IPSAP de 13 acteurs ont eu une influence soit sur l'accessibilité alimentaire (cuisine collective, jardins communautaires, groupes d'achats, épiceries solidaires, environnements bios, infrastructures favorables et prix plafonds, accès à la saine alimentation, etc.), sur l'achat local (achats et consommations locales), sur l'aménagement économique par certaines municipalités (e.g. Laurentides), l'accessibilité aux activités (e.g. camps de jour), sur les programmes de soutien pour les populations vulnérables, sur les programmes de subvention (pour les municipalités, les écoles), sur la conciliation travail-famille et sur les producteurs alimentaires via le MAPAQ.



Figure 57. Thèmes relatifs à l'environnement économique

Environnement socioculturel

Cinq thèmes reflètent des impacts sur les environnements socioculturels (voir Figure 58) : la conscientisation et la sensibilisation (vision commune, même information, etc.), la mobilisation (des acteurs régionaux et partenaires régionaux, des élus...), la participation citoyenne aux activités (familles, bénévoles, ressources de la communauté...), la transformation des offres de services (renouvellement des offres selon les besoins continus et en mouvance) et finalement, l'implication citoyenne croissante avec leurs milieux de vie, pour la santé.



Figure 58. Thèmes relatifs à l'environnement socioculturel

Quelques éléments transversaux traversent les thèmes liés à l'environnement socioculturel des acteurs : il y a une immigration croissante dans certaines régions, ce qui entraîne la nécessité d'adapter les IPSAP et les plans de communication, aussi il y a une plus grande valorisation sociale des services de proximité, une croissance de soutien à la formation dans une pluralité de milieux, ainsi que l'émergence de projets qui joignent des volets sanitaires, artistiques et éducatifs, ce qui semble prometteur par le pouvoir d'attraction et d'intérêts pour les populations.

Profil économique du portrait québécois

Des analyses économiques de type coût-utilité, coût-efficacité et coûts-avantages auraient été très pertinentes et intéressantes. Ce mandat était confié aux collaborateurs chercheurs de l'ENAP dans ce dossier au début de la collaboration. Cependant, notre équipe s'est intéressée aux investissements réalisés par les acteurs, à leurs budgets et à une ventilation de leurs coûts. Une question d'ordre qualitatif a aussi été posée sur leurs perceptions quant à la rentabilité générale de leurs IPSAP. Nous encourageons les lecteurs à s'intéresser aux travaux de Vos et al. (2010) puis, ACE-Prevention Team (2010) de l'Australie pour des analyses économiques ultérieures. À la lumière des données recueillies, il est possible cependant de poser un regard sur une partie de l'efficacité, soit les ressources. Le Tableau 24 présente l'état de la situation pour l'année de référence 2012.

Tableau 25 : La somme des ressources financières allouées aux opérations des acteurs

Acteurs	Investissements totaux
TIR budget global des opérations	3 800 589\$
ONG budget global des opérations	9 213 003\$
ONG budget spécifique prévention obésité - SHV	239 635\$

Ces ressources excluent les acteurs GDPL, YMCA, et RQVVS dont les répondants n'avaient pas les réponses à ces questions. De plus, QEF n'est pas inclus parce que ses chiffres organisationnels viendraient biaiser le calcul global. QEF constitue aussi un principal bailleur de fonds, les chiffres fournis indiquent des investissements dans la province de 13 340 000 et 800 000\$, spécifiquement investis en évaluation de toutes natures. Le Tableau 26 présente les investissements par les organisations en évaluation de toutes natures, spécifiquement.

Tableau 26 : Les investissements en évaluation de toutes natures

Acteurs	Investissements en évaluation de toute nature
TIR	13 200\$ à 18 000\$ par TIR (N=3)
ONG	2000\$ à 5500\$ par ONG (N=2)

Jugement évaluatif sur l'efficacité des IPSAP

Le tableau 27 présente les résultats de l'analyse permettant de poser un jugement évaluatif sur l'efficacité des 82 IPSAP. Les résultats sont rapportés en pourcentage et les IPSAP jugés favorables par les acteurs « *emic* » et par les évaluateurs « *etic* » figurent dans ce tableau.

Tableau 27 : Jugement global des IPSAP favorables selon la perspective interne-subjective (*emic*) et externe-objective (*etic*)

Acteurs et leurs IPSAP	Jugement global par l'acteur (%)	Jugement global de l'équipe (%)	IPSAP jugés favorables par les acteurs (perspective « <i>emic</i> »)	IPSAP jugés favorables par les évaluateurs (perspective « <i>etic</i> »)
CQPP (6 IPSAP)	76-76-76-91-91-73	35-32-35-35-39-32	-Activité physique à l'école -Compétences alimentaires et culinaires -Alimentation à l'école et à l'hôpital et alimentation dans les villes -Boissons sucrées -Publicité destinée aux enfants -Transport actif	
CAMF (2 IPSAP)	76-36	48-32	Politiques familiales municipales	
RCCQ (3 IPSAP)	82-48-55	48-48-48	Cuisine collective	
VEV (4 IPSAP)	70-70-70-70	48-48-35-35	Transfert de connaissances -Accompagnement aux mandats ponctuels -Plaidoyer -Sensibilisation	
FMC (5 IPSAP)	62-62-52-52-52	55**-35-35-55-35		-Sois futé bois santé -Financement de la recherche
Equilibre (5 IPSAP)	70-79-64-79-67	55**-52**-35-52-48	-BTBP -Derrière le miroir -Formation intervenants jeunesse	-BTBP -Derrière le miroir -Formation intervenants jeunesse
TIR BSL (2 IPSAP + URLs)	70-55	55**-48	À nos marmites, 1, 2, 3, santé	À nos marmites, 1, 2, 3, santé
TIR SAG (2 IPSAP)	73-62	52-48	Projet saine alimentation	Projet saine alimentation
TIR IPSAP (2 IPSAP)	94-94	48-48	-Ça mijote en Mauricie -Sensibilisation sur les environnements favorables aux SHV	
TIR Centre-Du-Qc (2 IPSAP)	88-91	48-48	-Accès bouffe santé -Sensibilisation sur les environnements favorables aux SHV	
TIR Abitibi-Témis. (3 IPSAP)	58-58-58	52**-52**-52**		-La cuisine santé -Les formations -La communication

Acteurs et leurs IPSAP	Jugement global par l'acteur (%)	Jugement global de l'équipe (%)	IPSAP jugés favorables par les acteurs (perspective « emic »)	IPSAP jugés favorables par les évaluateurs (perspective « etic »)
TIR Laval (4 IPSAP)	85-52-64-64	48-35-58** ⁻⁴⁸	Projet alimentation	BTBP
TIR Laurentides (2 IPSAP)	91-91	35-48	-Projet sécurité alimentaire -Sensibilisation sur les environnements favorables aux SHV	
RQVVS (3 IPSAP)	non complété	52** ⁻⁴⁸⁻³²		Mobilisation municipale
FCSDSQ (2 IPSAP)	non complété	52-35		Volet SHV + hans kai
Petits cuistots et 5 épices (2 IPSAP PC)	non complété	84* **		Petits cuistots-parents en réseau
Jeunes Pousses (2 IPSAP)	non complété	48-58**		Un trésor dans mon jardin

*Classification des données probantes : acceptable pour recommander

**Classification des pratiques : prometteuse

Outre ces IPSAP, notons que trois acteurs ayant obtenu deux scores presque favorables simultanément, « emic » et « etic » sans parvenir aux cotes retenues, sont : GDPL, Le Grand Défi avec 67 « emic » et 48 « etic » ainsi que la TIR Estrie, « Bien Manger Bien Bouger En Estrie » avec 64 et 48, respectivement, la TIR Montérégie, Projet cours-écoles avec 64 et 48.

Des divergences évaluatives entre les deux perspectives sont influencées d'une part, par les critères différents et d'autre part, par la norme acceptable de rétention des IPSAP, 70% de cote et plus a été retenue pour la perspective « emic » et 50% et plus pour la perspective « etic ». Étant donné la forte prépondérance accordée aux données probantes et la réalité québécoise du peu de données probantes disponibles en regard des IPSAP, une cote de 50% permet de faire ressortir les IPSAP jugés acceptables pour les recommander, ainsi que les pratiques prometteuses. Ainsi, d'après l'analyse critique proposée, et sur la base des données disponibles et produites dans un cadre de recherche académique quantitative rigoureuse, Petits cuistots-Parents réseau est un IPSAP suffisamment documenté pour recommander sa diffusion et tous les autres IPSAP du Tableau 27 sont jugés prometteurs. Les données disponibles et les études évaluatives insuffisantes ne permettent pas de poser un jugement à cette étape, pour les autres IPSAP recensés, à ce moment-ci.

CHAPITRE 4 : DISCUSSION

Les interventions de prévention de l'obésité par la saine alimentation et l'activité physique n'ont généralement pas été très efficaces (Baranowski, Cerin, & Baranowski, 2009). Certaines études rapportent des résultats modérés pour les interventions communautaires (Bleich & al., 2013) et, du point de vue de la santé populationnelle, pour renverser les tendances liées à l'augmentation de la prise de poids, les résultats sont peu nombreux (Summerbell & al., 2005). Cependant, la revue systématique de Verstraeten et al. (2014) sur les programmes de SHV en milieu scolaire indique que 82% des interventions nutritionnelles et d'activité physique ont généralement un impact positif sur les comportements des jeunes de 6 à 18 ans. Les résultats de ces approches sur la réussite scolaire demeurent cependant difficiles à démontrer (Martin & al., 2014). Aucun résultat probant n'est d'ailleurs confirmé dans la plus récente mise à jour d'une revue systématique des interventions politiques sur les organisations sportives structurées, quant aux effets des programmes sportifs structurés sur les habitudes de vie des jeunes (Priest & al., 2008). Précisément, les données probantes indiquent que la plupart des interventions pour prévenir le surpoids et l'obésité chez les enfants ont démontré une efficacité limitée et aucune n'avait, en 2008, démontré un retour sur l'investissement positif (Finkelstein & Trogon, 2008). Il existe un besoin pressant d'une utilisation et d'une génération d'évidences robustes et pertinentes pour guider les politiques publiques de santé et la pratique (Goodwin & al., 2013). S'arrêter à ces constats pourrait limiter les engagements déjà fragiles envers la prévention. Mais, des limites conceptuelles, méthodologiques et empiriques limitent notre capacité à bien appréhender la complexité d'abord du phénomène de l'obésité, puis la mise en œuvre d'interventions multiples simultanées sur le plan des aptitudes individuelles, de l'action communautaire, des milieux favorables, des politiques publiques et des pratiques préventives et enfin, de l'évaluation de ces stratégies.

Le développement et l'utilisation du modèle logique : Un incontournable

Le développement du modèle logique d'évaluation de cette étude, par son approche fondée sur les données probantes et grises de la littérature, puis fortement inspirée de travaux phares en obésité par Kumanyika et al. (2010), Swinburn et al. (2005), de l'IOM 2012 et du Ministère de la Santé et des Services (2006), a permis de mettre en lumière les forces et les limites de l'expérience québécoise sur diverses dimensions jugées par la littérature et l'expérience empirique, comme fondamentales à la prévention de l'obésité. Certains appellent ces dimensions des variables médiatrices, régulatrices du risque ou encore, des caractéristiques cruciales et des conditions contextuelles (Gortmaker & al., 2012; Huang & al., 2009; Rey & al., 2012; Glasgow & al., 2006; Weiss, 1997). Ce choix de dimensions « clés » constitue une des avenues de pointe (Baranowski, 2003; Ford Lattimore & Besculides, 2008) à investiguer et sur lesquelles agir pour contribuer à l'action sur les causes des causes à la problématique du poids et de l'obésité. La dimension éthique par exemple, aussi relevée par Ten Have et al., (2012), mais méconnue par les acteurs et peu documentée dans les écrits en prévention de l'obésité, devrait être systématiquement incluse dans le processus de planification et d'évaluation des IPSAP. Adresser l'expérience québécoise et la problématique du poids à partir d'un tel modèle a permis de saisir certains éléments de sa complexité réitérée par plusieurs où les failles de la recherche se trouvent dans l'utilisation de modèles causaux linéaires limités dans leur capacité à embrasser la complexité et l'expliquer (Chan, Deave & al., 2010; Glass & McAtee, 2006). La création et l'utilisation d'un modèle logique en évaluation constitue une nouvelle approche novatrice, elle est

plus systématique pour le développement de programmes et d'interventions politiques (Tremblay & al., 2013). L'analyse logique en évaluation correspond fidèlement à un type d'évaluation fondée sur la théorie, soit l'évaluation réaliste (Brousselle & Champagne, 2011; Pawson & Tilley, 2008). L'évaluation réaliste a été utilisée dans cette étude et aussi par d'autres chercheurs en obésité, avec succès (McLean & al., 2009). Le modèle a facilité aussi l'intégration de la rigueur scientifique à des réflexions plus politiques (Prosser & al., 2013), il a permis d'ouvrir la voie à une panoplie d'évidences diversifiées, ce qui répond à l'appel de Gortmaker et al. (2012) vers des évidences davantage fondées sur l'expérience, le terrain et notamment, les expériences naturelles sous forme de programmes et de politiques et de couvrir aussi certains aspects médiatiques (Haynes & al., 2012) qui contribuent nécessairement au changement de la norme sociale. L'approche qualitative des entrevues basée sur des critères d'évaluation pour chacune des dimensions a permis de documenter tous les changements (Coryn, Noakes, Westine, & Schoter, 2011). Somme toute, le modèle favorise l'exploration de la complexité, impose certains choix et vient éclairer l'expérience québécoise d'un regard jamais posé auparavant sur un ensemble d'actions nationales et provinciales, sur des dimensions spécifiquement liées à la prévention de l'obésité.

L'expérience québécoise : Mobilisation, renouvellement des pratiques et renforcement des capacités

Les revues systématiques courantes convergent toutes vers le constat suivant : ce sont les approches intégrées, globales et de niveaux multiples qui sont requises pour répondre à la problématique de l'obésité, situées dans une perspective écologique (Faulkner & al., 2011 ; Finkelstein & Trogon, 2008). L'expérience québécoise démontrée par cette étude indique une mobilisation certaine, un renouvellement significatif des pratiques de travail chez tous les acteurs, soit gouvernementaux, spécifiquement, ou non, comme au sein des ONG, qui depuis quelques années se voient contraints à œuvrer différemment. La différence se trouve dans les collaborations, les partenariats, les planifications en commun, la mise en commun et de plus en plus, dans la mise en œuvre de plans d'action communs et parfois intersectoriels. Des efforts sont reconnus pour le renforcement des capacités collectives dans la lutte à l'obésité, avec comme leviers importants le PAG et le financement de QEF. Le cadre retenu de Groot, et al. (2010) sur le renforcement des capacités communautaires, comprend précisément cinq domaines, soit les partenariats, le leadership, l'allocation de ressources, la main d'œuvre et le développement organisationnel. Les données fournies par les acteurs sont éloquentes sur la capacité partenariale mobilisée au cours des dernières années et sur le leadership joué par la santé publique, afin de favoriser une meilleure connaissance entre les acteurs et la mise en place d'une structure de coordination des actions des milieux régionaux et locaux. Cependant, les actions concertées sont limitées par des ressources financières et humaines restreintes, qui ne sont pas entièrement cohérentes avec les visions et les nouvelles orientations proposées. La main d'œuvre est limitée et peu formée en prévention, en promotion de la santé et en action environnementale. De plus en plus de formations sont cependant offertes aux acteurs locaux clés, qui interviennent à proximité auprès des populations et une évaluation est attendue de cette sensibilisation aux environnements favorables aux SHV, soutenue par QEF. Aux États-Unis, l'équipe de Brennan et al. (2014) a déjà réalisé une étude d'impact avec le cadre RE AIM, des stratégies politiques et environnementales sur la prévention de l'obésité. Un mapping de certaines évidences cumulées et d'associations positives est proposé malgré des limites rapportées et des résultats mixtes sur le poids, la nutrition et l'activité physique. Certains ONG et TIR offrent également des formations sur différents

thèmes en lien avec les SHV à divers acteurs locaux qui mériteraient des études évaluatives des effets et des impacts.

Cette étude a recensé 82 IPSAP qui agissent sur divers plans en prévention de l'obésité chez les jeunes soit en lien avec l'alimentation, l'activité physique ou les environnements. De façon spontanée, les acteurs utilisent peu les cadres théoriques, les cadres conceptuels ou encore, les théories sur lesquelles fonder le développement de leur IPSAP autant du côté des TIR que des ONG, à moins d'y être contraints (comme par les exigences dans l'octroi des fonds de QEF). Les avis d'experts, les expériences terrains et la littérature grise gouvernementale sont cependant les plus grandes influences pour presque 20% des IPSAP, respectivement. Ces données ne sont pas uniques. Bartholomew et Mullen (2011) ont aussi remarqué que dans les sciences appliquées ou comportementales, les évidences plus souvent empiriques sont significatives pour adresser les problèmes et apporter des solutions. Les critères de succès sont d'ailleurs formulés en termes de résolutions de problèmes plutôt que de développement ou de confirmation de théories. Or, bien que périphérique, l'utilisation des théories et des cadres conceptuels dans cette étude révèle qu'un levier majeur a tout de même été QEF et que l'utilisation de littérature grise est courante auprès des acteurs. Une avenue à promouvoir est la diffusion de l'intervention mapping qui favorise l'utilisation diversifiée de théories pour appuyer le changement de comportements ou de pratiques. Nous avons justement choisi de considérer la part de l'intervention mapping que les acteurs utilisaient pour augmenter le pouvoir d'efficacité de leur IPSAP. L'utilisation de l'intervention mapping et de ses étapes demeure, pour nous, l'approche minimale à favoriser auprès des acteurs. L'utilisation de cadres théoriques dans le développement d'IPSAP est fortement recommandée (Sharma, 2006), elle est une condition sine qua non du développement et de la mise en œuvre des interventions pour le changement de comportements de santé (Weiss, 1972; Rossi, Freeman & Wright, 1979) et nous ajoutons pour la transformation des environnements favorables à la santé et aux choix facilités pour la santé. Notre étude a certainement contribué à une réflexion des pratiques internes en ce sens. Le modèle transthéorique de Prochaska, est le plus souvent rapporté dans les écrits comme celui qui puisse entraîner le plus d'effets significatifs liés aux actions dans le temps. Les auteurs recommandent aussi le modèle de changement planifié, spécifiquement dans la question du poids (Belanger-Gravel & Godin, 2011). Près de 40% des acteurs jugent que leur évaluation des besoins n'est pas optimale, près de 50% jugent que l'identification des objectifs n'est pas optimale, 65% estiment que l'utilisation de théories n'est pas optimale, 66% croient que l'implantation n'était pas optimale et finalement, 78% affirment que l'évaluation n'est pas optimale. Des améliorations en ce sens sont à prévoir et des alliances universités-milieus seraient à concevoir et formaliser. Le milieu de la santé a vu naître d'excellents partenariats entre établissements de santé et milieux académiques (faculté de médecine, sciences de la santé, etc.). Il serait envisageable de concevoir des liens avec la santé publique, les ONG et les milieux académiques associés aux activités élargies et préventives (sciences infirmières, travail social, kinésiologie, nutrition, psychologie, économie sociale, etc.).

Par ailleurs, l'évaluation des principes éthiques peut soutenir l'évaluation des programmes en prévention de l'obésité (Have & al., 2010). Notre étude est la première à explorer les perspectives éthiques des acteurs qui œuvrent en prévention de l'obésité chez les jeunes. Les personnes vulnérables, le pouvoir d'agir, l'équité, le consentement et la participation des jeunes sont les principes éthiques mis en application par près de plus de 85% des acteurs dans le développement

et la mise en œuvre de leur IPSAP. La réflexion sur la prévention des risques et des méfaits, le meilleur équilibre et la prévention de la stigmatisation sont dans les taux les plus faibles comptabilisés. Dans les groupes cibles auxquels une attention plus importante devrait être rehaussée se trouvent les groupes allophones, les collectivités ethnoraciales, les jeunes souffrant d'incapacités et les collectivités autochtones. Il y a 60% des acteurs qui ciblent les collectivités à faibles revenus. Des lacunes sur le plan de l'attention à porter à l'équité sont notées depuis quelques années en ce sens, dans les études documentées dans les revues des écrits (Flynn & al., 2006). Des analyses de sous-groupes sont à considérer pour mieux comprendre l'émergence d'inégalités produites par des IPSAP (Welch & al., 2010). À tenir en compte, les écrits à ce jour prétendent que les interventions environnementales sont les plus susceptibles de rejoindre les populations plus vulnérables que les interventions de niveaux comportemental-individuel (Beauchamp & al., 2014).

Notons les enjeux significatifs de pérennité des IPSAP qui touchent d'abord le financement, largement dépendant de QEF qui doit être progressivement substitué par d'autres bailleurs de fonds. Dans l'étude de Freedman, Kester et Jernigan (2013), les auteurs se sont penchés sur les effets de la perte de financement sur l'atteinte des objectifs des organismes. Les résultats indiquent que des changements de priorités se sont enchaînés, que la capacité évaluative s'en est trouvée largement réduite, que les infrastructures et les engagements des partenaires ont été diminués pour soutenir l'action partenariale et que des pertes significatives au niveau de l'opérationnalisation des plans de santé publique ont été encourues. Il y a aussi les défis liés au roulement du personnel, signalés aussi par St-Pierre (2012) et la perception de dédoublement d'actions par d'autres acteurs, en plus d'une certaine compétition qui peut exister et affecter la pérennisation des IPSAP. Cependant, des stratégies innovatrices font partie des plans de diffusion et de transferts et l'optimisation de l'utilisation des technologies semble garante des succès attendus de la diffusion et du transfert. Le potentiel de transfert est grand pour plusieurs IPSAP qui comprennent un nombre important d'outils, de trousseaux et de guides ayant été recensés dans l'étude. Nombreux sont les formations, les ateliers, les vidéos, les affiches et les infolettres pouvant intéresser nombre d'autres acteurs intéressés par la question de la problématique du poids, la promotion des SHV et les déterminants sociaux associés à la question du poids.

La formule gagnante selon les acteurs nationaux et provinciaux de l'expérience québécoise

La formule gagnante pour les acteurs québécois comprend des conditions préalables, soit partir des besoins locaux, promouvoir une vision sociétale intégrative, un fort leadership du national vers le local et des liens étroits qui favoriseraient l'intégration verticale et horizontale. Dans les faits, les acteurs présentent les éléments clés mentionnés de planification, de déploiement, de maintien et d'impact. Les résultats d'Allender et al. (2011), de l'IOM (2012), Jilcott et al. (2012), de Silva-Sanigorski et al. (2010) et de Kettel-Khan (2009), corroborent le pilier que constituent les approches communautaires ascendantes dans les solutions à la lutte à l'obésité. L'exemple des collaborations CO-OPS en Australie sont des approches novatrices et pionnières pansociétales. Leurs forces résident dans le large éventail de parties prenantes participatives, le modèle d'échange, de transfert et d'appropriation entre les milieux académiques universitaires et les autres, et la reconnaissance d'une diversité d'expériences et de types d'évidences. Deux réseaux canadiens sont reconnus comme des modèles de pratique dans les écrits. Or, les acteurs, par les représentations de leur rôle, des avenues et des pratiques réflexives révélées par cette étude, méritent que l'on s'y attarde au niveau international. L'approche intégrative systémique

d'Allender fait ressortir les mêmes besoins d'infrastructures permanentes d'encadrement, d'accompagnement garantissant une fluidité et une perméabilité des communications entre les divers paliers gouvernementaux et les tables intersectorielles régionales et locales.

Les acteurs demandent du temps et de la mesure d'évaluation. Belanger-Gravel et Godin (2011), ainsi que Finkelstein & Trogdon (2008), avaient aussi conclu leur étude sur les effets des interventions fondées théoriquement sur les comportements de santé que plus d'études évaluatives des effets à long terme des interventions sont nécessaires. D'ailleurs, les acteurs, par manque de ressources humaines, financières dédiées et d'expertises, requièrent des appuis pour les évaluations de processus, d'effets et d'impacts à court terme. Le développement d'habiletés, l'accès à des courtiers en connaissances, à des ressources et des outils, à un réseautage informatif sont tous des éléments stratégiques suggérés par la littérature (Armstrong & al., 2013; Ridde, 2013).

L'ensemble des IPSAP couvre des stratégies multiples et certains contribuent à la formation d'agents multiplicateurs. Les acteurs revendiquent de meilleurs mécanismes de communication entre le ministère et les acteurs régionaux et surtout locaux. Ils souhaitent plus que de l'encadrement au démarrage, mais bien de l'accompagnement continu une fois la mise en œuvre réalisée et certains se tournent vers ce que l'on pourrait appeler le développement de formes de communautés de pratique, ce qui serait une avenue très prometteuse pour répondre à plusieurs des préoccupations mentionnées. Les communautés de pratique avaient été aussi rapportées dans le rapport de Trudel (2012) sur les besoins des responsables des TIR-SHV. Une structure d'accueil partagée entre le milieu académique et gouvernemental, d'une telle communauté de pratique pourrait s'avérer une piste à explorer. Elle se marierait très bien à la plateforme du Wikicipal déjà en place, exposant les meilleures pratiques du milieu municipal en apportant l'apport et l'échange humain. Quelques ONG, notamment QEF, JP et PC-PR, souhaitent d'ailleurs mettre en place des communautés de pratique. Deux TIRS expérimentent l'approche, soit celle du Bas St-Laurent et de Lanaudière.

Le contexte économique fragile où le soutien financier de QEF est plus que jamais incertain et surtout limité, il y aurait lieu de planifier l'intégration systématique au sein d'infrastructures diversifiées, ce qui est peu observé à ce moment-ci. Sauf quelques exceptions des IPSAP (JP, IPSAP-2, TIR Centre-du-Québec, IPSAP-1), très peu ont su trouver la voie d'une forme d'institutionnalisation au sein de structures formelles ministérielles ou ONG.

Il est de plus en plus clair, et les données de cette étude le confirment aussi, que l'optimisation du milieu municipal, des CPE et des arénas, par exemple, est à consolider et fort prometteur. Le milieu municipal est reconnu à l'international comme une avenue significative pour la santé en Hollande, en Suède et en Finlande, mais également depuis quelques années pour les SHV, spécifiquement au Québec (Lapierre & al., 2012) et en France (Bergeron & al., 2011). Le RQVVS œuvre depuis plusieurs années avec le CMF au plan municipal, mais les actions en SHV sont très récentes. L'intérêt de l'approche municipale tient aussi sa source du fait que cette perspective a le potentiel d'agir sur les inégalités de santé liées aux facteurs de risque de l'obésité (Kuipers, 2010; Black & Macinko, 2008). De plus, une analyse Cochrane démontrait déjà en 2011, que la collaboration municipalité-santé publique était considérée meilleure pratique, bien que la revue ne permettait pas d'identifier les évidences qui confirment les effets

sur l'amélioration d'indicateurs de santé (Hayes & al., 2011). En fait, ces auteurs confirment que les interventions populationnelles ne sont pas implantées de façon isolée, dans des contextes contrôlés, ce qui rend les évaluations très complexes à réaliser et de plus, aucune étude de cas, ne documentait à ce jour des partenariats pour contrer l'obésité, ce que l'étape suivante de cette étude, s'intéressant à l'analyse du palier local par des forages locaux, pourra éclairer. À plus petite échelle, les quartiers (Lapierre & al., 2010), le voisinage et les localisations géographiques spécifiques peuvent promouvoir la vie active et l'accessibilité à des choix santé pour les enfants, en complémentarité aux autres milieux de vie de l'enfant, comme l'école et la maison. La compréhension de l'interaction des facteurs de voisinage sur l'ensemble des facteurs liés au parcours de vie des enfants demeure largement inexplicite, ce que des études ultérieures devraient documenter (Finkelstein & Trogon, 2008; Galvez & al., 2010). Dans notre étude, les facteurs de la communauté évoqués dans la toile causale de l'obésité représentaient justement 33 des 82 IPSAP, soit 40% de l'ensemble des actions. La phase deux déjà annoncée devrait pouvoir apporter un éclairage en ce sens et particulièrement au niveau de l'environnement bâti.

En se comparant à l'Australie, leader mondial de l'approche de l'intégration de la santé dans toutes les politiques, on constate que le Québec est clairement engagé maintenant dans une voie reconnue prometteuse. Largement promue par l'OMS dont l'essor est en cours au Québec, après une revitalisation certaine du modèle de l'article 54 de la loi sur la santé publique, l'intégration de la santé dans les politiques est stratégique. D'ailleurs, le modèle français « Ensemble prévenons l'obésité des enfants (EPODE) », qui est aussi un exemple international maintenant d'actions prometteuses sur les environnements favorables par des alliances formelles entre la santé publique, les municipalités et le secteur privé, tend à démontrer de plus en plus des effets favorables sur la question du poids. L'acteur à l'échelon local est crucial à l'atteinte des objectifs et des cibles nationales (Boucher & Lapierre, 2014). Aux États-Unis, les résultats sont émergents et confirment que les approches locales dont l'emphase est sur les environnements et les politiques locales comme « *Shape Up Somerville* » et le programme « *California Healthy Eating Active Communities Initiative* » et encore « *Communities Putting Prevention to Work* », en pleine expansion depuis 2010, revitalisent les efforts préventifs à l'échelon local et ces succès sont repris à l'échelon national pour une diffusion élargie. Pour l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé français, les partenariats publics-privés, balisés par des chartes et limités, sont garants de certains succès et une nouvelle tendance se dessine, où l'acteur privé assiste la coordination des acteurs publics et associatifs. L'équipe française s'inspire à sa source de la théorie de la sociologie des organisations, de Crozier et Erhard Friedberg (1981), qui mériterait que l'on s'y attarde aussi. Revisiter nos modèles d'intégration des paliers et renouveler nos pratiques collaboratives intersectorielles pour les institutionnaliser formellement avec des ressources dédiées seraient stratégiques.

La gouvernance politique en prévention

Plusieurs auteurs aimeraient voir les gouvernements agir avec plus de fermeté politique et de processus régulateurs en matière de prévention de l'obésité aux plans agroalimentaires et des environnements (Foltz, & al., 2012 ; Graff & Kappagoda, 2012; Zhang, Cowling & Tang, 2010; Sacks & al., 2009; Greenway, 2008; Magnusson, 2008; Gostin, 2004). Une vision épidémiologique sociale du système qui influence l'épidémie d'obésité est nécessaire (Alderman & Smith, 2007). L'expérience québécoise en matière de prévention de l'obésité démontre que le virage est bien amorcé, allant d'une approche axée sur la balance énergétique et les individus,

vers une constatation dans le discours et l'action de mobilisation envers la transformation des environnements. La transformation des environnements n'est pas récente, depuis 2005, les auteurs comme Swinburn, Sacks, et Huang avaient proposé cette piste d'actions. Dix ans plus tard, le mouvement est bien amorcé et les concertations québécoises sont en pleines concrétisations d'actions concertées intersectorielles. La mobilisation par les TIR-SHV a précédé la pleine compréhension des enjeux de l'action populationnelle sur les environnements favorables pour soutenir les choix santé, mais elle a mené la voie à des rencontres d'acteurs, de nouveaux partenariats et à de nouvelles synergies.

Gortmaker et al. (2012) propose huit rôles pour les gouvernements en prévention de l'obésité : 1) leadership, 2) politiques publiques saines, 3) ressources, 4) système de surveillance intelligents, 5) structures de soutien pour l'implantation des politiques, 6) développement et formation de la main-d'œuvre, 7) partenariats-relations-réseautage et coordination et, finalement 8) communication. Notre étude révèle que du point de vue des acteurs gouvernementaux, le leadership du ministère de la santé a joué un grand rôle dans le virage et les changements de pratiques observées au sein de l'expérience québécoise, avec l'acteur QEF. Son rôle est accru et apprécié dans le développement et la formation de la main-d'œuvre avec la formation à la sensibilisation aux environnements favorables aux SHV. Des lacunes sont notées par contre au niveau de l'axe partenariats-relations-réseautage et coordination, pour certains acteurs qui aimeraient voir un rôle plus inclusif et participatif que directif. Aussi, sur le plan de l'axe des communications, les acteurs notent la nécessité de renforcer les communications verticales et horizontales qui permettraient une action concertée plus coordonnée. Trudel (2012) avait aussi rapporté la nécessité évoquée par les responsables des TIR-SHV, d'une meilleure intégration entre les paliers. Pour ce faire, nous soutenons la nécessité de structures de soutien pour les plans d'action et l'implantation des nouvelles politiques intersectorielles, par exemple, et une analyse critique de politiques publiques saines que le gouvernement pourraient soutenir en vue d'accroître la lutte à l'obésité. Gostin (2004) propose un modèle d'intervention à sept orientations qu'il serait intéressant d'explorer, elles constituent des leviers fort pertinents. L'engagement politique est souvent mesuré par les investissements et la faible part accordée à la santé publique dans le monde (Musgrove, 2001). Que dire des investissements en santé publique et en promotion de la santé au Canada et au Québec? Au Canada, moins de 6% du budget total en santé est dédié à la santé publique et encore moins à la promotion de la santé (Association canadienne pour la santé publique, 2009; Chambre des Communes, 2012). Au Québec, 43.4% du budget provincial 2014-2015 est alloué à la mission santé et service sociaux (<http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/>). Néanmoins, c'est moins de 2% du budget qui serait alloué à la prévention et la promotion (GTPPP, 2004). Par ailleurs, le MSSS a réduit de près de 30 % l'enveloppe consacrée aux campagnes de prévention comparativement au financement accordé en 2011 (www.ledevoir.com). La prévention, malgré l'investissement politique dans un plan gouvernemental durant la période à l'étude, demeure une importance capitale non priorisée (St-Pierre, 2012) et l'appel est lancé pour une vision et des actions québécoises pansociétales marquées plus fortement du sceau de la prévention et de la promotion de la santé.

La concertation, l'intersectorialité et l'intégration

Les acteurs de la santé publique sont assez majoritairement reconnus comme leader des concertations. À quelques exceptions, ce leadership est jugé pertinent et quelques recommandations ont été apportées par les acteurs. Une évaluation contextuelle peut permettre de

juger qui est le mieux placé et le plus stratégique pour favoriser une convergence des acteurs régionaux. Le milieu académique universitaire est peu impliqué sauf dans les quelques évaluations réalisées par des acteurs de leurs IPSAP et le secteur privé absent sauf dans le financement de certains IPSAP, comme dans le secteur de l'alimentation. La société civile est peu présente dans la planification et la prestation des actions concertées, outre leur propre IPSAP à ce moment-ci. La participation du jeune se situe principalement dans la prestation des IPSAP. On a noté aussi une participation très inégale de membres dans les TIR et l'absence dans certaines TIR d'un acteur clé régional, soit les CRÉ, et certains ont noté l'absence des acteurs des politiques nationales de ruralité du MAMROT au plan national. Les CRÉ étaient des répondants cibles dans le cadre de cette étude, mais ils ont dû être remplacés par un répondant de QEF en tant que représentant du volet terrain de l'entrevue. Si l'on veut revitaliser et inspirer le milieu local et municipal pour la promotion de la santé, ces collaborations devront être renforcées dans le futur. Une minorité de TIR vit une période de transition importante et même une TIR s'était dissoute au moment de la collecte de données. Le contexte politique au moment de la collecte (élection provinciale et changement de parti politique au pouvoir) laissait peu de directions claires sur les suites à apporter au PAG, sous lequel les TIR ont été instaurées et la motivation des membres intersectoriels était certainement influencée par ce climat incertain. Une meilleure intégration verticale entre les paliers, une coordination régionale améliorée et assurer la relève au plan local en l'absence éventuelle des regroupements locaux de QEF sont à envisager.

La mobilisation québécoise est un acquis de notre expérience québécoise en prévention de l'obésité, mais son futur, incertain avec la fin des fonds de QEF. Une intégration horizontale est certes promue avec les TIR-SHV et les fonds de QEF qui ont entraîné de multiples coopérations nouvelles entre des acteurs des ONG qui dépendent de ces fonds pour survivre. Une mise en commun des savoirs et des projets, la diffusion et le transfert d'informations avec les partenaires se réalisent principalement lors de rencontres ou d'événements ponctuels. Pour de plus amples informations sur l'intégration verticale et horizontale au plan Canadien, voir le texte de McLean et al. (2010). La concertation dans la mise en œuvre des actions n'est pas gagnée et l'accompagnement après la planification ne fait pas l'unanimité. Plus de la moitié des concertations sont en développement et une vision encore plus inclusive est souhaitable. La connaissance du milieu a été citée comme largement facilitée par les TIR-SHV et constitue une condition de réussite organisationnelle et environnementale avec la permanence des acteurs, la communication et le leadership, suivis de près par les collaborations horizontales jugées plus importantes que les collaborations verticales, pour les acteurs rencontrés. L'intersectorialité est bien intégrée dans le discours et permet d'aller plus loin, de maximiser les ressources, mais elle impose des délais de mise en œuvre, « *plus long, mais on va plus loin* », elle expose à des défis de communication et d'arrimage, rend la prise de décision plus contraignante, certains se méfient de la dénaturation des activités qu'elle impose. La question des jeux d'influence des partenaires d'une concertation est aussi à considérer parce que les enjeux politiques ne peuvent être négligés. D'une part, la gouvernance des TIR, des mesures et des moyens intersectoriels mis en œuvre doit demeurer neutre « *faut pas que ça devienne une table qui actualise les actions d'un seul réseau ou partenaire, ça peut arriver* ». D'autre part, on note qu'il y a eu une évolution au sein de QEF, « *le niveau d'accompagnement qui est adéquat dans le sens où on sent pas que notre agent veut prendre complètement le contrôle de notre projet puis nous impose les priorités que lui aurait souhaité donc il y a vraiment eu une évolution* ». À court terme, une évaluation de l'intersectorialité des TIR-SHV serait pertinente pour juger de la pérennité ou non à envisager de

cette formule, dans sa forme actuelle. De même une évaluation intersectorielle de ces stratégies est aussi recommandée pour en retirer les impacts populationnels issus des divers domaines suivants : (1) média et campagne éducative, (2) étiquetage et points d'information, (3) taxation, incitatifs économiques, (4) approches scolaires et en milieu de travail, (5) changements dans les environnements locaux et (6) mesures coercitives et législatives. L'intersectorialité demeure centrale comme meilleure pratique pour la santé publique et ses effets commencent à être documentés, spécifiquement sur la capacité partenariale à mobiliser du financement, sur le nombre de politiques préventives à divers paliers et sur l'implantation d'interventions multiples dans différents milieux (Hersey & al., 2012).

Pour les acteurs, l'intégration est en cours et pour d'autres, elle est difficile. Ces mêmes données sont aussi rapportées par les écrits. Des mécanismes semblent favoriser l'intégration, tels que les connaissances, les connaissances des interactions et le rayonnement. Des parties prenantes peuvent aussi agir comme des facilitateurs du processus. En cours d'intégration, les éléments clés sont les bons liens avec les partenaires locaux, la complémentarité des interventions, la communication et la volonté de réaliser des arrimages, même si cela représente également des défis. C'est au palier régional qu'ils estiment avoir le plus de difficulté avec l'intégration. Au niveau local, la difficulté peut émerger du manque de connaissances sur les besoins locaux, entre autres. Pour ce qui est du national, c'est parfois par les liens peu présents ou encore, la défaillance de communication entre les ministères que semblent découler des difficultés.

Les perspectives de l'approche systémique québécoise

La science des systèmes offre un cadre permettant d'organiser la complexité des forces derrière l'épidémie d'obésité et présente des implications importantes pour les décideurs (Gortmaker & al., 2012). Toutes les parties prenantes doivent contribuer à l'action complémentaire et coordonnée. Les résultats de notre étude indiquent que les IPSAP québécois couvrent à peu près également les facteurs individuels du système et les facteurs nationaux/régionaux et un nombre un peu plus grand, les facteurs de la communauté de la toile causale de l'obésité. Ce sont surtout les TIR-SHV qui agissent sur les politiques, avec quelques ONG. Près de 30% de l'ensemble des acteurs agissent sur les politiques familiales, les politiques alimentaires, les politiques de transport qui font l'objet d'IPSAP au plan national/régional. À une plus petite échelle rapprochée, les politiques d'éducation, d'urbanisation, de santé, culturelles et économiques font aussi l'objet d'IPSAP. Au plan des facteurs de la communauté, ce sont les axes de l'aménagement urbain et de la disponibilité et de l'accessibilité alimentaire qui sont les plus engagés par les acteurs à 47% respectivement, dans une proportion du double pour les TIR-SHV. Le transport public, la sécurité, la publicité et les médias ainsi que le revenu sont les axes sur lesquels interviennent le moins nos acteurs (entre 6% et 20%). Au plan individuel, l'alimentation et les activités sportives sont les plus touchées par les acteurs (40% et 28% respectivement). Loin derrière en termes de proportion d'acteurs, se trouvent les axes de loisirs, de l'image corporelle, des déplacements, de l'apport alimentaire, des dépenses énergétiques et de l'occupation. Somme toute, les acteurs couvrent l'ensemble de trois facteurs de la toile causale à divers degrés. Le modèle écologique de Bronfenbrenner nous a permis de documenter que la majorité des IPSAP se concentrent surtout au mésosystème et à l'exosystème, ce qui s'avère cohérent avec le choix des acteurs. Par ailleurs, les TIR-SHV sont plus fortement représentées que les ONG dans ces systèmes. Le modèle de planification de Green et Kreuter, qui permet de situer les activités des IPSAP, indique que les acteurs s'investissent surtout dans le profil conjoint comportemental-environnemental (étape

rapportée 22 fois par les TIR-SHV et 16 fois par des ONG). Ces informations confirment aussi les visées des acteurs de l'étude. Plus d'investissements d'IPSAP pourraient être réalisés dans les profils social, éducationnel-organisationnel et administratif-politique pour engendrer des approches plus intégrées et à multiples niveaux. Ces informations pistent les orientations que pourraient prendre une coordination intégrée des acteurs et des IPSAP pour optimiser l'expérience québécoise en matière de lutte à l'obésité.

L'opérationnalisation de la synergie au Québec

Le désir de créer la synergie passe soit par les programmes, les actions sur le terrain, les projets ou encore, la sensibilisation réalisée, l'éducation et l'intégration à une vision, une perspective plus large que celle visée spécifiquement par les IPSAP. Des éléments clés sont rapportés : les acteurs, le transfert et l'encadrement. Une cohérence synergique est formulée et les concepts de complémentarité et d'arrimage sont des conséquences que l'on peut entrevoir à la synergie en construction au Québec. Les éléments qui limitent la cohérence sont aussi rapportés par d'autres auteurs: la place et le rôle du gouvernement et la justesse des investissements. Poussant plus loin la réflexion économique, Alvaro et al, (2010) soutiennent aussi que le facteur économique est souvent négligé dans la lutte à l'obésité alors que l'on accorde une grande importance aux environnements physiques, scolaires et du milieu de travail, ce qui nous rappelle le discours réitéré d'agir sur la cause des causes dont les fondements sociaux et économiques (Marmot, 2011). L'environnement obésogénique, terme popularisé par Egger et Swinburn (1997), se retrouve aussi ailleurs que dans les milieux traditionnels de la santé publique. D'ailleurs, Faulkner et al. (2011), dans leur étude sur l'utilisation d'instruments économiques au Canada, ont étudié l'effet d'incitatifs économiques et leur analyse des écrits rapporte plutôt que les impacts seraient modestes et l'avenue de la taxation pour contrer l'obésité n'atteindrait pas les résultats obtenus avec le tabac. Une approche plus intégrée, incluant des subventions pour augmenter l'accessibilité des fruits et légumes, ainsi qu'à de la saine alimentation et à la pratique d'activité physique, serait plus profitable. S'attarder spécifiquement à la pauvreté et à l'éducation, pour combattre l'obésité, présenterait le potentiel d'impact le plus important (Frieden, Dietz & Collins, 2010). Ces auteurs nous pistent vers des IPSAP novateurs et par lesquels de nouvelles synergies seraient prometteuses.

Les défis rencontrés dans la contribution synergique des acteurs comprennent la multiplicité des acteurs, l'ingérence possible de certains secteurs comme la santé publique ou QEF, une orchestration locale difficile, une faible reconnaissance du travail de base, etc. Seulement 56% des acteurs jugent que leurs IPSAP contribuent aux pratiques cliniques préventives. Or, l'ensemble de l'expérience des acteurs contribue directement ou indirectement à l'action préventive sur la question du poids. Comme les pratiques cliniques préventives sont trop spécifiquement liées actuellement aux professionnels de la santé des milieux cliniques, il se peut que cette conceptualisation nuise à la perception des acteurs de leur contribution synergique à la prévention. Quand nous avons contacté spécifiquement, les acteurs de Sport Québec (les membres fédérés, régionaux et les partenaires), certains étaient surpris d'être sollicités et ne se sentaient pas concernés par la prévention de l'obésité et la promotion des SHV. Cet axe n'a pu être couvert dans cette étude, tel que prévu initialement, car les répondants ont choisi de ne pas participer à l'étude, comme les Ordres professionnels d'ailleurs.

L'évaluation en prévention : Un enjeu de taille!

Les données indiquent que pour seulement 24 des 82 IPSAP recensés, soit 29%, un plan d'évaluation est présent. Sous l'angle des acteurs maintenant, le portrait indique qu'environ 44% des acteurs se sont penchés sur l'évaluation. Il y a un nombre important d'évaluations formatives, de processus et de mises en œuvre pour 23% des IPSAP et seulement, 2% des IPSAP ont fait l'objet d'évaluation des effets. Dans tous les secteurs analysés (alimentation, activité physique et environnement), l'analyse des besoins a été priorisée, cependant peu de mesures de suivi, d'assurance qualité, de suivi de changements de comportements, de mesures organisationnelles et d'évaluations, tels que le suggère la santé publique britannique dans ses outils « *Standard Evaluation Framework* » ayant servi à documenter une partie des activités des IPSAP documentés. La grande majorité des acteurs, néanmoins, effectue des mesures pour recueillir des informations sur la satisfaction et la participation. La majorité des résultats imprévus rapportés sont positifs (sous-estimation de l'intérêt, participation citoyenne plus grande et leadership d'acteurs nouveaux, l'apport des municipalités et des cibles élargies liées aux partenariats des concertations). Les contraintes identifiées sont le manque de temps, la disponibilité d'outils, le roulement du personnel, l'adaptation des outils jugés nécessaires, et la difficulté de percer certains milieux, comme le milieu scolaire. Surestimés parfois : l'expertise en prévention d'acteurs clés, la rentabilité du projet, l'implication plus difficile des jeunes, des écarts entre les activités au niveau régional et local et maintenir la fidélisation aux IPSAP. On peut distinguer un nombre assez important d'indicateurs de transformations certes en matière d'activités ciblant les SHV et les environnements favorables aux SHV et quelques données prometteuses en matière de changements des pratiques, des environnements et des perceptions d'effets. Nous avons documenté les perceptions, les observations et les effets mesurés. Les rapports fournis et les données d'entrevues nous laissent entrevoir que le Québec se transforme en matière de pratiques préventives et que le mouvement commence à laisser des traces positives malgré un contexte politique et économique contraignant à plusieurs égards.

Les acteurs ont rapporté un certain nombre de retombées perçues, soit en termes d'influence de leur IPSAP, soit en termes d'expertise développée, de mobilisation, d'amélioration des connaissances, de satisfaction des participants et d'intégration dans le milieu et d'appropriation. Plusieurs TIR-SHV posent un regard critique plus crucial sur les retombées: un impact limité, un faible accompagnement subséquent, des objectifs non atteints, ou encore une mobilisation, une concertation et des arrimages difficiles. Des résultats positifs sont cependant observés, que ce soit en termes de participation, de satisfaction et intérêt des milieux, de pérennité des actions, d'implantation, d'implication des partenaires, de cohérence des actions, de la réponse aux besoins des changements de normes, etc. Quelques observations négatives, déceptions ou effets indésirables observés sont rapportés (pertes de partenaires, faible accompagnement demandé, augmentation du fardeau pour la prestation, difficulté à rejoindre les familles, trop d'actions descendantes, etc.). Sensibilisation, prise de conscience de l'image corporelle, changements de perception et de discours, changements de pratiques (culinaires, éducation alimentaire), transformation des mandats, aménagement du territoire, développement du transport actif, de nouvelles activités sont des effets rapportés. Évolution, amélioration, changements au niveau des partenariats, concertations et mobilisations reflètent également l'évolution des pratiques. Une prise en charge par les milieux est notable. Peu d'acteurs (e.g. JP) observent des changements chez les enfants au niveau des comportements.

En somme, ce qui ressort des données, tenant en compte les items où le plus d'acteurs a confirmé le résultat, dans l'analyse des effets sur l'alimentation, des changements de pratique sont identifiés, dans celle des effets sur l'activité physique, seulement une perception des effets, dans celle des compétences, des effets par les agents multiplicateurs, dans celle des connaissances, des connaissances déduites, dans celle des croyances et des attitudes, des perceptions et finalement, dans les effets sur la motivation, des perceptions. Bien que 74% des acteurs n'aient documenté aucun résultat probant à ce moment-ci, 5% ont rapporté qu'ils sont en cours d'obtention de résultats. L'analyse des effets macro-environnementaux indique que les acteurs perçoivent avoir des effets sur les environnements politiques, économiques et socioculturels, à parts à peu près égaux d'investissement, i.e. 12, 13 et 14 acteurs respectivement, d'où une couverture assez significative de ces environnements par des IPSAP. Notre analyse critériée de chacun des 82 IPSAP nous a permis une analyse plus approfondie nous permettant de poser un jugement évaluatif *emic* et *etic* sur l'efficacité des IPSAP. Les outils utilisés pour notre jugement global sont des outils utilisés dans la littérature en obésité, tels que l'outil de filtrage politique de Swinburn (2005) (Gortmaker & al., 2012, Haby & al., 2006; Vos & al., 2010) ou encore, au cadre Re-aim (Foltz & al., 2012;) et le LEAD de l'IOM (Kumanyika & al., 2010). De plus, le système de classification proposé découle directement des productions du Conseil canadien de la santé (2012) et du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (2011).

En fonction des critères et des normes retenus, ainsi que des données disponibles et des réponses d'entrevues au moment de la collecte, un seul IPSAP est suffisamment documenté pour recommander sa diffusion du point de vue probant « Petits cuistots-parents en réseau » et tous les autres IPSAP du Tableau 27 ayant obtenu un score favorable sur d'autres critères sont jugés prometteurs, soit ceux issus de la FMC (« Sois futé, bois santé » et « financement de la recherche »), de Équilibre (« BTBP », « Derrière le miroir », « Formation intervenants jeunesse »), de la TIR-BSL (« À nos marmites, 1, 2, 3, santé »), de la TIR Saguenay Lact-St-Jean (« Projet saine alimentation »), de la TIR Abitibi-Témiscamingue (« La cuisine santé », « Les formations », « La communication »), de la TIR Laval (« BTBP »), du RQVVS (« Mobilisation municipale »), de la FCSDSQ (« Volet shv + hans kai ») et JP (« Un trésor dans mon jardin »).

Proposition de recommandations

À court terme, des études d'effets et à moyen et long termes, de même que des études d'impact devront être réalisées spécifiquement. L'analyse du portrait a contribué à éclairer les enjeux sur l'évaluation au Québec et la prise de conscience suscitée chez les acteurs ayant répondu et participé à l'étude a entraîné déjà des demandes d'appui du milieu à des études évaluatives spécifiques. L'étude fait ressortir le besoin d'appui à la recherche auprès des ONG et des acteurs gouvernementaux impliqués dans la prévention.

Soutenir un virage et émettre un signal préventif significatif (Bernier, 2011), établir des cibles claires (Crombie & al., 2009) de comportements, mais aussi d'intégration politiques (McLean & al., 2010), d'environnements favorables et de critères qui reflètent une approche pansociale à l'obésité (« *whole of society* ») et un mode de surveillance de ces cibles doivent être priorités au Québec, comme ailleurs au Canada (Ramanathan & al., 2008) et dans le monde, depuis la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies (2012) sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. Adopter une vision plus intégrée en ciblant les multiples facteurs de risque aux maladies chroniques est de mise depuis quelques années, mais peu

appliqué (Flynn & al., 2006). De plus, la perspective du parcours de vie est fortement recommandée dans l'esprit d'une approche populationnelle à l'obésité (Seidell & al., 2005; Gortmaker & al., 2012). Elle se fonde sur les quatre principes suivants: la vie se déroule dans le temps; la vie est faite de multiples aspects intégrés; les trajectoires de vie sont inter reliées et les trajectoires de vie s'insèrent dans des milieux socialement construits (Bernard, 2006). De plus, la recherche a montré que des différences dans les possibilités initiales, même limitées, tendent à être amplifiées au fil du temps. Il s'agirait aussi de recenser les meilleures pratiques et de déterminer d'autres critères comme ceux proposés dans l'étude de Flynn et al. (2006) qui reflètent les principes d'approches populationnelles, permettant ainsi de contrer la non-pertinence des modèles causaux traditionnels. Nous avons retenu spécifiquement dans notre étude les recommandations d'élargissement des critères et des normes de Foltz, May et Belay (2012) et de Leeman et al. (2012).

La clé de l'intervention efficace en prévention de l'obésité se trouve dans l'intégration des actions dans les systèmes existants de la santé et des autres secteurs, comme le propose l'intégration de la santé dans toutes les politiques de l'OMS et spécifiquement pour la prévention de l'obésité (2012), afin de favoriser le potentiel d'influence et de pérennité des politiques (Gortmaker & al., 2012; Hendriks & al., 2012). De nouvelles conceptualisations, de nouveaux outils et des approches de modélisation seront nécessaires pour représenter plus fidèlement la compréhension et l'efficacité potentielle de la lutte à l'obésité (Kaphingst & al., 2009). La simulation par la modélisation dynamique semble une avenue prometteuse (Milstein & al., 2012) pour mieux comprendre les interactions entre les initiatives directes qui influencent la balance énergétique, les actions plus structurantes qui informent et facilitent le changement et indirectement, et finalement, les amplificateurs, soit les facteurs qui adressent les normes sociales et les autres contextes. Les meilleures pratiques de santé publique requièrent les trois types d'interventions, selon Gortmaker et al., (2012). Pourtant, les inégalités sociales sont en hausse et influence l'état de santé de la population : « *Ces politiques (des pays scandinaves nordiques) devraient nous servir d'inspiration, car, si les inégalités sociales sont en hausse partout dans le monde, dont au Québec, cette augmentation est évitable* » (Dre Raynault, ds LaSalle 2014). « *Les pays nordiques nous démontrent que la stratégie la plus efficace pour réduire les problèmes de santé et la mortalité découlant des inégalités sociales consiste à agir à la source, en investissant pour prévenir et diminuer la pauvreté* ». Cette stratégie préconise que les investissements sociaux réalisés durant l'enfance entraîne une plus grande inclusion sociale des individus à l'âge adulte (LaSalle, 2014). Ainsi, tel qu'illustré par les résultats de cette étude, les déterminants sociaux de la santé ciblent différentes sphères de la vie des individus, rappelant ainsi la nécessité des actions intersectorielles en prévention de la santé. Finalement, comme Summerbell (2012), nous croyons que des acteurs périphériques, mais d'une influence certaine, les médias méritent une attention. Une revue systématique Cochrane réalisée par Grilli, Ramsay et Minozzi (2002) rapportait des effets constants et positifs des campagnes médiatiques massives sur l'utilisation des services de santé. Il y a lieu d'envisager aussi comment exploiter cette stratégie de promotion de la santé pour atteindre nos cibles en prévention de l'obésité (Poobalan & al., 2010). Dans notre étude, les auteurs reconnaissent le rôle positif des médias, ils mentionnent cependant qu'il est nécessaire de contrer les publicités de l'industrie et d'autres secteurs privés qui envahissent les réseaux et peuvent altérer la capacité des efforts à modifier la norme sociale et renforcer le message de prévention auprès de ce véhicule.

CHAPITRE 5 : CONCLUSION

Quatre grandes questions de recherche ont guidé cette étude. Nous avons identifié 82 IPSAP mis en œuvre pour les jeunes au Québec en prévention de l'obésité, ainsi que leurs caractéristiques et leur dynamique. Des 32 acteurs rencontrés, chacun répondait à ce critère essentiel, soit d'agir sur les SHV (activité physique ou saine alimentation), soit sur les environnements (physiques, sociaux, politiques ou économiques), soit sur la qualité de vie et ses construits psychosociaux associés au poids, soit sur les déterminants sociaux. De plus, l'acteur et son IPSAP devaient répondre à au moins un des critères optionnels proposés qui permettait de couvrir un vaste éventail d'IPSAP de nature distincte. À titre d'exemple de critère optionnel, notons soit d'être considéré comme une priorité nationale ou d'être utilisé dans plusieurs régions du Québec. Les résultats de l'étude indiquent que la majorité des IPSAP québécois sont des stratégies et des programmes qui comprennent des interventions éducatives ciblant comme principaux déterminants sociaux de la santé l'alimentation, les pratiques de santé personnelles, le jeune enfant et l'éducation. L'arrivée du PAG et des fonds de QEF ont modifié les pratiques de nombreux acteurs, les sensibilisant à une vision commune des environnements favorables pour le Québec par la mobilisation et le travail de planification en intersectorialité. Dans la pratique, les acteurs rencontrent néanmoins de grands défis liés à la mise en œuvre, à la pérennité de leurs actions et dans l'évaluation des IPSAP. La mobilisation québécoise envers les saines habitudes de vie est bien réelle, mais son ancrage actuel est menacé par deux éléments sans garantie de pérennité politique et structurelle, le financement et la mesure de soutien actuel proposée par les TIR. L'action coordonnée et l'action concertée sont en progression, mais fragilisées dans certains milieux. Le partenariat est le pilier et la diversité de liens, la clé pour une convergence optimale à occasionner, voire même provoquer. L'interrelation entre les contextes, les mécanismes et les résultats qu'obtiennent les acteurs avec leurs IPSAP représentent plusieurs dynamiques en opération dans le système de l'expérience québécoise en matière de lutte à l'obésité par la prévention. Une théorisation du succès de la dynamique québécoise émerge. Un jugement évaluatif à partir d'une grille critériée est proposé et porte sur le potentiel d'efficacité, d'impact et d'efficience, incluant une perspective « *emic* » qui fait valoir la voix des acteurs ainsi qu'une perspective « *etic* », plus objective et à caractère probant. Peu de données probantes permettent des évaluations sur l'efficacité. Des analyses plus poussées sont nécessaires, des mises en œuvre individuelles et des effets individuels des IPSAP. La cohérence et la synergie systémique ont été explorées. Des éléments clés et des conditions gagnantes ont été proposés et les mécanismes qui ont cours pour construire des arrimages sont exposés. L'étude approfondit certains aspects traités par d'autres au Québec sur la question de la problématique du poids, pousse plus loin les connaissances des mécanismes en cours et apporte un éclairage nouveau sur des dimensions moins explorées, antérieurement en lien avec la prévention de l'obésité. La prochaine commission d'intérêt de l'Organisation mondiale pour la santé, annoncée le 17 juillet 2014 se penchera sur la complexité du système de l'obésité et de la réponse préventive politique et sociale à apporter. Nul doute que les enjeux interpellent les acteurs québécois et que les recommandations sauront orienter nos réflexions, nos actions et nos partenariats futurs.

RÉFÉRENCES

Agence de la santé publique du Canada (2012). *Qu'est-ce que l'approche axée sur la santé de la population?* Récupéré de <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/approach-approche/index-fra.php>

Agence de la santé publique du Canada. (2011). *Mesures de suivi et des orientations 2011 pour freiner l'obésité juvénile du Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé.* Récupéré de <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/framework-cadre/2011/overview-resume-fra.php>

Agence de la santé publique du Canada. (2010). *Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé.* Récupéré de <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/framework-cadre/2011/overview-resume-fra.php>

Agence de la santé publique du Canada. (2010). *Déclaration sur la prévention et la promotion.* Récupéré de <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/declaration/intro-fra.php>

Agence de la santé publique du Canada. (2010). *Stratégie pancanadienne intégrée renforcée en matière de modes de vie sains.* Récupéré de <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ipchls-spimmvs/fw-fra.php>.

Agence de la santé publique du Canada & Organisation mondiale pour la santé. (2008). *L'équité en santé grâce à l'action intersectorielle : Analyse d'études de cas dans 18 pays.* Santé Canada, Ottawa, ON.

Agence de santé publique du Canada (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Une conférence internationale pour la promotion de la santé.* Récupéré de <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/chartre.pdf>

Agence de la santé publique du Canada, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/approach-approche/index-fra.php>).

Alderman, J., Smith, J. A., et al. (2007). Application of law to the childhood obesity epidemic. *J Law Med Ethics*, 35(1): 90-112.

Allender, S., Nichols, M., Foulkes, C., Reynolds, R., Waters, E., King, L., Gill, T., Armstrong, R., & Swinburn, B. (2011). The development of a network for community based obesity prevention: the CO-OPS Collaboration. *BMC Public Health*, 11:132 Récupéré de <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/132>

Alvaro, C., Jackson, L.A., Kirk, S., McHugh, T.L., Hughes, J., Chircop, A. & Lyons, R.F. (2010). Moving governmental policies beyond a focus on a individual lifestyles: Some insights from complexity and critical theories. *Health Promotion International*, doi:10.1093/heapro/daq052

Aratani, Y., Schwarz, S. W., et al. (2011). The economic impact of adolescent health promotion policies and programs. *Adolesc Med State Art Rev*, 22(3): 367-386, ix.

Armstrong, R., Waters, E., Dobbins, M., Anderson, L., Moore, L., Petticrew, M., Clark, R., Pettman, T.L., Burns, C., Moodie, M., Conning, R. et Swinburn, B. (2013). "Knowledge translation strategies to improve the use of evidence in public health decision making in local government: intervention design and implementation plan." *Implement Science*, (8) 121.

ARUC-RQPS. (2007). *La recherche partenariales : le modèle de l'ARUC-ES et du RQRP-ES*. Montréal : UQAM - L'Alliance de recherche universités-communautés en économie sociale et le Réseau québécois de recherche partenariale en économie. 24 pp.

Ashley, S. R. (2009). Innovation diffusion: Implications for evaluation. In J. M. Ottoson & P. Hawe(Eds.), Knowledge utilization, diffusion, implementation, transfer, and translation: Implications for evaluation. *New Directions for Evaluation*, 124, 35–45.

Association canadienne pour la santé publique/ Canadian Public Health Association. (2013). *Making the Economic Case for Investing in Public Health and the SDH*. Récupéré de <http://www.cpha.ca/en/programs/social-determinants/frontlinehealth/economics.aspx>

Association canadienne pour la santé publique/ Canadian Public Health Association. (2009). *An investment in public health : An investment in Canada's future prosperity*. Brief to the Standing Committee on Finance. Ottawa. Récupéré de http://www.cpha.ca/uploads/policy/finance_committee_20090814_e.pdf

Association des facultés de médecine du Canada. <http://phprimer.afmc.ca/Glossaire?l=p>

Backholer, K., Walls, H.L., Magliano, D.J. , Peeters, A. (2010). Setting Population Targets for Measuring Successful Obesity Prevention.Commentary. *AmJ Public Health*.100 (2033–2037).doi:10.2105/AJPH.2010.200337

Baranowski, T., Cerin, E. & Baranowski, J. (2009). Steps in the design, development and formative evaluation of obesity prevention-related behavior change trials. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6:6 doi:10.1186/1479-5868-6-6.

Baranowski, T., Cullen, K. W. et al. (2003). Are current health behavioral change models helpful in guiding prevention of weight gain efforts? *Obes Res* 11 Suppl: 23S-43S.

Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses universitaires de France.

Bartholomew, L.K., Parcel, G.S., Kok, G., Gottlieb, N.H. & Fernandez, M.E. (2011). Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach. San Francisco: Jossey-Bass.

Bartholomew, L.K., & Mullen, P.D. (2011). Five roles for using theory and evidence in the design and testing of behavior change interventions. *Journal of Public Health Dentistry*. (ISSN 0022-4006). doi: 10.1111/j.1752-7325.2011.00223.x

Beauchamp, A., Backholer, K., Magliano, D. et Peeters, A (2014). "The effect of obesity prevention interventions according to socioeconomic position: a systematic review." *Obesity Reviews*, 15(7), 541–554.

Belanger-Gravel, A., Godin, G., et al. (2011). The effect of theory-based interventions on physical activity participation among overweight/obese individuals: a systematic review. *Obes Rev*, 12(6): 430-439.

Bergeron, H., et al. (2011). A public policy designed and run by a private entrepreneur » Tensions between public health and private interest in the battle against obesity in France, *Revue française de science politique (English)*, 61(19-46). doi: 10.3917/rfspe.612.0019

Bernard, P. (2005). *Connaitre, débattre, décider : la contribution de la recherche longitudinale et sur les parcours de vie dans l'élaboration des politiques publiques au Canada*. Département de sociologie Université de Montréal. Récupéré de http://www.ciqss.umontreal.ca/Docs/Seminaires/CaractereMetho/2005-01_RecherLongit_fr.pdf

Bernard, P. (2006). *L'approche des parcours de vie*. Notes de profs. Contandriopoulos, A.P. transmises le 5 mai 2014.

Bernier, N.F. & Clavier, C. (2011). Public health policy research: Making the case for a political science approach. *Health Promotion International*. 26(1):109–116.

Bernier, S. (2011). La notion de leadership dans le cadre de la gouvernance interministérielle pour la promotion des saines habitudes de vie : Les perceptions des hautes autorités publiques. Université McGill : Mémoire de maîtrise en programme international pour le leadership en santé. 33p.

Black, J. L., & Macinko, J (2008). Neighborhoods and obesity. *Nutr Rev*, 66(1): 2-20.

Boucher, J. & Lapierre, J. (2014). *Quartiers en santé pour la prévention de l'obésité par la transformation des politiques municipales, le capital social et la participation citoyenne*. Rapport final du projet 2010-AC-137224. Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture.

Branscum, P., & Sharma, M. (2012). After-school based obesity prevention interventions: a comprehensive review of the literature. *Int J Environ Res Public Health*, 9(4): 1438-1457.

Brennan, L.K., Ross, C., Brownson, C., Orleans, T. (2014). Childhood Obesity Policy Research and Practice Evidence for Policy and Environmental Strategies. *American Journal of Preventive Medicine*, 46(1), e1–e16.

Brisbois, T.D., Farmer, A.P. & McCargar, L.J. (2011). Obesity Diagnostic and Prevention Early markers of adult obesity: a review. *Obesity Reviews*, doi: 10.1111/j.1467-789X.2011.00965.

Brousselle, A., & Champagne, F. (2011). Program theory evaluation: Logic analysis. *Evaluation and Program Planning*, 34(1), 69–78.

Varvasovszky, Z., & Brugha, R. (2000). A stakeholder analysis. *Health policy and planning*, 15(3), 338-345.

Burton, C. (2002). Complexity and Healthcare. An Introduction, 1-18. Dans Kieran, S. & Griffiths, F. (2002). *Complexity and Healthcare: An Introduction*. (183 p.) Abingdon, UK : Radcliffe Medical Press.

Cambon, L., Minary, L., Ridde, V., & Alla, F. (2012). Transferability of interventions in health education: a review. *Public Health*, 12:497.

Carter, R., Moodie, M., Markwick, A., Magnus, A., Vos, T., et al. (2009). Assessing cost effectiveness in obesity (ACE-obesity): an overview of the ACE approach, economic methods and cost results. *BMC PublicHealth*, 9:419.

Cassel, K. D. (2010). Using the Social-Ecological Model as a research and intervention framework to understand and mitigate obesogenic factors in Samoan populations. *Ethn Health*, 15(4): 397-416.

Cawley, J. (2006). Markets and childhood obesity policy. *Future Child* 16(1): 69-88.

Centre d'études sur les réseaux, les transports, l'urbanisme et les constructions publiques Certu. (2006). Prendre en compte le développement durable dans un projet – Guide d'utilisation de la grille RST02. In Certu. *Développement durable*. Récupéré de http://www.certu.fr/fr/_Projets_transversaux-n206/Développement_durable-n207/Grille_de_lecture_developpement_durable_&039;RST_02&039;-a311-s_article_theme.html

Chambre des communes; House of Commons. (2012) *Chronic Diseases Related to Aging and Health Promotion and Disease Prevention*. Report of the Standing Committee on Health. Récupéré de www.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/411/HESA/Reports/RP5600467/hesarp08/hesarp08-e.pdf

Chan, C., Deave, T., et al. (2010). Childhood obesity in transition zones: an analysis using structuration theory. *Sociol Health Illn*, 32(5): 711-729.

Cheadle, A., Schwartz, P. M., et al. (2010). The Kaiser Permanente Community Health Initiative: overview and evaluation design. *Am J Public Health*, 100(11): 2111-2113.

Chevalier, J.M. & Buckles, D.J. (2013). *Participatory Action Research. Theory and Methods for Engaged Inquiry*. NY: Routledge. 496 pp.

Christakis, N. A., & Fowler, J. H. (2012). Social contagion theory: examining dynamic social networks and human behavior. *Stat Med*.

Chan, C., Deave, T. & Greenhalgh, T. (2010). Childhood obesity in transition zones: an analysis using structuration. *Sociology of Health & Illness*, 32(5), 711–729.

Coleman, C.H., Bouésseau, M.J., & Reis, A. (2008). *Contribution de l'éthique à la santé publique, OMS*. Récupéré de <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/8/08-055954/fr/>

Confédération Suisse. (2011). *Évaluation de la durabilité*. Récupéré de <http://www.are.admin.ch/themen/nachhaltig/00270/index.html?lang=fr>

Commission mondiale sur l'environnement et le développement (CMED) (1987). *Notre avenir à tous –Rapport Brundtland*. In Wikisource. Récupéré de http://fr.wikisource.org/wiki/Notre_avenir_à_tous_Rapport_Brundtland/Chapitre_2#I._La_notion_de_d.C3.A9veloppement_durable

Commission on social determinants of health (2007). *Achieving Health Equity: From root causes to fair outcomes – interim statement*. Organisation mondiale de la santé. Récupéré de http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/interim_statement_eng.pdf

Community Preventative Services Task Force. (2011). *The Guide to Community Preventive Services*. Atlanta, GA: CDC. Récupéré de <http://www.thecommunityguide.org/index.html>

Conférence des chercheurs principaux en santé cardiovasculaire. (2002). *Initiative canadienne en santé cardiovasculaire : Évaluation du processus entourant l'étape de démonstration*. Ottawa : Centre collaborateur de l'OMS sur l'élaboration de politiques relatives à la prévention des maladies non Transmissibles, Santé Canada.

Conseil canadien sur la santé (2012). *Cadre d'évaluation des pratiques novatrices-CEPN*. Récupéré de http://www.conseilcanadiendelasante.ca/rpt_det.php?id=470

Crombie, I.K., Irvine, L., Elliott, L. & Wallace, H. (2009). Targets to tackle the obesity epidemic: a review of twelve developed countries. *Public Health Nutrition*, 12, (406-413). doi:10.1017/S1368980008002292.

Crozier, M., & Erhard Friedberg, E. (1981). « *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective* ». Paris : Éditions du Seuil. (Première parution en 1977, dans la collection "Sociologie politique").

De Groot, P. F., Robertson, N.M., Swinburn, B.A., Silva-Sanigorski, A.M. (2010). Increasing community capacity to prevent childhood obesity: challenges, lessons learned and results from the Romp & Chomp intervention. *BMC Public Health*, 10,522.

Direction de santé publique de la Montérégie, CRÉ de l'agglomération de Longueuil, CRÉ Vallée-du-Haut-Saint-Laurent CRÉ Montérégie Est. (2012). *Cadre d'évaluation du projet montérégien en saines habitudes de vie. Volet cour d'école*. Discussion Paper: Washington DC. Récupéré de http://www1.worldbank.org/hnp/hsd/rm_wg3_paper11.asp

Direction du développement des individus et des communautés. (2012). *Normes sociales, poids et image corporelle au Québec : deux exemples d'actions préventives*. Québec : INSPQ.

Durand, C.P., Andalib, M., Dunton, G.F., Wolch, J. & Pentz, M.A. (2011). A Systematic Review of Built Environment Factors Related to Physical Activity and Obesity Risk: Implications for Smart Growth Urban Planning. *Obes Rev.* , 12(501) (173–e182). doi:10.1111/j.1467-789X.2010.00826.x.

Edwards N, MacLean L, Estable A, Meyer M. (2006). *Multiple Intervention Program recommendations for MHPSPG Technical Review Committees*. Ottawa: Community Health Research Unit, University of Ottawa.

Egger, G., Swinburn, B. (1997). An “ecological” approach to the obesity pandemic. *British Medical Journal* 315, 477–480.

Elford RW, MacMillan HL, Wathen CN with the Canadian Task Force on Preventive Health Care (2001). *Counselling for Risky Health Habits: A Conceptual Framework for Primary Care Practitioners*. CTFPHC Technical Report #01–7. London, on: Canadian Task Force.

Équipe de l'évaluation EFSHV (2013). *Rapport de suivi des sessions de sensibilisation en date du 31 août 2013, Saguenay-lac-saint-jean*. UQTR

Équiterre (2013). *Rapport d'évaluation mi- projet Croqu'Plaisir*.

Faulkner, G., Grootendorst, P., Nguyen, V.H., Andreyeva, T., Arbour-Nicitopoulos, K., Auld, M.C., Cash, S.B., Cawley, J., Donnelly, P., Drewnowski, A., Dubé, L., Ferrence, R., Janssen, I., LaFrance, J., Lakdawalla, D., Mendelsen, R., Powell, L.M., Traill, W.B., & Windmeijer F. (2011). Economic instruments for obesity prevention: results of a scoping review and modified delphi survey. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8:109. Récupéré de <http://www.ijbnpa.org/content/8/1/109>.

Feldstein AC., & Glasgow RE. (2008). A practical, robust implementation and sustainability model (PRISM) for integrating research findings into practice. *Jt Comm J Qual PatientSaf.*, Apr; 34(4):228-43.

Finkelstein, E. A. & Trogdon J. G. (2008). Public health interventions for addressing childhood overweight: analysis of the business case. *Am J Public Health* 98(3): 411-415.

Flynn, M. A., D. A. McNeil, et al. (2006). Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations. *Obes Rev*, 7 *Suppl 1*: 7-66.

Foltz, J.L., May, A.L., Belay, B., Nihiser, A.J., Dooyema, C.A. & Blanck, H.M. (2012). Population-level intervention strategies and examples for obesity prevention in children. *Annual Review of Nutrition*, 32, pp. 391-415. *Date of Electronic Publication*: 2012 Apr 23

Ford Lattimore B, O'Neil S, Besculides M. (2008). Tools for developing, implementing, and evaluating state policy. *Prev Chronic Dis*;5(2). Récupéré de http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/apr/07_0210.htm.

Frieden, T. R. (2010). A framework for public health action: The health impact pyramid. *American Journal of Public Health, 100*(4), 590–595. doi:10.2105/Ajph.2009.185652.

Frieden, T.R., Dietz, W. & Collins, J. (2010). Reducing childhood obesity through policy change: Acting now to prevent obesity. *Health Affairs, 29*(3), 357-363.

Gagnon, H., Guillaumie, L., Godin, G. Imbault, M. (2010). L'intervention mapping une demarche structure de planification en promotion de la santé. JASP, Centre des congrès de Québec. Récupéré de http://jasp.inspq.qc.ca/Data/Sites/1/SharedFiles/presentations/2009/10_HGagnon.pdf

Gagnon, J., Thibault, C., Manceau, C., Sénécal, A., Jalbert, Y., Paquette, M-C., & Dagenais, F. -ÉquiLibre, INSPQ. *La campagne derrière le miroir : faire évoluer les normes sociales à l'ère du web 2.0.* [Gagnon & al.a]

Gagnon, J., Thibault, C., Manceau, M., St-Louis-Deschênes, M., Trudeau, C., Dagenais, F., Jalbert, Y., & Paquette, M-C. ÉquiLibre, INSPQ. *Diffusion du programme (btbp) dans les écoles secondaires et les organismes jeunesse du Québec.* [Gagnon & al.b]

Gagnon, J., Thibault, C., Manceau, M., St-Louis-Deschênes, M., Trudeau, C., Dagenais, F. (2011). *Programme Bien dans sa tête, bien dans sa peau et Campagne Ton influence a du poids.* Rapport d'évaluation présenté au Fonds Québec en Forme Par Groupe d'action sur le poids ÉquiLibre.

Gagnon, M. *Cycle des connaissances à la pratique: Chapitre 5.1 Dissémination et échanges de connaissances.* Institut de recherche en santé du Québec, Santé Canada. Récupéré de <http://www.irsc-cihr.gc.ca/f/41953.html>

Galvez, M. P., Pearl, M., et al. (2010). Childhood obesity and the built environment. *Curr Opin Pediatr 22*(2), 202-207.

Gauthier, B. (1984). Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données. *Revue canadienne de counseling et de psychothérapie. 20*(4).

Gentile, D.A, Welk, G., Eisenmann, J.C., Reimer, R.A., Walsh, D.A., Russell, D.W., Callahan, R., Walsh, M., Strickland, S. & Fritz, K. (2009). Evaluation of a multiple ecological level child obesity prevention program: Switch® what you Do, View, and Chew. *BMC Medicine, 7* (49). doi:10.1186/1741-7015-7-49.

Gillman, M. W., Rifas-Shiman, S.L., et al. (2008). Developmental origins of childhood overweight: potential public health impact. *Obesity (Silver Spring), 16*(7): 1651-1656.

Goodwin, D. M., Cummins, S., Sautkina, E., Ogilvie, D., Petticrew, M., Jones, A., Wheeler, K., et White, M. (2013). "The role and status of evidence and innovation in the healthy towns programme in England: a qualitative stakeholder interview study." *J Epidemiol Community Health, 67*(1), 106-112.

Glasgow, R. R., Klesges, L. M., Dzewaltowski, D. A., Estabrooks, P. A., & Vogt, T. M. (2006). Evaluating the impact of health promotion programs: Using the RE-AIM framework to form summary measures for decision making involving complex issues. *Health Education Research, 21*, 688–694.

Glasgow, R.E., Vinson, C., Chambers, D., Muin, P., Khoury, J., Kaplan, R.H., & Hunter, C. (2012). National Institutes of Health Approaches to Dissemination and Implementation Science: Current and Future Directions. *Am J Public Health, 102*, 1274–1281. doi:10.2105/AJPH.2012.

Glasgow, R., Lichtenstein, E., & Marcus, A.C. (2003). Why don't we see more translation of health promotion research to practice? Rethinking the efficacy-to-effectiveness transition. *Am. J. Public Health, 93*(8):1261–67.

Glass, T.A., & McAtee, M.J. (2006) Behavioral science at the crossroads in public health: extending horizons, envisioning the future. *Social Science and Medicine. (62)*, 1650–1671.

Gortmaker, S.L., Swinburn, B., Levy, D., Carter, R. Mabry, P.L., Finegood, D., Huang, Y, Marsh, T. & Moodie, M. (2012). Changing the Future of Obesity: Science, Policy and Action. *Lancet. 27*; 378(9793) (838–847). doi:10.1016/S0140-6736(11)60815-5

Gostin, L. (2004). Law and Ethics in Population health. *Aust N Z J Public Health, 28*(1):7-12.

Graff, S. K., Kappagoda, M., et al. (2012). Policies for healthier communities: historical, legal, and practical elements of the obesity prevention movement. *Annu Rev Public Health 33*: 307-324.

Green, L. W., and Kreuter, M. W. (1999). *Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach*, 3rd edition. Mountain View, CA: Mayfield.

Greenway, J. (2008). Childhood obesity: bringing children's rights discourse to public health policy. *Community Pract, 81*(5): 17-21.

Greenwood, H.L. & Edwards, N. (2009). *Éthique en santé des populations: Bibliographie commentée*. Institut de la santé publique et des populations Instituts de recherche en santé du Canada.

Grilli,R, Ramsay,C. et Minozzi, S. (2002). Cochrane Database Syst Rev. , (1):CD000389. Mass media interventions: effects on health services utilisation.

Groupe consultatif interagences en éthique de la recherche. (2010). *EPTC, Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Deuxième édition. Ottawa. 234 pp.

Groupe de travail provincial sur la problématique du poids (2004). *Document de réflexion : Les problèmes reliés au poids au Québec: un appel à la mobilisation*. Récupéré de http://www.aspq.org/uploads/pdf/4cd97552b46bf8-les-problemes-relies-au-poids-au-quebec_un-appel-a-la-mobilisation.pdf

Guichard, A. & Riddle, V. (2010). Une grille d'analyse des actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé. Ds Potvin, L., Moquet, M., J & Jones, C.M. (2010). *Réduire les inégalités sociales de santé*. France : L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).pp.297-312.

Haby, M.M., Vos, T., Carter, R., & al. (2006). A new approach to assessing the health benefit from obesity interventions in children and adolescents: the assessing cost-effectiveness in obesity project. *Int J Obes (Lond)* (30) p.p 1463–75.

Harris, RP, Helfand, M, Woolf, SH, & al (2001). Current methods of the US Preventive Services Task Force: a review of the process. *Am J Prev Med*, 20:21-35.

Harrison, F. & Jones, A.P. (2012). A framework for understanding school based physical environmental influences on childhood obesity. *Health Place*, 18(3): 639-648.

Have, M.T., de Beaufort, I.D., Mackenbach, J.P. & Van der Heide, A. (2010). An overview of ethical frameworks in public health: Can they be supportive in the evaluation of programs to prevent overweight? *BMC Public Health*, 10:638. Récupéré de <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/638>

Hawkins, S. S., Cole, T. J., et al. (2008). Maternal employment and early childhood overweight: findings from the UK Millennium Cohort Study. *Int J Obes (Lond)*, 32(1): 30-38.

Hayes S.L., Mann, M.Kk., Morgan, F.M., Kitcher, H, Kelly, M.J., Weightman, A.L (2011). Collaboration between local health and local government agencies for health improvement. *Cochrane Database Syst Rev.*,15 (6):CD007825. doi: 10.1002/14651858.CD007825.pub5.

Hendriks, A. M., Gubbels, J. S., De Vries, N. K., Seidell, J. C., Kremers, S.P.J. & Jansen1, M.W.J. (2012). Interventions to Promote an Integrated Approach to Public Health Problems: An Application to Childhood Obesity. *Journal of Environmental and Public Health*, Article ID 913236, (14 p). doi:10.1155/2012/913236

Hersey, J., Kelly, B., Roussel, A., Curtis, L, Horne, J., Williams-Piehot, P., Kuester, S., Farris, R. (2012). The value of partnerships in state obesity prevention and control programs. *Health Promot Pract.*,13(2),222-9. doi: 10.1177/1524839910383945. Epub 2011 Mar 22.

Huang, T.T., Drewnowski, A., Kumanyika, S.K., & Glass, T.A. (2009). A systems-oriented multilevel framework for addressing obesity in the 21st century. *Preventing Chronic Disease Public Health Research Practice and Policy*, 6(3), A82.

INSERM. Institut national de la santé et de la recherche médicale. (2008). *Activité physique: Contextes et effets sur la santé*. Paris : Auteur.

Institut national de santé publique du Québec. (2012). *Utilité de l'évaluation de l'évaluabilité des politiques gouvernementales de lutte contre le tabagisme : l'expérience québécoise des centres d'abandon du tabagisme*. Montréal : Auteur.

Institut national de santé publique du Québec. (2008). *Petit guide d'évaluation participative à l'intention des initiatives de développement des communautés*. Montréal, Qc, CA.

Institute of Medicine of National Academies. (2012). *An Integrated Framework for Assessing the Value of Community-Based Prevention!* Washington DC: The National Academies Press.

Institute of Medicine of the National Academies. (2010). *Bridging the evidence gap in obesity prevention: A framework to inform decision making*. Washington, DC: The National Academies Press.

Jilcott, S.B., Whetstone, L.M., Wilkerson, J.R., Smith, T.W., & Ammerman, A.S. (2012). A Community- Driven Approach to Identifying “Winnable” Policies Using the Centers for Disease Control and Prevention’s Common Community Measures for Obesity Prevention. *CDC - Preventing Chronic Disease*, 9, 2012: 11_0195

Joyal, I., Thivierge, J., & Gaudreault, M. (2013). *Évaluation du projet Cultivons et cuisinons*. Saguenay Lac-St-Jean.

Joyal, I., Thivierge, J., & Tardif, S (2013). *Évaluation de la mise en oeuvre du projet: Le métro Bus de Gustave à l'été 2013*. Saguenay Lac-St-Jean.

Kaphingst, K.M., & Story, M. (2009). Child care as an untapped setting for obesity prevention: state child care licensing regulations related to nutrition, physical activity, and media use for preschool-aged children in the United States. *Prev. Chronic Dis.* 6(1): A11

Kersh, R., Stroup, D.F. & Taylor, W.C. (2011). Childhood Obesity: A Framework for Policy Approaches and Ethical Considerations. *Prev Chronic Dis.* ,September, 8(5): A93.

Kettel Khan, L., Sobush, K., Keener, D., Goodman, K., Lowry, A., Kakietek, J., Zaro, S. (2009). Recommended Community Strategie and Measurements to Prevent Obesity in the United States. *MMWR*, 58(RR07);1-26.

Khan, L.K., Sobush, K., Keener, D., Goodman, K., Lowry, A., Kakietek, J., & al. (2009) Recommended community strategies and measurements to prevent obesity in the United States. *MMWR Recomm Rep*, 58(RR-7), 1-26.

Kickbusch, I. (1989). Approaches to an ecological base for public health. *Health Promotion International* 4, 265–268.

Kristen Harrison, K., Bost, K.K., McBride, B.A., Donovan, S.M., Grigsby-Toussaint, D.S., Kim, J., Liechty, J.M., Wiley, A., Teran-Garcia, M., & Jacobsohn, G.C. (2011). Toward a Developmental Conceptualization of Contributors to Overweight and Obesity in Childhood: The Six-Cs Model. *Child Development Perspectives*, 5(1), 50-58.

Kuipers, Y.M. (2010). *Focusing on obesity through a health equity lens. A collection of innovative approaches and promising practices by European and international health promotion bodies to counteract obesity and improve health equity*. International Collaboration on Social Determinants of health, Department of Health, England: EuroHealthNet.

Kumanyika, S.K., Parker, L., & Sim, L.F., (2010) *Bridging the Evidence Gap in Obesity Prevention: A Framework to Inform Decision Making*. Washington, DC: Natl. Acad. Press.

Kumanyika, S., Jeffrey, R.W., Morabia, A., Ritenbaugh, C., & Antipatis, V.J. (2002). Public health approaches to the prevention of obesity (PHAPO) working group of the International Obesity Task Force (IOTF). Obesity prevention: the case for action. *International Journal of Obesity related Metabolic Disorders*, 26(3), 425-436.

Kuruvilla, S., Mays, N., Pleasant, A. & Walt, G. (2006). Describing the impact of health research: a Research Impact Framework. *BMC Health Services Research*, 6 (134) doi:10.1186/1472-6963-6-134.

Lacombe, C. (2006). *Milieu physique, vie quotidienne et idéaux socioculturels. Structuration du cadre de développement des enfants dans les garderies québécoises*. (thèse de doctorat, Université Laval, Québec, Canada). Récupéré de <http://theses.ulaval.ca/archimede/fichiers/23299/23299.html>

Lapierre, J., Boucher, J., Major, F., Ndengeyingoma, A., Sabourin, H., Ménard, A., Ouimette, S., Lalonde, C., Bédard Allaire, M., Chénard, M-P., & Guénette, M., (2012). *Sondage sur les environnements favorables et la gouvernance locale pour des Quartiers en santé*. Université du Québec en Outaouais, Équipe FQRSC 2010-2014.

Lapierre, J. Ndengeyingoma, A. & Boucher, J. (2012). L'intégration de la santé dans toutes les politiques dans la gouvernance pour la santé : Une pratique issue de l'axe des politiques publiques favorables de la Charte d'Ottawa. *25 ans d'histoire : Les retombées de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones*. 75-82.

Lapierre, J., Major, F., Aimé, A., Ndengeyingoma, A., Ramazani, A., Nadeau, F & Lévy, C. (2010). *La coopérative de solidarité Quartiers en santé*. Université du Québec en Outaouais : Groupe interdisciplinaire de recherche et développement en soins et services de la santé (Cahier 20), 13.

Lapierre, J. (2012). Atelier du forum international des coopératives de santé, Sommet international de la coopération, Lévis.

LaSalle, M. (2014). *Le bon sens à la scandinave*. Journal Forum: Université de Montréal.

Lawrence (2012). Institute of Medicine of National Academies. (2012). *An Integrated Framework for Assessing the Value of Community-Based Prevention!* Washington DC: The National Academies Press. 180 pp.

Lebeau, A., Vermette, G. & Viens, C. (1998). *Bilan de l'action intersectorielle et de ses pratiques en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies au Québec*. Québec : Gouvernement du Québec (MSSS) Direction générale de la planification et de l'évaluation.

Leclerc, B.S. (2012). Utilité de l'évaluation de l'évaluabilité des politiques gouvernementales de lutte contre le tabagisme : l'expérience québécoise des centres d'abandon du tabagisme. *The Canadian Journal of Program Evaluation* Vol. 24 No. 3 Pages 59–71.

Le Bossé, Y. (2005). *Ni policier, ni sauveur : quel est le pouvoir d'agir d'un intervenant ?* Québec : Université Laval.

Le grand défi Pierre Lavoie (2013). *Une année haute en couleur: Bilan 2013*.

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) (2011). *Données probantes par catégories de recommandations*. Manuel des procédures. Récupéré de <http://canadiantaskforce.ca/methods/>

Leeman, J., Sommers, J., Leung, M.M., & Ammerman, A. (2011) Disseminating evidence from research and practice: a model for selecting evidence to guide obesity prevention. *J. Public Health Manag. Pract.* 17(2), 133–40.

Leeman, J., Sommers, J., Vu, M., Jernigan, J., Payne, G., Thompson, D., Heiser, C., Farris, R., & Ammerman, A. (2012). An evaluation framework for obesity prevention policy interventions. *Preventing Chronic Disease : Public Health Research, Practice and Policy*, 9, PMID: 22742594 PMID: PMC3457745.

Les ateliers cinq épices (2013). *Programme PACAN: de formation à l'art culinaire, à l'alimentation et à la nutrition*. Montréal: Auteur.

Lett, J. (1990). *Emics and etics: Notes on the epistemology of anthropology*. In T.N. Headland, K.L. Pike, & M. Harris (Eds.). *Emics and etics: The insider/outsider debate*. *Frontiers of anthropology*, v. 7. Newbury Park, Calif: Sage Publications.

Lobstein, T., Baur, L., Uauy, R. IASO International Obesity Task Force. (2004). Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews*, 5 (Suppl. 1), 4–85.

Lytle, L.A. (2009). Examining the Etiology of Childhood Obesity: The IDEA Study. *Am J Community Psychol.* 44(3-4):338-49.

MacLean, L.M., Clinton, K., Edwards, N., Garrard, M., Ashley, L., Hansen-Ketchum, P., & Walsh, A. (2010). Unpacking vertical and horizontal integration: childhood overweight/obesity programs and planning, a Canadian perspective. *Implementation Science*, 5:36. Récupéré de <http://www.implementationscience.com/content/5/1/36>

McLean, R.M., Hoek, J.A., Buckley, S., Croxson, B., Cumming, J., Ehau, T.H., Tanuvasa, A.F., Johnston, M., Mann, J.I., & Schofield, G. (2009). "Healthy Eating - Healthy Action": evaluating New Zealand's obesity prevention strategy. *BMC Public Health*, 9:452 doi:10.1186/1471-2458-9-452.

MacLellan-Wright, M.F., Anderson, D., Barber, S., Smith, N., Cantin, B., Felix, R., & Raine, K. (2007). The development of measures of community capacity for community-based funding programs in Canada. *Health Promotion International*, doi:10.1093/heapro/dam024

McLaren L, Shiell A, Ghali L, Lorenzetti D, Rock M, Huculak S. (2004). Are Integrated Approaches Working to Promote Healthy Weights and Prevent Obesity and Chronic Disease? Calgary: Center for Health & Policy Studies, Dept Community and Health Services, University of Calgary.

Magnusson, R.S. (2008). What's law got to do with it? Part 1: A framework for obesity prevention. *Australia and New Zealand Health Policy* 5 (10). doi:10.1186/1743-8462-5-10

Magnusson, R.S. (2008). What's law got to do with it? Part 2: Legal strategies for healthier nutrition and obesity prevention. *Australia and New Zealand Health Policy*, 5:11. doi:10.1186/1743-8462-5-11.

Marmot, M. (2011). Social Determinants of Health - What Doctors Can Do? *BMJ*.

Martin, A., Saunders, D.H., Shenkin, S.D., & Sproule, J. (2014) Lifestyle intervention for improving school achievement in overweight or obese children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014(3). Doi 10.1002/14651858.CD009728.pub2.

Maziak, W., Ward, K.D., & Stockton, M.B. (2007). *Obes Rev.* 9(1):35-42.

Meister JS, & Guernsey de Zapien J. (2005). Bringing health policy issues front and center in the community: expanding the role of community health coalitions. *Prev Chronic.* Récupéré de http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/jan/04_0080.htm.

Mikkonen, J. & Raphael, D. (2011). *Déterminants sociaux de la santé : Réalités canadiennes*. Toronto : École de gestion et de politique de la santé de l'Université York.

Milstein, B., Homer, J., & Hirsch, G. (2012) Analyzing National Health Reform Strategies with a Dynamic Simulation Model. *Am. J Public Health*, 100(5), 811-819.

Ministère de la Santé et des Services sociaux et Québec en Forme. (2012). *Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids*. Document rédigé en collaboration avec Québec en Forme et l'Institut national de santé publique du Québec. Gouvernement du Québec, 24 pages. Récupéré de <http://www.msss.gouv.qc.ca>.

Ministère de la santé et des services sociaux. (2006). *Le modèle québécois de lutte à l'obésité*.

Ministère de la santé et des services sociaux. (2006). *Le plan d'action gouvernemental pour les saines habitudes de vie et la prévention des problèmes reliés au poids (2006-2012)*.

Ministère de la santé et des Soins de longue durée. (2012). *Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé. EIES : Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé*. Toronto, On.

Ministère de la santé et des services sociaux. (2008). Plan national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008 <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf>

Ministère de l'Éducation (2002). *Les services éducatifs complémentaires : essentiels à la réussite*. Québec : gouvernement du Québec.

Monasta, L, Batty, G.D., Cattaneo, A., Lutje, V., Ronfani, L., Van Lenthe, F.J., & Brug, J.(2010). Early-life determinants of overweight and obesity: a review of systematic reviews. *Obesity Reviews*,11, Issue 10, 695–708.

Mongeau, L. (2008). Curbing the obesity epidemic: the need for policy action in a risk-balanced, orchestrated, comprehensive strategy.*Int J Public Health*, 53(6): 320-321.

Moore, C. J., & S. A. Cunningham (2012). Social position, psychological stress, and obesity: a systematic review. *J Acad Nutr Diet*, 112(4): 518-526.

Morris, M. W., Leung, K., Ames, D., & Lickel, B. (1999). Views from inside and outside: Integrating Emic and Etic Insights about Culture and Justice Judgment. *Academy of Management Review*, 24(4), 781-796.

Mozaffarian, D., Afshin, A., Benotwitz, L., Bittner, V., Daniels, S.R., Franch, H.A., Jacobs, D.R., et al. (2012) AHA Scientific Statement Population Approaches to Improve Diet, Physical Activity, and Smoking Habits A Scientific Statement From the American Heart Association. *American Heart Association*, 126(12), 1514-1563.

Musgrove, P., Zeramardini, R., & Carrinb, G. (2001). *A Summary Description of Health Care Financing in WHO Member Countries. Health, Nutrition and Population (HNP)*

National Cancer Institute.(2006). *Evaluating ASSIST: A Blueprint for Understanding State-level Tobacco Control*.Tobacco Control Monograph No. 17. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute. NIH Pub. No. 06-6058.

National Collaborating Centre for Determinants of Health. (2011). *Integrating Social Determinants of Health and Health Equity into Canadian Public Health Practice: Environmental Scan 2010*. Récupéré de www.nccdh.ca/resources/entry/integrating-social-determinants-of-health-and-health-equity-into-canadian-p11

National Obesity Observatory. (2012). *Standard Evaluation Framework for physical activity interventions*. UK.

Naylor, P.J., Tomlin, D., Rhodes, R.E., & McConnell, J. (2014) Screen Smart: Evaluation of a Brief School Facilitated and Family Focused Intervention to Encourage Children to Manage Their Screen-Time. *J Child Adolesc Behav* 2 (124). doi :10.4172/jcalb.1000124

Nielsen, L.S. , Danielsen, K.V., & Sørensen, T.I.A. (2011). Short sleep duration as a possible cause of obesity: critical analysis of the epidemiological evidence. *Obesity Reviews*, 12(2) (78-92). doi: 10.1111/j.1467-789X.2010.00724.x.

OBSSRNIH Office of Behavioral and Social Science Research at the National Institutes of Health. (2012). http://obssr.od.nih.gov/scientific_areas/methodology/systems_science/index.aspx

Office fédérale du développement territorial ARE (2008). *Évaluation de la durabilité: Guide pratique pour les services fédéraux et autres intéressés*. Confédération Suisse. Récupéré de www.are.admin.ch/themen/nachhaltig/00270/03005/index.html?lang=f

Ogilvie, D., Cummins, S., Petticrew, M., White, M., Jones, A., & Wheeler, K. (2011). Assessing the Evaluability of Complex Public Health Interventions: Five Questions for Researchers, Funders, and Policymakers. *The Milbank Quarterly*, 89(2), pp. 206–225.

Organisation mondiale pour la santé. (2004). *Les déterminants sociaux de la santé : les faits (deuxième édition)* http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98439/E82519.pdf

Organisation mondiale de la santé. (OMS). (2012). Approche de la prévention de l'obésité de l'enfant dans la population. Suisse : Auteur.

Ouellet, F.M., Paiement, M. & Tremblay, P.H. (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.

Patton. M.Q. (2011). *Developmental Evaluation. Applying complexity concepts to enhance innovation and use*. NY : The Guilford Press.

Pawson, R. & Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. London : Sage.

Perret, B. (2012). La construction d'un jugement. Ds Ridde, V. & Dagenais, C. *Approches et pratiques en évaluation de programmes*. Mtl : Presses de l'Université de Montréal.

Pettibone, K.G., Friend, K.B., Nargiso, J.E. & Florin, P. (2013). Evaluating Environmental Change Strategies: Challenges and Solutions. *Am J Community Psychol* 51:217–221 DOI 10.1007/s10464-012-9556-0.

Pineault, R. & Daveluy, C. (1995). *La planification de la santé: concept, méthodes, stratégies*. Montréal: Éditions nouvelles.

Plachta-Danielzik, S., Landsberg, B., Johannsen, M., Lange, D., & Müller, M.J. (2010). Determinants of the prevalence and incidence of overweight in children and adolescents. *Public Health Nutrition*, 13, (1870-1881). doi:10.1017/S1368980010000583

Plotnikoff, R.C., Lightfoot, P., Barrett, L., Spinola, C., & Predy, G. (2008). A Framework for Addressing the Global Obesity Epidemic Locally: The Child Health Ecological Surveillance System (CHESS). *Preventing Chronic Disease: Public Health Research Practice and Policy*, 5(3), Récupéré de http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/jul/07_0007.htm

Pluye, P. (2007). *Trousse à outils-pérennisation*. Récupéré de www.cacis.umontreal.ca/perennite/index_fr.htm

Poobalan, A.S, Aucott, L.S., Ahmed, S. et Smith, W.K.S. (2010). Analysis of the UK recommendations on obesity based on a proposed implementation framework. *BMC Public Health*, 10:17.

Potvin, P. (2009). Éléments et critères d'évaluabilité d'un programme d'intervention psychosociale. Dans M. Alain & D. Dessureault (Éds.), *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale* (pp.101-114). Québec, QC : Presse de l'Université du Québec.

Potvin, L., Bilodeau, A., & Gendron, S. (2008). Trois défis pour l' évaluation en promotion de la sante. *Promotion & Éducation*, 15(S1), 17-21.

Priest, N., Armstrong, R., Doyle, J., & Waters, E. (2008) Policy interventions implemented through sporting organisations for promoting healthy behaviour change. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. doi: 10.1002/14651858.CD004809.pub3.

Prosser, B., Clark, S., Davey, R., Parker, R. (2013). Developing a public health policy-research nexus: An evaluation of Nurse Practitioner models in aged care. *Evaluation and Program Planning*. 40, pp :55 -63.

Ramanathan, S., Allison, K.R., Faulkner, G. et Dwyer, J.J.M. (2008). Challenges in assessing the implementation and effectiveness of physical activity and nutrition policy interventions as natural experiments. *Health Promotion International*, 23(3), 290-297.

Renaud, L. & Lafontaine, G. (2011). *Guide pratique : Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique*. Édition Partage, Réseau francophone international pour la promotion de la santé, Montréal, Canada, 36 p.

Rey, L. (2011). *L'évaluation développementale Enjeux méthodologiques et défis contextuels* 20ième Colloque annuel de la SQEP. 17-18 Novembre, Québec.

Ridde, V. & Dagenais, C. (2012). *Approches et pratiques en évaluation de programmes*. Nouvelle édition revue et augmentée. Montréal: Les presses de l'Université de Montréal.

Ridde, V., Dagenais, C. & Boileau, M. (2013). Une synthèse exploratoire du courtage en connaissance en santé publique. *Santé publique*, 25(2), 137–146.

Ridde, V., Robert, É., Guichard, A., Blaise, P. & Van Olmen, J. (2012). Théorie et pratique de l'approche Realist pour l'évaluation des programmes. Ds. V. Ridde & C. Dagenais. *Approches et pratiques en évaluation de programmes*. Mtl : Presses de l'Université de Montréal.

Ridde, V. & Guichard, A. (2011). Perception de quelques mécanismes favorables à la réduction des inégalités sociales de santé en France. *Global Health Promotion 1757-9759; Vol 18(3)*: 47–60

Roberge, M.C. & Choinière, C. (2009). *Analyse des interventions de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire québécois : cohérence avec les meilleures pratiques selon l'approche École en santé*. Montréal : Unité Développement et adaptation des personnes, direction Développement des individus et des communautés de l'Institut national de santé publique du Québec.

Rogers, & Everett M. (1983). *Diffusion of Innovations*. New York: Free Press.

Rosenkranz, R.R. & Dzewaltowski, D.A. (2008). Model of the home food environment pertaining to childhood obesity. *Nutr Rev.*;66(3):123-40.

Rossi, P.H., Freeman, H.E., & Wright, SR. (1979) *Evaluation: A systematic approach*. 1st ed. Beverly Hills, CA: Sage.

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

Sacks, G., Swinburn, B., & Lawrence, M. (2009). Obesity policy action framework and analysis grids for a comprehensive policy approach to reducing obesity. *Obesity Reviews*, 10, 76-86.

Sassi, F., Cecchini, M., Lauer, J., & Chisholm, D. (2009). *Improving lifestyles, tackling obesity : The health and economic impact of prevention strategies*. OECD Health Working Papers 48.

Saunders, R.P., Evans, M.H., & Joshi, P. (2005). Developing a process-evaluation plan for assessing health promotion program implementation: a how-to guide. *Health Promot. Pract.*, 6, 134-147.

Secrétariat du Conseil du Trésor (2013). *Glossaire des termes usuels en mesure de performance et en évaluation*. Récupéré de <http://www.tresor.gouv.qc.ca/publications/secretariat/>

Secrétariat du conseil du trésor. (2010). *Pour soutenir des évaluations efficaces : Guide d'élaboration de stratégies de mesure du rendement : le modèle logique*. Récupéré de <http://www.tbs-sct.gc.ca/cee/dpms-esmr/dpms-esmr05-fra.asp>.

Seidell, J. C., Nooyens, A. J., & Visscher, T. L. (2005). Cost-effective measures to prevent obesity: epidemiological basis and appropriate target groups. *Proceedings of the nutrition society*, 64(01), 1-5.

Sharma M. (2006). School-based interventions for childhood and adolescent obesity. *Obes Rev*, 7,261–9.

Signal, L. Walton, M.D., Ni Mhurchu, C., Maddison, R., Bowers, S.G., Carter, K.N., Gorton, D., Heta, C., Lanumata, T.S., Mckerchar, C.W., O’Dea, D., & Pearce, J. (2012). Ackling “wicked” health promotion problems: A New Zealand case study. *Health Promotion International. Advance Access published March 14th*. doi: 10.1093/heapro/das006.

Silva-Sanigorski, A.M., Bolton, K., Haby, M., Kremer, P., Gibbs, L., Waters, E., & Swinburn, B. (2010). Scaling up community-based obesity prevention in Australia: Background and evaluation design of the Health Promoting Communities: Being Active Eating Well initiative. *BMC Public Health*, 10:65. Récupéré de <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/65>.

Simmons, A., Mavoia, H. M., Bell, A. C., De Courten, M., Schaaf, D., Schultz, J., & Swinburn, B.S.A. (2009). Creating community action plans for obesity prevention using the ANGELO (Analysis Grid for Elements Linked to Obesity) Framework. *Health Promotion International*, 24(4) doi:10.1093/heapro/dap029.

Stamatakis, K.A., McQueen, A., Filler, C., Boland, E., Dreisinger, M., Brownson, R.C. & Luke, D.A. (2012). Measurement properties of a novel survey to assess stages of organizational readiness for evidence-based interventions in community chronic disease prevention settings. *Implementation Science*, 7,65.

St-Laurent, L (2012). *Évaluation de l’implantation du Plan gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, Investir pour l’avenir (PAG)*. Ministère de la santé et des services sociaux : Direction de l’évaluation.

St-Pierre, L. (2012). L’approche pangouvernementale pour la santé : Le cas du plan d’action pour la promotion des saines habitudes de vie et la prévention des problèmes liés au poids du Québec. Québec : Centre collaborateur de l’OMS pour les politiques relatives à la prévention des maladies chroniques non transmissibles, Agence de la santé publique du Canada.

Staudt, J.M. (2011). *Élaboration d’un outil d’analyse de la durabilité des projets basés sur les lignes directrices du Global reporting initiative (GRI)*. Essai en vue de l’obtention du grade de maître. Université de Sherbrooke : Centre universitaire de formation en environnement.

Steckler A, Goodman RM, McLeroy KR, Davis S & Koch, G. (1992). Measuring the diffusion of innovative health promotion programs. *Am J Health Promot*, 6(3), 214-224.

Stettler, N. (2002). Environmental factors in the etiology of obesity in adolescents. *Ethn Dis*, 12(1):S1-41-45.

Summerbell C.D., & Waters, E., Edmunds L.D., Kelly, S., Brown, T., & Campbell KJ. (2005) Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Systematic Review*. doi:10.1002/14651858.CD001871.

Swanson, M., Studtz, C.R., Bardach, S.H., Bersamin, A. & Schoenberg, N.E. (2011). Intergenerational Energy Balance Interventions: A Systematic Literature Review. *Health Educ Behav.*,38(2) (171–197). doi:10.1177/1090198110378973.

Swinburn, B., Gill, T. & Kumanyika, S. (2005). Obesity prevention: a proposed framework for translating evidence into action *Obesity Reviews*, 6, 23–33.

Swinburn, B., Egger, G. & Raza, F. (1999). Dissecting obesogenic environments: The development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Preventive Medicine*, 29, 563-570.

Ten Have, M. Van der Heide, A., Mackenbach, J.P., de Beaufort,, I.D. (2012). *European Journal of Public Health*, 23 (2), 299–305.(doi:10.1093/eurpub/cks052.

Tremblay, M-C., Brousselle, S., Richard, L., & Beaudet, N. (2013). Defining, illustrating and reflecting on logic analysis with an example from a professional development program. *Evaluation and Program Planning* : 149-7189.

Trudel, C. (2012). Identification des besoins de Soutien prioritaires des responsables des Tables intersectorielles regionals sur les saines habitudes de vie au Québec. Faculté de Médecine : Rapport de stage.

U.S. Department of Health and Human Services & Centers for Disease Control and Prevention. (2010). *Communities Putting Prevention to Work: Preventing Chronic Disease through Policy, Systems, and Environmental Change*. 18pp.

Ulijaszek, S. J. (2012). Socio-economic status, forms of capital and obesity. *J Gastrointest Cancer*, 43(1): 3-7.

Verbestel, V., De Henauw, S., Maes, L., Haerens, L., Mårild, M., Eiben, G., Lissner, L., Moreno,L.A.,Frauca, N.L., Barba, G., Kovács, E., Konstabel, K., Tornaritis, M., Gallois, K., Hassel, H. & De Bourdeaudhuij, L., (2011). Using the intervention mapping protocol to develop a community-based intervention for the prevention of childhood obesity in a multi-centre European project: the IDEFICS intervention. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8:82, Récupéré de <http://www.ijbnpa.org/content/8/1/82>.

Verstraeten R, Roberfroid,, D, Lachat., C., Leroy, J.L., Holdsworth, M., Maes, L. et Kolsteren, P.W. (2012). Effectiveness of preventive school-based obesity interventions in low- and middle-income countries: a systematic review. *Am J Clin Nutr.*, 96(2):415-38.

Vorobief, S. (2010). *Évaluation des ateliers: Les Aventuriers du goût, session hiver-printemps 2011*. Rapport final.

Vos, T., Carter, R., Barendregt, J., & al. (2010). *Assessing Cost-Effectiveness in Prevention (ACE-Prevention)*. Récupéré de http://www.sph.uq.edu.au/docs/BODCE/ACE-P/ACE-Prevention_final_report.pdf

Vos, T., Carter, R., Barendregt, J., Mihalopoulos, C., Veerman, L., Magnus, A., Cobiac, L., Bertram, M., Wallace, A. (2010). *Assessing Cost- Effectiveness in Prevention ACE-Prevention : Final Report*. University of Queensland, Brisbane and Deakin University.

Wang S, Moss JR, Hiller JE. (2006). Applicability and transferability of interventions in evidence-based public health. *Heal Promot Int*. 21(1),76–83.

Waters, E., de Silva-Sanigorski, A., et al. (2011). Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev*,2011(12), CD001871.

Welch, V., Tugwell, P., Petticrew, M., de Montigny, J., Ueffing, E., Kristjansson, B., McGowan, J., Benkhalti Jandu, M., Wells, G.A., Brand, K., & Smylie, J (2010). How effects on health equity are assessed in systematic reviews of interventions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010(12). doi: 10.1002/14651858.MR000028.pub2.

Weiss, CH. (1972). *Evaluation research: Methods for assessing program effectiveness*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.

Weiss, C.H. (1997). Special Issue: Progress and Future Directions in Evaluation: *Perspectives on Theory, Practice, and Methods*, (76), 41–55.

WHO. (2010). *More money for health, chapter 2*. Récupéré de http://www.who.int/whr/2010/10_chap02_en.pdf.

Willows, N. D., Hanley, A. J. G., et al. (2012). "A socioecological framework to understand weight-related issues in Aboriginal children in Canada." *Applied Physiology, Nutrition and Metabolism*, 37(1): 1-13.

Wilson, A.M., Magarey, A.M., Dollman, J., Jones, M., & Mastersson, N. (2010). The challenges of quantitative evaluation of a multisetting Multistrategy community based childhood obesity prevention programme: lessons learnt from the *eat well be active* Community Programs in South Australia. *Public Health Nutrition*, 13(8), (1262-1270). doi: 10.1017/S1368980009991807, Published online: 13 October 2009

World Health Organization. (2008). *A framework to monitor and evaluate implementation. WHO global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva.

Zhang X, Cowling; DW,Tang H. 2010. The impact of social norm change strategies on smokers' quitting behaviours. *Tob. Control* 19,I,51–55.



ANNEXES

Annexe A

Les définitions des IPSAP

Intervention	<p>Toute activité de santé publique ou d'autres acteurs dont l'intention est de prévenir les maladies ou de promouvoir la santé, ou de faciliter ou de maintenir des conditions favorables auprès d'un groupe d'individus. Spécifiquement, dans le cadre de cette étude, le terme est situé dans le contexte global de la prévention de l'obésité, incluant notamment les intentions visant la balance énergétique ou les environnements favorables (physiques, économiques, politiques ou sociaux) ou encore les déterminants sociaux de la santé, associés directement ou indirectement aux facteurs régulateurs du risque lié à l'obésité et aux problèmes de poids. Sources: Community Preventative Services Task Force (2011), MacLean et al. (2010).</p>
Politique publique	<p>Actions prises par le gouvernement dans la poursuite de sa vision du bien collectif. Elles comprennent l'ensemble des solutions initiées par les autorités publiques. Sources: Bernier et Clavier (2011), Lawrence (2012), Institute of Medicine of National Academies (2012). Ligne directrice officielle ou ensemble d'objectifs gouvernementaux généraux qui influencent les comportements au moyen, normalement, d'un ou de plusieurs programmes qui leur sont liés en vue de l'atteinte d'un résultat attendu. (Secrétariat du Conseil du Trésor, 2013).</p>
Stratégie	<p>La stratégie est l'art de diriger et de coordonner des actions pour atteindre un objectif. La stratégie cible un objectif global et à plus long terme. Il s'agit d'unir les efforts pour créer une synergie dans un contexte où la complexité du travail et des réalités socioéconomiques et géographiques domine. Une stratégie peut proposer une série de mesures ciblées en fonction de divers critères tels leur efficacité, leur potentiel d'action sur un ensemble de facteurs de risque et de protection et leur effet de synergie. (inspiré de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, Direction de santé publique, Service de prévention et promotion de la santé, 2008)</p>
Approche	<p>Ensemble de démarches, de procédés mis en œuvre pour arriver à une fin. L'approche axée sur la santé de la population vise à améliorer l'état de santé d'une population entière et à réduire les inégalités en matière de santé entre différents groupes démographiques. Pour atteindre ce double objectif, cette discipline se penche sur le vaste éventail de facteurs et de conditions exerçant le plus d'incidence sur notre santé, et tente d'influer sur ceux-ci. (Agence de la santé publique du Canada, 2012) Une approche offre un cadre novateur, un espace où des acteurs coopèrent à la mise en œuvre d'un plan d'action, non prescrit, mais qu'ils développent et à partir duquel, plusieurs déterminants de santé sont ciblés dans une perspective globale. Union internationale pour la promotion de la santé et l'éducation pour la santé. (2010).</p>
Programme	<p>Le programme correspond à : « un ensemble cohérent, organisé et structuré d'objectifs, d'activités et de ressources, justifié sur la base des besoins à satisfaire dans une société, un milieu ou une collectivité, et placé sous la responsabilité d'une ou plusieurs personnes » (ministère de l'Éducation, 2002). Un programme est un ensemble de ressources réunies et mises en œuvre pour fournir à une population définie des services organisés de façon cohérente dans le temps et dans l'espace en vue d'atteindre des objectifs déterminés en rapport avec un problème de santé précis. (Pineault & Daveluy (1995).</p>

Annexe B

Les descriptions des dimensions du modèle logique

Raison d'être	Fait référence à la mission, le but, les objectifs spécifiques liés à l'IPSAP.
Ressources	Fait référence à l'ensemble des ressources engagées dans la planification, la réalisation et l'évaluation de l'IPSAP.
Contexte	Fait référence à la prise en compte rapportée contextuelle, soit territoriale, culturelle, sociale, institutionnelle et juridique, et les éléments facilitant, contraignant et de renforcement ayant joué un rôle dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de l'IPSAP. Lié fortement à l'évaluation pragmatique, il comprend aussi les configurations de MCR mécanismes-contextes-résultats de Pawson et Tilley (1997) qui identifient les processus essentiels qui se répètent à travers les expériences dans des contextes diversifiés.
Activités	Fait référence aux mesure(s) interne(s) mise(s) en œuvre pour produire un ou plusieurs extrants du programme; Elles démontrent le « comment » du programme.
Implantation	Fait référence aux processus liés à la mise-en-œuvre de l'IPSAP dans une perspective de promotion de la santé et de prévention de l'obésité.
Participation	Fait référence aux démarches amorcées par l'OMS en 1978 lors de la conférence internationale d'Alma-Ata, centrée sur les soins de santé primaires où la notion et la valeur de la notion de participation sont mises à l'agenda international en promotion de la santé. Fait référence à une caractéristique déterminante de l'action en santé communautaire et au renforcement de l'action communautaire (Charte d'Ottawa, 1986) par les processus mis en place pour favoriser la participation active de tous les acteurs concernés, non seulement les professionnels, mais aussi la population. Cette participation peut apparaître à différents niveaux : l'information, l'éducation, la formation; l'expression des acteurs quant à leurs besoins, leurs problèmes, leurs aspirations; l'implication des acteurs dans le choix des stratégies, la mise en œuvre des actions et l'évaluation de celles-ci.
Intersectorialité	Fait référence aux pratiques d'acteurs de plus d'un secteur d'intervention qui se mobilisent et s'engagent en complémentarité d'action pour mettre à profit les compétences de chacun en vue de satisfaire d'un commun accord certains besoins clairement reconnus dans la communauté (Lebeau, Vermette, Viens, 1998). Inclut aussi l'action en collaboration avec la santé et visant des résultats pour la santé ou l'équité en santé ou portant sur des déterminants de la santé (ASPC-OMS, 2008).
Éthique	Fait référence à l'éthique de la santé publique qui s'intéresse à la conception et à la mise en œuvre de mesures de mesures pour contrôler et améliorer la santé des populations. Elle cherche à voir au-delà des soins de santé pour envisager les conditions structurelles qui favorisent ou empêchent le développement de sociétés saines. Les principales questions d'intérêt pour cette étude sont les inégalités, l'interférence de la santé publique dans les choix personnels faits par chacun pour sa santé, la participation, la transparence et la responsabilisation, le processus de prise de décision (Coleman & al., 2008). Dans le contexte spécifique de l'évaluation de la prévention de l'obésité, des principes spécifiques sont explorés (Have & al, 2010).
Équité	Fait référence au jugement fonde sur la valeur de justice sociale. Elle réfère au redressement du caractère injuste d'une inégalité observée soit dans la distribution d'une ressource qui permet la santé ou dans un état de santé. L'équité permet de contrer les inégalités sociales de santé qui sont des écarts d'état de santé socialement stratifiés. (Potvin, Moquet & Jones, 2010). La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (2007) a noté « qu'agir sur les déterminants sociaux de la santé

	<p>habilite les gens, les collectivités et les pays » (traduction libre). La Commission a recommandé trois principes sur lesquels baser les actions visant à faire progresser l'équité en santé : 1- Améliorer les conditions de vie quotidiennes – les conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. 2- Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources – les principales forces qui façonnent ces conditions de vie quotidiennes, aux échelons mondial, national et local. 3- Mesurer le problème, évaluer l'efficacité de l'action menée, acquérir de nouvelles connaissances, former des effectifs spécialisés dans le domaine des déterminants sociaux de la santé, sensibiliser la population aux déterminants sociaux de la santé.</p>
Pérennisation	<p>Fait référence au processus permettant la poursuite d'une intervention, une fois l'assistance financière et technique terminée. Il s'agit d'un processus de routinisation qui aboutit à la pérennité d'un IPSAP. (Ridde & Dagenais, 2012; Pluye, 2007)</p>
Transférabilité	<p>Fait référence à la mesure selon laquelle l'efficacité perçue ou mesurée d'un IPSAP pourrait être reproduite dans un autre milieu, incluant le processus d'implantation et la combinaison dose intervention-réponse aux fins de notre étude (Wang & al., 2006 ; Cambon & al., 2012).</p>
Diffusion-dissémination	<p>La diffusion fait référence à la dissémination passive, non planifiée et non surveillée; surtout horizontale ou par l'intermédiaire des pairs. La dissémination fait référence à la distribution ciblée d'information par des interventions spécifiques dédiées à des publics cibles. Les buts incluent le transfert de connaissance et les interventions fondées sur les données probantes (Glasgow & al, 2012; Rogers & Everett, 1983; Steckler et al.,1992)</p>
Résultats	<p>Fait référence aux changements ou les différences résultant des extraits du programme; Ils démontrent le « pourquoi » du programme; Les résultats de haut niveau (les résultats ultimes) ne relèvent pas toujours du contrôle d'un programme unique; ils se situent plutôt dans la sphère d'influence; On parle aussi dans le même contexte d' « impacts ». On documente les résultats perçus, immédiats, intermédiaires et ultimes (Conseil national du Trésor, 2010) <u>Immédiats</u> : Résultats directement attribuables aux extraits; en termes d'échéancier, il s'agira de résultats à court terme. <u>Intermédiaires</u> : Résultats qui devraient logiquement suivre, une fois qu'au moins un résultat immédiat a été atteint; Le changement peut se manifester au niveau des particuliers, du groupe, d'une organisation ou de la collectivité. <u>Ultimes</u> : Résultats se situant au plus haut niveau parmi les résultats pouvant raisonnablement être attribués à une politique, à un programme ou à une initiative selon un lien de causalité; Le résultat ultime est la conséquence d'un ou de plusieurs résultats intermédiaires qui ont été atteints; Un résultat ultime contribue souvent à la réalisation des résultats stratégiques de haut niveau.</p>

Annexe C

Les critères d'inclusion des IPSAP québécois nationaux et régionaux (excluant les politiques publiques, qui ont été traitées par le CREXE)

	Description du critère	Explication
1 <i>nécessaire</i>	Les IPSAP ciblent spécifiquement les jeunes (0-18 ans) et leurs familles en regard des éléments associés à l'obésité: 1.1 <u>SHV</u> (activité physique ou saine alimentation) ou 1.2 <u>Environnements</u> physiques, sociaux, politiques ou économiques ou 1.3 <u>Qualité de vie</u> (ses construits psychosociaux-santé mentale, stigmatisation) associés à l'obésité ou 1.4 <u>Déterminants sociaux</u> autres associés à l'obésité	c'est-à-dire les IPSAP qui agissent spécifiquement sur les saines habitudes de vie soit l'activité physique ou la saine alimentation ou bien ceux qui agissent sur les environnements, tel que définis dans le document de référence québécois Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). De plus nous, nous intéressons, aux acteurs qui travaillent sur la qualité de vie associée à la problématique du poids et sur les déterminants sociaux.
2 <i>optionnel</i>	Les IPSAP sont considérés comme une priorité nationale	c'est-à-dire les IPSAP inscrites au PAG ou comme priorités du Programme national de santé publique (PNSP) ou recommandé par le MSSS, le MELs et les politiques gouvernementales liées aux déterminants sociaux qui influencent les comportements de santé et les milieux de vie favorables aux saines habitudes de vie.
3 <i>optionnel</i>	Les IPSAP sont utilisés dans plusieurs régions du Québec	c'est-à-dire les IPSAP qui ne sont pas nécessairement recommandés par le MSSS ou le MELs, mais qui sont <u>présentement largement diffusés et utilisés au Québec.</u>
4 <i>optionnel</i>	Les IPSAP sont utilisés principalement dans une région du Québec, mais qui pourraient être diffusés plus largement	c'est-à-dire les IPSAP qui sont utilisés principalement dans une région du QC, mais qui pourraient être diffusés plus largement, c'est-à-dire a) les IPSAP dont on ne connaît pas nécessairement le caractère prometteur, mais qui ont l'appui de lobbys permettant leur diffusion à l'échelle provinciale ou encore b) les IPSAP qui semblent novateurs ou dont l'évaluation a démontré des effets positifs et qui, par conséquent, mériteraient d'être diffusés plus largement dans les milieux au Québec.
5 <i>optionnel</i>	Les IPSAP capables de répondre aux critères d'évaluabilité des interventions	c'est-à-dire les IPSAP qui sont capables de répondre aux critères d'évaluabilité des interventions répondant aux questions d'Ogilvie, et al. (2011) Où une intervention particulière est-elle placée dans l'organigramme évolutionnaire d'un programme global d'intervention ? Comment l'information évaluative pourra-t-elle influencer le processus décisionnel politique? Quelles sont les tailles plausibles et la distribution des impacts hypothétiques formulés? Comment les résultats de l'évaluation vont-ils contribuer et ajouter de valeur scientifique au cumul de connaissances? Est-ce faisable d'évaluer cette intervention à ce moment-ci?
6 <i>optionnel</i>	Les IPSAP sont recommandés par un ensemble d'acteurs pour des raisons stratégiques et présentant des qualités scientifiques vérifiables.	un IPSAP pourrait être retenu si des acteurs du réseau public ou autre, le recommandaient avec des justifications fondées sur la stratégie ou sur la qualité scientifique.
7 <i>optionnel</i>	Les IPSAP présentent une analyse de la potentialité suffisante pour justifier leur sélection	Le choix de ces IPSAP est fondé sur le cadre RE-AIM (couverture, adoption par les milieux, fondements théoriques, faisabilité (Glasgow & al. 2012), leur efficacité pratique (Foltz & al., 2012), ou leur adhésion au processus de caractérisation des interventions (intervention mapping, Bartholomew & Mullen, 2011)

Annexe D

Les décisions méthodologiques

Les entrevues et les sondages ont été codés en fonction de l'arbre de codes, pour certaines exceptions, des segments ont été double codés lorsque la réponse pouvait être pertinente pour différents codes. Tout le processus a été validé en interjuge (l'arbre de codes, les codifications et les analyses, les décisions méthodologiques). Pour trois entrevues, la codification a été révisée par la professionnelle et la chercheuse, car les contenus étaient plus élaborés, il y avait parfois plusieurs codes dans les mêmes sections, puis plusieurs extraits sortaient du cadre d'entrevue original. Toutes les réponses « non », « ne sait pas », « NA », « Nul » ou « 0 », n'ont pas été codées (sauf exception, pour lesquelles ces réponses négatives étaient pertinentes aux analyses subséquentes). Lorsque les acteurs ont répondu à la question sur l'état de la concertation, certains se sentaient entre deux stades, nous avons codé en fonction du plus faible stade atteint identifié par l'acteur. Lorsque nous avons codé le niveau de scolarité des répondants, nous avons pris le niveau le plus élevé qui était autorapporté. Au cours de la codification, certains codes ont été modifiés (e.g. dissémination : défi-challenge + éléments cruciaux, groupe cible : ajouts des sous-groupes) ou jumelés, pour faciliter les analyses. Lors de la codification des sondages, plusieurs codes ont été ajoutés en lien avec les caractéristiques des répondants (données sociodémographiques) principalement. Quelques exemples de codes interchangeable, analysés ensemble : « amélioration participative » et « éléments de facilitation de la participation »; transférabilité : « existence de plan » et « processus », plan évaluation : « planification évaluation » et « présence d'un plan d'évaluation ». Tous les codes pour lesquels il y avait 50% ou plus de répondants qui avaient fourni une réponse ont été analysés, certains codes avec moins de 50% ont parfois été analysés pour diverses raisons explicatives, par exemple lors de la mesure des différents effets (dans la dimension des résultats). Il était attendu que ce ne soit pas tous les répondants qui aient mesuré des effets sur la famille ou sur la société, entre autres.

Cas spécifiques

En juillet 2013, il avait été décidé que le groupe des URLS serait rencontré pour répondre au volet « terrain » des entrevues avec les TIR-SHV, après que les CRÉ se soient positionnés trop rarement comme le répondant terrain des TIR. Cependant, les URLS ont été remplacées par le répondant des regroupements locaux de QEF siégeant aux TIR-SHV. Ainsi, une URLS a été rencontrée et a parlé de ses activités, entre autres, au sein de la TIR. Pour ce cas, nous identifions séparément les activités de l'URLS par rapport aux IPSAP de la TIR-SHV dans les analyses (les activités de l'URLS deviennent une IPSAP en soi).

Annexe E

Extraits types des trois étapes d'analyse

1- Extraits de transcriptions de 2 verbatims d'acteurs distincts (ONG et TIR-SHV)

Exemple d'un ONG:

Quelles ont été les influences contextuelles les plus marquantes pour vous ?

« Je dirais vraiment, il y a la prise de conscience, les résultats d'études qui sortent régulièrement sur l'influence des milieux de vie sur la santé et sur le problème de la sédentarité puis des problèmes de santé liés à la sédentarité, tout... finalement, un évolution de l'opinion publique par rapport à ça, je pense que c'est ça qui est majeur. »

Exemple d'une TIR-SHV:

Quelles ont été les influences contextuelles les plus marquantes pour vous ?

« Difficile par la rotation des partenaires. complexification, qui double notre job, si la CRE déplace sa ressource vers autres dossiers, instabilité ressources professionnelles régionales. Ça nuit à la performance. On aurait souhaité cet été de la consultation du sous-ministre pour l'activité physique, livre vert, on a souhaité qu'il y ait une mobilisation régionale se serve du prétexte pour discuter et échanger sur les enjeux de l'activité physique n'a pas été le cas, pas vu l'importance de travailler et se concerter lors de la consultation. Pas tous les acteurs qui comprennent la même chose. On veut plus, mais on est 2 3 4 à vouloir plus. »

2- Un extrait d'analyse descriptive : la fréquence de codage dans *QDA MINER 4.1*

Chercher dans: [ENTREVUE] Codes: [Influences contextuelles]

CAS: l'arrivée du fonds de Québec en Forme il y a 4 ans, on est dans la 4e année, a propulsé financièrement un coup de main important pour traiter et adresser la famille, très ciblé et le volet municipal [...] et d'intéresser le monde municipal. QEF donne tout près de 1.2 millions la première année et puis dégressif...700 000 et un questionnaire pour la famille, le foyer, est-ce qu'il facilite la santé (alimentation, activité physique, en ligne, destinée aux familles qui s'inscrivent).

CAS: il y a la prise de conscience

CAS: les résultats d'études qui sortent régulièrement sur l'influence des milieux de vie sur la santé et sur le problème de la sédentarité puis des problèmes de santé liés à la sédentarité

CAS: un évolution de l'opinion publique par rapport à ça, je pense que c'est ça qui est majeur.

CAS: Les statistiques

CAS: un sondage a aussi été envoyé à des experts à l'internet et à l'externe.

CAS: Dans une société où le droit de l'individu, nous on dit c'est quoi ta responsabilité face au groupe... c'est pour cela qu'on parle de compromis... objectifs en communs, intérêt suffisant..trouver les compromis qui trouvent un consensus.

CAS: on fait partie du mouvement communautaire, la table des regroupements provinciaux, des organismes bénévoles... ?? donc, au niveau du lien avec le communautaire, c'est beaucoup à ce niveau-là.

3- Un extrait d'analyses de réduction: catégorisation des réponses à un code spécifique

Codes: [Influences contextuelles]

Contexte local, timing:

« TIR en arrêt puis remobilisé avec le projet de formation sur les environnements de QeF – les SHV avaient été délaissées »

« On avait déjà une grande sensibilisation par rapport à ce dossier-là, lien privilégié avec porteurs locaux des groupes en sécurité alimentation. Grande sensibilisation en 2008. »

« Volonté des acteurs locaux et régionaux de se donner un projet structurant. Toutes les pièces du casse-tête arrivaient en même temps »

Besoins de la communauté et absences de services de proximité dans les communautés

« il faut vraiment que le besoin soit omniprésent et déchirant même, je te dirais, parce que, pour faire les rencontres pendant six mois de temps, le soir, pour monter une Coop de santé, là, les gens ont d'autres choses à faire que ça... Donc... c'est viscéral. »

Formation sur les environnements top down

« Fonds offert, pas eu à demander »

« clé en main »

« enrichir les actions qu'on faisait »

« vient améliorer la pénétration des différents dossiers »

« facilite le travail du palier régional-souplesse pour adapter les 2 projets »

Politique

« La politique du loisir et du sport »

« Politique de prévention. »

« l'éclosion des politiques familiales municipales »

« Programme de soutien du ministère et la municipalité est toujours accompagnée par les formateurs du carrefour qui sont là pour les amener vers le plan d'action final »

Leadership politique provincial et local

Positionnement du Ministre

Mandat clair du sous-ministre, Directeur national de santé publique

« moteur de la mise en place des structures régionales autour des habitudes de vie pour mobiliser partenaires régionaux autour des shv »

Positionnement local

« volonté politique finalement. Cela vient d'un élu, un représentant des questions familiales qui lui porte le dossier et met en oeuvre un plan d'action concret des mesures qui touche les familles »

Déception contextuelle

Difficile par la rotation des partenaires. « Complexification, qui double notre job, si la cré déplace sa ressource vers autres dossiers, instabilité ressources professionnelles régionales. Ça nuit à la performance. »

Annexe F

La liste des acteurs et de leurs IPSAP

Québec en Forme	Projets nationaux Projets régionaux
Le Grand Défi Pierre Lavoie	Le Grand Défi Pierre Lavoie
Carrefour action municipale et famille	Politiques familiales municipales Ville amie des enfants
Conseil québécois sur le poids et la santé	Activités de concertation Activités de réseautage
Groupe Équilibre	Bien dans sa tête, bien dans sa peau Derrière le miroir Formation intervenant jeunesse Mouvement NXRMAL Projet préscolaire
Petits cuistots-parents réseau (Ateliers 5 épices)	Volet petits cuistots Volet parents réseau
Tablée des chefs	Activités culinaires Redistribution alimentaire
Acti-Menu	Défi santé 5/30 équilibre Municipalités et familles, ensemble pour des enfants en santé
Jeunes Pousses	Caravane du goût Un trésor dans mon jardin
Regroupement des cuisines collectives du Québec	Cuisine collective Autonomie alimentaire Formation au démarrage d'une cuisine collective
Vivre en ville	Transfert des connaissances Accompagnement aux mandats ponctuels Plaidoyer Sensibilisation
Réseau québécois villes et villages en santé	Saines habitudes de vie Voisinage Transfert
Fédér. des coopératives en services à domicile et de santé du Québec	Volet SHV + hans kai Réseautage, transfert et concertation
Les YMCA du Québec	Familles en forme Camps de Jour Pour le plaisir de jouer Programme alimentaire
TIRSHV et Unités régionales du loisir et du sport Bas St Laurent	À nos marmites, 1, 2, 3, santé! Sensibilisation sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie Activités de URLS
TIRSHV Saguenay Lac St Jean	Cultivons et cuisinons SLSJ Sensibilisation sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie
TIRSHV Capitale-Nationale	Projet régional dans les écoles (SHV et développement durable)
TIRSHV Mauricie	Ça mijote en Mauricie Sensibilisation sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie.
TIRSHV Centre-du-Québec	Accès bouffe santé Sensibilisation sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie
TIRSHV Estrie	Bien bouger, bien manger Sensibilisation sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie
TIRSHV Montréal	Activités de TIRSHV dissoute, analyse stratégique distincte
TIRSHV Abitibi	Cuisine santé

Témiscamingue	Formations Communication
TIRSHV Côte-Nord	Sensibilisation sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie
TIRSHV Nord Québec	Projet pédibus Projet communication-sensibilisation tir Sensibilisation sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie
TIRSHV Chaudières Appalaches	Sensibilisation sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie Soutien aux municipalités
TIRSHV Laval	Projet alimentation Projet déplacement actif Projet bien dans sa tête bien dans sa peau Sensibilisation sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie
TIRSHV Laurentides	Projet sécurité alimentaire Sensibilisation sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie
TIRSHV Lanaudière	Bonne boîte, bonne bouffe Transport actif écoresponsable Sensibilisation sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie
TIRSHV Montérégie	Projet cours école Projet Croque-Plaisir (milieu de garde) Sensibilisation sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie Infolettre bien entouré
Coalition québécoise sur la problématique du poids	Activité physique à l'école Compétences alimentaires et culinaires Alimentation à l'école et à l'hôpital et alimentation dans les villes Boissons sucrées et redevance boissons gazeuses et énergisantes Publicité destinée aux enfants
Fondation des maladies du coeur	Sois futé, bois santé Sois futé, écran fermé Préscolaire 2-5 ans Financement de la recherche Lobbying
Regroupement des OSBL d'Habitation	Logement communautaire avec soutien communautaire, volet 3 accès logis SHQ

Annexe G

L'émergence des IPSAP (extrait des sondages auto administrés)

Date début	Acteur	IPSAP
Début 1980	RCCQ	
1993	CAMF	Politique familiale municipale
1996	Équilibre	Bien dans sa tête, bien dans sa peau
1999	RQOH	Logement communautaire
2003	Petits cuistots	Volet petits cuistots
2005	CQPS	Activité de concertation Activité de réseautage
2004	Acti-menu	Défi 5/30
2006	Jeunes Pousses	Un trésor dans mon jardin
	CQPP	Publicités destinées aux enfants
2007	Tablée des chefs	Activité culinaire
	YMCA	Familles en forme
	QEF	Projets nationaux
2008	CQPP	Alimentation à l'école et à l'hôpital Boissons sucrées redevance boissons gazeuses et énergisantes
	GDPL	GDPL
2009	CQPP	Transport actif
	TIR A-T	Cuisine santé
	CAMF	Ville amie des enfants
	Acti-menu	Municipalités et familles, ensemble pour des enfants en santé.
2010	FMC	Sois futé, bois santé
	ÉquiLibre	Formation intervenants jeunesse
	TIR Côte-Nord	Sensibilisation sur les environnements favorables aux SHV
	Jeunes pousses	Caravane au goût
	FCSDQ	Volet HSV + Hans Kai
2011	ÉquiLibre	Derrière le miroir
	CQPP	Alimentation dans les villes
	VEV	Transfert de connaissances
	TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean	Projet saine alimentation
	TIR Mauricie-Centre-du-Québec	Ça mijote en Mauricie
	TIR Estrie	Bien manger, bien bouger
	TIR Nord du QC	Pédibus
	TIR Mauricie-Centre-du-Québec	Accès bouffe santé
2012	TIR Lanaudière	Bonne boîte, bonne bouffe Transport actif écoresponsable Sensibilisation sur les environnements favorables aux SHV
	TIR BSL	À nos marmites, 1,2,3 santé! Sensibilisation sur les environnements favorables SHV
	Tablée des chefs	Redistribution alimentaire
	CQPP	Activité physique à l'école Compétence culinaire

	TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean	Sensibilisation sur les environnements favorables aux SHV
	VEV	Accompagnement aux mandats ponctuels
	TIR Estrie	Sensibilisation sur les environnements favorables aux SHV
	Tablées des chefs	Activités culinaires
2013	TIR Laurentides	Sensibilisation sur les environnements favorables aux SHV
	TIR Chaudière Appalaches	
	FMC	Sois futé, bois santé (écran fermé)
	FMC	Préscolaire et service de garde
	ÉquiLibre	Mouvement normal
	ÉquiLibre	Projet préscolaire
	Petits cuistots	Parents réseaux

Annexe H

Les raisons d'être des acteurs (extrait des sondages auto administrés)

FSCDSQ	La Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec (FSCDSQ) est un regroupement d'entreprises coopératives offrant des services d'aide-domestique, d'assistance à la personne, de soutien civique et de soutien aux aidants naturels. La FSCDSQ a été fondée en 1996 par les cinq premières coopératives de services à domicile (CSD) du Québec. En 2008, la Fédération a ouvert son membership aux organismes à but non lucratif de services à domicile et aux coopératives de santé. Elle a comme mission d'assurer la coordination et le développement d'un réseau de concertation et d'offrir des services répondant aux besoins exprimés par ses membres afin de les appuyer dans la réalisation de leur mission avec efficacité et autonomie.
YMCA	Bâtir des communautés plus fortes en offrant des occasions d'épanouissement et de vie active, saine et engagée pour tous. Santé et bien-être de nos communautés (plus de sédentarité, plus de maladies chroniques, mauvaises habitudes de vie; vieillissement de la population; plus d'isolement et exclusion.
FMC	La Fondation des maladies du cœur et de l'AVC a pour mission de prévenir les maladies, de préserver la vie et de favoriser le rétablissement. En tant qu'organisme bénévole de bienfaisance en santé, nous nous efforçons chaque jour d'améliorer de façon tangible la santé de toutes les familles du pays. « Ensemble, éliminons les maladies du cœur et les AVC pour vivre en santé. »
QEF	Favoriser, par le soutien de projets de mobilisation des communautés locales, l'adoption et le maintien d'une saine alimentation et d'un mode de vie physiquement actif chez les jeunes Québécois de la naissance à 17 ans inclusivement.
CQPS	Le CQPS oeuvre, en concertation avec les intervenants sociaux et de la santé, à la promotion des saines habitudes de vie et des environnements qui les facilitent afin de prévenir des problèmes reliés au poids et de contribuer à l'amélioration de l'état complet de bien-être physique, mental et social de la population.
Équilibre	Mission : Prévenir et diminuer les problèmes reliés au poids et à l'image corporelle dans la population, par des actions encourageant et facilitant le développement d'une image corporelle positive et l'adoption de saines habitudes de vie. Depuis plus de 20 ans, ÉquiLibre vient en aide aux personnes préoccupées par leur poids. À travers les années, il a développé une expertise unique, reconnue internationalement, dans les domaines de l'obésité, de l'image corporelle et de la préoccupation excessive à l'égard du poids. Regroupant initialement des professionnels de la santé, il rassemble aujourd'hui à la fois des professionnels, des intervenants et des organismes reliés aux secteurs de la santé, de l'éducation et du milieu communautaire, ainsi que des membres de la population.

Petits cuistots (Ateliers 5 épices)	Ateliers cinq épices: Promouvoir l'éducation nutritionnelle et culinaire et favoriser le développement social par le biais de l'alimentation auprès de la clientèle scolaire et étudiante, leur famille et les adultes en général, principalement en milieux appauvris. Le programme Petits cuistots-parents en réseaux (PC-PR) est une initiative du milieu communautaire montréalais conçu par un groupe de nutritionnistes. Il a été élaboré par un organisme communautaire (Les Ateliers cinq épices) et il est soutenu par trois organismes régionaux (Fondation Lucie et André Chagnon de 2003 à 2009; commission scolaire de Montréal; Table de concertation sur la faim et le développement social du Montréal métropolitain). Problème de départ : Les enfants venant de milieux socioéconomiques faibles sont plus à risque de développer de mauvaises habitudes alimentaires. Non seulement les écoles des milieux défavorisés sont-elles plus souvent aux prises avec des problèmes structurels qui limitent leur capacité d'intéresser les élèves aux projets scolaires (Gouvernement du Québec, 1996), mais les relations-école-famille semblent elles aussi davantage problématiques dans ces milieux (Laaroussi, 1995). Transfert d'expertise: Former, outiller et accompagner les intervenants qui désirent animer des ateliers de cuisine-nutrition auprès des jeunes de leur milieu, à travers le Québec.
Tablée des chefs	Notre mission est de contrer la problématique de la faim en développant l'autonomie alimentaire par le biais de formation culinaire chez les 12-17 ans et en récupérant les surplus alimentaires des hôtels afin de les distribuer aux familles dans le besoin
CQPP	Le mandat de la Coalition Poids est de susciter les appuis nécessaires pour revendiquer des modifications législatives, réglementaires et des politiques publiques dans trois secteurs stratégiques (agroalimentaire, socioculturel et environnement bâti) afin de favoriser la mise en place d'environnements facilitant les choix santé qui contribueront à prévenir les problèmes de poids.
Jeunes pousses	Jeunes pousses est un organisme national à but non lucratif voué à la promotion de saines habitudes alimentaires auprès des jeunes dans leurs milieux de vie. Par son approche expérientielle axée sur les plaisirs de manger, Jeunes pousses propose des projets novateurs qui vont de la découverte de l'origine des aliments à l'éducation sensorielle au goût. Jeunes pousses privilégie une approche globale qui tient compte de l'ensemble des dimensions de l'alimentation : son histoire, son parcours, sa transformation et ses fonctions sociales, affectives et physiologiques. Les activités de l'organisme sont toujours ancrées dans le rythme des saisons et privilégient les aliments produits localement. En plus de cette approche globale qui caractérise l'essence de l'intervention de Jeunes pousses, l'organisme applique trois (3) valeurs importantes sur le plan organisationnel et sur le plan de ses interventions: - Respect - Éthique - Plaisir
CAMF	Offrir aux municipalités et aux MRC du Québec des services de soutien et d'accompagnement relatifs au développement des politiques familiales afin d'améliorer la qualité du milieu de vie des familles, des enfants et des aînés du Québec, en collaboration avec les partenaires du monde municipal, du gouvernement québécois et des autres réseaux oeuvrant auprès du même public.

RCCQ	<p>Né en 1990, le RCCQ est un organisme sans but lucratif qui vise l'émergence et la consolidation des cuisines collectives au Québec. Les principes définis dans sa Base d'unité politique orientent les actions du mouvement des cuisines collectives : La solidarité; La démocratie; L'équité et la justice sociale; L'autonomie, la prise en charge; Le respect de la personne : La dignité. Dans le rôle d'éducateur populaire qu'il assume, il offre une formation Démarrage d'une cuisine collective ainsi que des formations sur les réalités économiques, politiques, les enjeux sociaux et d'autres sujets intéressants pour ses membres. Il publie un bulletin Le Croque-Notes et, de façon quotidienne, son personnel vous accueille, vous informe et met à votre disposition un centre de documentation. Le RCCQ défend la vision d'Autonomie alimentaire et il considère que les cuisines collectives ainsi que d'autres pratiques alternatives s'inscrivent dans une démarche collective visant l'atteinte de l'Autonomie alimentaire. 1980: naissance de l'idée de cuisine collective au Québec 1990: mise sur pied du Regroupement des cuisines collectives du Québec 2000; adoption de notre base d'Unité Politique 2004: adoption de la notion d'autonomie alimentaire 2009: congrès d'orientation 2011: réflexion sur le droit à l'alimentation 2012: en route vers le 25ième anniversaire.</p> <p>Ipsape 2: autonomie alimentaire objectifs: favoriser l'accès en tout temps et à long terme à une quantité suffisante de nourriture, à un coût raisonnable , développer le pouvoir de choisir, en toute dignité et en ayant accès à une information claire et fiable, une alimentation saine, variée et salubre, promouvoir l'action collective et solidaire afin de se prendre en charge individuellement et collectivement, pour le mieux-être d'une communauté, dans un esprit de développement durable, favoriser le respect de l'environnement, le commerce équitable, la consommation responsable et viser un équilibre durable entre la satisfaction des besoins présents et ceux des générations futures, le rccq considère que d'autres pratiques alternatives s'inscrivent dans une démarche collective visant l'atteinte de l'autonomie alimentaire : jardins collectifs, épiceries solidaires, marchés publics, bonne boîte bonne bouffe, groupes d'achat, etc.</p> <p>IPSAPÉ 3: Formation au démarrage d'une cuisine collective : Formation animation d'une cuisine collective et des formations à la carte, formation Saine Alimentation Les formations démarrage s'adressent à tout le monde, les autres formations s'adressent à nos membres uniquement.</p>
VEV	<p>Organisation d'intérêt public, Vivre en Ville contribue, partout au Québec, au développement de collectivités viables, œuvrant tant à l'échelle du bâtiment qu'à celles de la rue, du quartier et de l'agglomération. Par ses actions, Vivre en Ville stimule l'innovation et accompagne les décideurs, les professionnels et les citoyens dans le développement de milieux de vie de qualité, prospères et favorables au bien-être de chacun, dans la recherche de l'intérêt collectif et le respect de la capacité des écosystèmes.</p>
TIR Saguenay Lac-St-Jean	<p>Depuis octobre 2006, la mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, Investir pour l'avenir (PAG) est en cours au sein des divers ministères et organismes (M/O) signataires. Ce plan vise spécifiquement à réduire la prévalence de l'obésité et de l'embonpoint dans la population québécoise ainsi qu'à améliorer les habitudes de vie, soit une meilleure alimentation et un mode de vie physiquement plus actif.</p>
TIR Capitale- Nationale	<p>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.</p>

TIR Mauricie + Centre-du-Québec	Les parents d'enfants de 6 à 11 ans font les choix alimentaires pour leurs enfants. La perte de compétences culinaires et le manque de connaissances générales en alimentation sont souvent invoqués comme causes possibles d'une moins bonne qualité de l'alimentation. Cet énoncé correspond à une préoccupation aussi exprimée lors des consultations régionales. Souvent, cet état de fait s'accompagne aussi d'autres difficultés tel le manque de temps et d'argent. L'objectif général de « Ça mijote en Mauricie! » est de développer, soutenir et favoriser le transfert de connaissances et d'habiletés aux parents d'enfants de 6 à 11 ans via les milieux qui offrent des services aux parents et les milieux de vie des enfants.
TIR Estrie	Pour coordonner les actions régionales issues du PAG et faciliter les liens entre les partenaires impliqués, la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie (DSPE), en collaboration avec la Conférence régionale des élus (CRÉ) de l'Estrie, a mis sur pied un Comité régional estrien sur les saines habitudes de vie. Celui-ci se veut donc l'instance de concertation des différents ministères et organismes estriens pour la mise en oeuvre du Plan d'action gouvernemental. Le Comité régional estrien sur les saines habitudes de vie est un comité stratégique qui anime et concerte les acteurs du territoire pour réaliser le Plan d'action gouvernemental et des projets soutenus par le Fonds de promotion des saines habitudes de vie. Il vise à identifier les orientations et les enjeux de la région en matière de saines habitudes de vie.
TIR Abitibi-Témiscamingue	Mobiliser et soutenir les acteurs régionaux, supra locaux et locaux dans la mise en place de projets en saines habitudes de vie, saine alimentation et mode de vie physiquement actif, notamment en lien avec le PAG et le fonds Québec-en-Forme. Il y avait dans la région, avant la venue du Pag, des 2003, une concertation locale sur le mode de vie physiquement actif. Les membres signataires du PAG et autres acteurs locaux ont été ajoutés et une première réunion a eu lieu en 2008. Nous avons déjà un modèle intégré de lutte aux maladies chroniques dans lequel les saines habitudes de vie via le programme 0-5-30 étaient déjà prioritaires pour la région. Une culture préventive est vraiment présente dans la région, depuis 25 ans. Nos objectifs généraux sont: 1. Favoriser l'identification, l'harmonisation et la concertation des actions des instances gouvernementales et non gouvernementales, entreprises dans le cadre du PAG ou ayant une incidence sur la mise en place d'environnements favorables à la saine alimentation et au mode de vie physiquement actif chez les 0-25 ans et leurs familles. 2- Contribuer à la mobilisation des communautés locales, supra locales, en favorisant l'émergence et le maintien de projets en mobilisation.
TIR Côte-Nord	L'actualisation du PAG-SHV au niveau régional. Travail intersectoriel dans le domaine des SHV. Notre table a officiellement repris son départ suite au projet de déploiement des sessions sur les environnements favorables. Nous sommes à définir mission, objectifs et autres de façons plus spécifiques.
TIR Nord-du-Québec	Réduire le nombre de fumeurs, de sédentaire et augmenter le nombre de personnes qui consomment au moins 5 fruits et légumes chaque jour.
Acti-Menu	ACTI-MENU offre au grand public, aux employeurs et à leur personnel, aux professionnels de la santé et à leurs clients, de l'information, des outils et un accompagnement qui favorisent la prise en charge par les individus de leur santé physique et psychologique ainsi que la mise en place d'environnements sociaux et physiques favorables. Les programmes élaborés touchent les thèmes suivants: La promotion de saines habitudes de vie (alimentation, activité physique, cessation tabagique, contrôle du poids, usage adéquat des médicaments, etc.) La recherche et le maintien d'un bon équilibre psychologique (gestion du stress, prévention et gestion de la violence et des agressions, santé mentale, etc.) La prévention et la gestion de certaines maladies (maladies cardiovasculaires, diabète, hypertension, ostéoporose, etc.)

Annexe I

Listes des partenaires et collaborateurs identifiés (entrevues et sondages)

Types de partenariats	Partenaires	Collaborateurs
Académiques Recherche et Scolaires	Alliance de recherche Université-communauté	Cap Jeunesse
	Centre de recherche sur le vieillissement	CFP Fierbourg
	CFP Fierbourg	Collège des médecins du Québec
	Dr André Carpentier, endocrinologue, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	École internationale de mode, art et design du Collège LaSalle
	Dr Martin Juneau, cardiologue et directeur de la prévention, Institut de cardiologie de Montréal	Extenso
	Dr. Paul Poirier, cardiologue, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec	GREDDIC
	Dre Véronique Anne Pelletier (pédiatre, CHU Ste-Justine)	HEC Montréal
	Dre. Annie Aimé- Psychologue clinicienne et professeure-chercheure, Université du Québec en Outaouais	Institut d'Hôtellerie du Québec (ITHQ)
	Dre Judith Lapierre- Sc. inf. Université du Québec en Outaouais & Université Laval	Ma santé au menu (ITHQ)
	Ma santé au menu (ITHQ)	Université Concordia
	Écoles Primaires	Université de Montréal (Ma Santé au Sommet)
	Écoles secondaires participantes	Université Laval
	Extenso, centre de référence sur la nutrition de l'Université de Montréal	
	GREDDIC (Groupe de recherche en droit international et comparé de la consommation)	
	Lise Renaud (ComSanté)	
	Marie Watiez, psychosociologue en alimentation (UQAM)	
	Marie-Claude Paquette (INSPQ)	
	Milieus scolaires du Québec : commissions scolaires, écoles secondaires	
	Université de Laval	
	Université de Montréal (Lise Gauvin)	
	Université de Montréal (Ma Santé au Sommet)	
Université de Montréal (urbanisme, géographie)		
Université de Québec à Montréal		
Université de Québec à Montréal, Chicoutimi		
Université de Sherbrooke		
Université d'Ottawa (Jean-Philippe Chaput)		
Fondations	Childhood Obesity Foundation	Fondation communautaire du grand Québec
	Division du Québec	
	Fondation Bonduelle Amérique du Nord	Fondation des maladies du cœur
	Fondation de la mode de Montréal	Fondation des Premières-Seigneuries
	Fondation des maladies du coeur et de l'AVC	ONG
	Fondation Jasmin Roy	
	Fonds écomunicipalité IGA	
	Heart and Stroke Foundation of New Brunswick	
	Société canadienne du cancer	
	UNICEF Québec	
CSSS de Portneuf	CSSS-IUGS/École en santé et	
CSSS de l'Estrie	Commission scolaire de Sherbrooke	

Santé publique	CSSS Baie-des-Chaleurs CSSS Dorval-Lachine-La Salle CSSS Sept-Îles CSSS-IUGS/École en santé et Commission scolaire de Sherbrooke DSP de la Montérégie DSP de l'Estrie Direction Régionale de Santé Publique DSP Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine DSP INESSS INSPQ Santé Canada: Partenariat Canadien contre le cancer Santé publique	DSP DSP de Montréal (Opération Fais-toi entendre!) DSP volet Écoles en santé INSPQ DSP de la Gaspésie l'Agence de santé publique du Canada l'appareil provincial de santé publique les CSSS
Affaires	Arctic Gardens AstraZeneca Becel BON MATIN Bonduelle Danone Canada Evian Exceldor Grande Braderie de mode Québécoise Groupe Sensation Mode IGA Jardins de l'écoumène Le Mouvement Desjardins Monchâteau (service alimentaire) Oasis Rythme Sherbrooke 93.7 Sports Québec Solutions TELUS en santé V. Télé Partenaires privés pour le financement de divers aspects de la cuisine collective	Agence de communication, publicité et marketing Agence de relations publiques Caisse Populaire (Desjardins) Canadian Tire Grande Braderie de mode québécoise Jardins de l'écoumène Les Éditions Infopresse Métro Richelieu Monchâteau, service alimentaire Ozone Kitesurf Massif
Réseaux	RLP H2GO Comité régional de gestion du projet représentant l'exécutif de la tir RLP Charlesbourg ASPQ Association canadienne pour la santé mentale Association pulmonaire du Québec Banques alimentaires du Québec Chronic Disease Prevention Alliance of Canada Comité RAP Côte-Nord (réussite, accomplissement et persévérance scolaire) CQPP : soutien, outillage, représentation FADOQ Fédération des éducateurs et éducatrices physiques enseignants du Québec Fédération des Kinésiologues du Québec Fédération des Producteurs de lait du Québec Fédération Québécoise des Municipalités Forum de la population Commissions scolaires de l'Estrie Forum jeunesse Charlevoix est	

	<p>Forum jeunesse de la Capitale-Nationale Forum jeunesse Estrie INFOPRESSE Le Collectif pour la table des écoliers Regroupement des CPE des Cantons-de-l'Est : validation du matérielle Regroupement des organismes communautaires de l'Estrie Regroupements locaux de partenaires Regroupements régionaux RSEQ RSEQ de Québec et de Chaudière-Appalaches RQVVS RLS RSEC Union des municipalités du Québec Tables des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles Table régionale des organismes communautaires de la Côte-Nord (TROCCN) Table des préfets de la Côte-Nord Table mode de vie physiquement actif</p>	
Ministériels	<p>Fonds du budget discrétionnaire du Monsieur Jean Charest Agence de la santé et services sociaux (ASSS) de Montréal ASSS Capitale-Nationale ASSS Côte-Nord Agence de la santé publique du Canada (ASPC) Agence de la santé publique du Canada (soutien financier de 2008 à 2011) ASSS de l'Estrie ASSS Mauricie Centre-du-Québec CADUS CSSS de Charlevoix CSSS de la Vieille-Capitale CHU Sainte-Justine Commissions Scolaires CRÉ la Capitale-Nationale, l'Estrie, Mauricie Conseil régional de l'environnement Conseil Sport Loisir de l'Estrie CRE CSDM Emploi Québec Gouvernement T.N.O Jeunes ambassadeurs Kino-Québec MESS Les ministères du PAG MELS MESST MFA MSSS MAPAQ MAMROT MTQ</p>	<p>AQLM Attachés politiques CHU Sainte-Justine CS de Charlevoix CS de la Capitale CS de Portneuf CS des Premières-Seigneuries CSDM Députés Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas DSP (Montréal, Montérégie) Kino-Charlevoix Kino-Québec CQPS (La gang allumée) Les ministères du PAG MELS MELS (Municipalité Active) MSSS Québec, arrondissement de Charlesbourg et Haute-Saint-Charles Santé Canada, par l'intermédiaire du Partenariat canadien contre le cancer Secrétariat à la condition féminine</p>

	Ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation (MDEIE) Municipalités Office de la protection du consommateur (OPC) Promo Science (Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada) RC-ACA Secrétariat à la condition féminine du ministère du Travail et de la Solidarité sociale Secrétariat à la jeunesse du ministère du conseil exécutif du Québec Sécurité alimentaire Canada Sherbrooke Ville en santé Unité régionale Loisir et Sport Côte-Nord (URLSCN) Ville de Montréal	
Communautaires	Acti-Menu Aneb Québec Atelier cinq épices Ateliers Je suis capable Avenir d'enfants- Des communautés engagées Carrefour action municipale et famille ÉquiLibre Centraide Centre d'écologie urbaine de Montréal CIBLE (Conseil de l'Industrie bioalimentaire de l'Estrie) Coopérative de développement régional Québec-Appalaches Coopérative Vallée-du-Bras-du-Nord Le CAL de Mont-Bellevue, Energie Jeunes-Est, de la MRC des Sources, de la MRC du Granit, du Hop Oh St-François Égale Action Équiterre Jeunes Pousses La Tablée des Chefs Le programme prend soin de toi Les amis de la Terre de Sherbrooke Les organismes communautaires au niveau local (centre d'action bénévole, maison de femmes, etc...), organismes dédiés aux cuisines collectives afin de mettre en place l'activité Les organismes liés à la concertation nationale des ONG Les Urbainculteurs Moisson MCQ ONG SHV Option consommateurs QEF Québec en forme Mauricie Vélo Québec Vivre en ville YWCA Québec Portneuf en Forme	Accès transport viable Acti-Menu Ateliers cinq épices Autres organismes jeunesse CAMF Camps Odysée Carrefour Action Municipal et Famille Centre d'écologie urbaine de Montréal (CEUM) Coalition CHSSN CIBLE (Conseil de l'Industrie bioalimentaire de l'Estrie) Coopérative Vallée-du-Bras-du-Nord Horizon Charlevoix La Tablée des Chefs Les Amies de la terre de Sherbrooke Les organisations communautaires (ex : Table des regroupements provinciaux) Les Urbainculteurs Marché de solidarité Les Amies de la Terre de l'Estrie Équilibre Option consommateurs Patro de Charlesbourg Pierre Lavoie (GDPL) Québec en forme Vélo Québec

Annexe J

Liste des outils disponibles auprès des acteurs (entrevues et sondages)

- Affiches
 - Aide-mémoire Défi Santé
 - Calendrier à bricoler pour les familles
 - Calendriers de suivi 5/30 Équilibre (solo, famille ou équipe)
 - Certificats Défi Santé (solo ou famille)
 - Compétition amicale en équipe
 - Courriels de motivation
 - Guide d'accompagnement téléchargeable:
 - L'objectif 30 de mon Défi Santé
 - L'objectif 5 de mon Défi Santé
 - Matériel promotionnel gratuit que vous pourrez commander (affiches, cartes promotionnelles, etc.)
- Acti-menu**
- Missions Défi Santé (activités familiales)
 - Passeport IGA
 - Profil en ligne présentant ce qu'offre votre municipalité ou communauté locale aux familles et citoyens de votre collectivité en matière de saines habitudes de vie.
 - Publicité télé
 - Rapport de suivi d'inscription.
 - Section web privée qui contient de nombreux outils téléchargeables
 - Site web defisante.ca (incluant recettes, chroniques, trucs, vidéos)
 - Test: Connaissez-vous vos forces?
 - Wikicipal : un répertoire collectif unique et un lieu de partage d'information. Outils et services développés par les organismes nationaux préoccupés par les habitudes de vie vous sont maintenant accessibles
-
- Équilibre**
- Affiche et un carton promotionnel des services
 - Affiches de sensibilisation
 - Affiches et dépliants promotionnels
 - Ateliers pédagogiques destinés aux intervenants jeunesse (en lien avec chaque composante de la campagne)
 - Bannière
 - Blogue
 - Brochure de sensibilisation grand public
 - Cahier du participant
 - Cahier souvenir
 - Capsules diffusées dans les stations de métro
 - Catalogue de plus de 250 images sur CD-ROM
 - DVD
 - Formation aux intervenants
 - Formation de démarrage du programme
 - Guide de l'animatrice
 - Guide d'intervention divisé en deux tomes
 - Guide explicatif destiné aux intervenants pour l'enseignement clinique
 - Jeu interactif en ligne
 - Kit d'action pour les ambassadeurs (un sac arborant le logo de NXRMAL et contenant : craies, pochoir, ruban adhésif, tatouages, autocollants et macarons)
 - Kit d'action virtuel pour tous (fonds d'écran d'ordinateur et de cellulaire, des images de couverture Facebook, des images à partager dans les réseaux sociaux et un pochoir à imprimer pour l'utiliser avec des craies).
 - Matériel promotionnel et pédagogique
 - Site web (www.nxrmal.org)
-

-
- Outil d'éducation aux parents aimanté pour le frigo
 - Pétition visuelle via Facebook
 - Pochette de présentation du prix imagine
 - Présentation PowerPoint
 - Réseaux sociaux : Facebook, Tumblr, Instagram et Youtube
 - Section du site Monequilibre.ca destinée à cette clientèle leur permettant de consulter les outils et de lire des blogues sur ces sujets
 - Site internet à l'intention des jeunes : www.equilibre.ca
 - Trois capsules vidéo (diffusées sur le Web)
 - Trousses (manuel implantation, activités)
 - Vidéos de promotion diffusées sur Youtube
 - Vignette (illustration d'une mise en situation)
-

VEV

- À la découverte des villes durables d'Europe (2004)
 - Bon TOD, bad TOD: Imaginer le TOD comme un véritable milieu de vie (2013)
 - Changer de direction - chantier en aménagement du territoire et transport des personnes (2011)
 - Collection « Inspirer le Québec »
 - Collection « l'index » Deux poids, deux mesures: Comment les règles de financement des réseaux de transport stimulent l'étalement urbain (2013)
 - Collection « Outiller le Québec »
 - Collection « Vers des collectivités viables© » Vers une charte des écoquartiers: Principes et balises pour guider les décideurs et les promoteurs (2013)
 - Concrétiser Gatineau 2051 : faire la ville + (mars 2013)
 - Demain Montréal: au palmarès des collectivités viables (septembre 2011)
 - Des engagements pour des collectivités viables (juillet 2012)
 - Des engagements pour mieux construire nos villes et nos quartiers (PDF) (mars 2014)
 - Et si le pmad ne changeait (presque) rien ? (octobre 2011)
 - Films de vulgarisation
 - Griffintown: s'inspirer des collectivités viables (février 2012)
 - Investir dans le transport collectif pour construire le grand Montréal de 2031 (avril 2012)
 - L'agriculture urbaine, composante essentielle des collectivités viables (juin 2012)
 - L'aménagement durable du territoire, un pilier de la politique bioalimentaire (septembre 2011)
 - L'amendement 0-15-20 : assurer un développement urbain durable (juillet 2011)
 - La troisième voie: l'alternative de l'autopromotion (2013)
 - L'aménagement du territoire dans la transition énergétique : se donner la peine de voir l'éléphant dans la pièce (octobre 2013)
 - Le rêve américain revu et corrigé (2004)
 - Le tramway de Strasbourg (2003)
 - Mémoire- Montréal, ville active (décembre 2012)
 - Optimiser l'occupation et la vitalité des territoires par l'aménagement et l'urbanisme (février 2012)
 - Plan d'action 2013-2020 sur les changements climatiques (février 2012)
 - Pour une approche intégrée de la mobilité (juillet 2013)
 - Pour une réforme du cadre fiscal et budgétaire des municipalités québécoises (mars 2014)
 - Remettre l'aménagement du territoire au coeur des priorités. Les municipalités, maîtres d'oeuvre d'un choix collectif indispensable (avril 2012)
 - Retisser la ville : Leçons de cinq expériences de transit-oriented development (2013)
 - Retisser la ville: Réarticuler urbanisation, densification et transport en commun (2013)
 - Retisser la ville: Le défi du TOD (2013)
 - Retour vers la banlieue: Construire la ville sur la ville (2013)
 - Réunir les modes: l'intermodalité et la multimodalité au service de la mobilité durable (2013)
 - Rêver Gatineau 2051: faire la ville + (juin 2012)
 - Saga Cité: nos collectivités face aux changements climatiques (2011)
 - Site web : vivreenville.org
 - Trousse d'actions Vers des collectivités viables© : De la théorie à l'action (2004)
-

Fondation des maladies du coeur	<ul style="list-style-type: none"> • 2 affiches • 25 guides parents à l'intention des familles • Calculateur de consommation (présenté sur cd-rom) • Cyberbulletins mensuel • Découpes représentant les boissons en grandeur réelle, incluant l'information nutritionnelle • Dépliant imprimé et disponible en ligne • Fiches thématiques • Formations en ligne : 6 courts vidéos qui résument les concepts théoriques abordés dans le programme • Manuel de ressources à l'intention des enseignants, incluant 17 activités clés en main • Passeports pour les élèves de 4e année. • Site web : www.fmcoeur.qc.ca • Site web: www.soisfute.ca (la section concernant cette nouvelle initiative sera mise en ligne sous peu - novembre 2013). • Tousse complète d'outils • Trousse pédagogique incluant le manuel de l'enseignant (incluant les cahiers d'exercices pour les élèves de 5e et 6e année)
RCCQ	<ul style="list-style-type: none"> • Affiches • Autres moyens d'informations à l'occasion d'autres activités de formation • Boîtes à outils pour les formations (démarrage, animation) • Dépliants divers (corporatifs, formation, etc...) • Guides d'événements comme la journée nationale des cuisines collectives (jncc) • Jeux (casse-tête) • Site web : www.rccq.org • Trousses saine alimentation
QEF	<ul style="list-style-type: none"> • Document explication du soutien à l'égard des plans régionaux • Fiches • Outils du contenu • Plateforme sur les saines habitudes de vie • Site web : www.quebecenforme.org
RQOH	<ul style="list-style-type: none"> • Documents de réflexions • Guides • Journal mensuel • Mémoires • Publications • Recherches • Site web : http://www.rqoh.com/
CQPP	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentation dans les villes : Section web sur l'environnement alimentaire municipal (http://www.cqpp.qc.ca/fr/priorites/alimentation-dans-les-villes) • Analyse critique de la note économique de l'Institut économique de Montréal • Avis juridique sur les modifications à apporter aux diverses lois de protection du consommateur des provinces et territoires du Canada afin d'interdire la publicité destinée aux enfants (http://cqpp.qc.ca/documents/file/2011/Avis-juridique_Pub-aux-enfants_Provinces-et-territoires_2011.pdf) • Comité d'experts pour doter le Québec d'une politique d'école active : Document 5 Recommandations pour permettre aux jeunes d'être plus actif à l'école • Communication affichée "La taxe sur les boissons sucrées : une mesure prometteuse de prévention de l'obésité" • Communication affichée "Les dessous du marketing des boissons sucrées" (http://www.cqpp.qc.ca/documents/file/2012/Affiche_Marketing-boissons-sucrees_4-tomes.pdf) • Communiqués de presse (http://www.cqpp.qc.ca/fr/salle-de-presse/communiques-et-publications?Dossier=199) et articles de presse sur l'enjeu suite à 2 conférences de presse (16 août

2012- interpellier les décideurs durant la campagne électorale & 16 avril 2013 -lancement du document de recommandations)

- Créer de la richesse pour investir dans l'avenir (http://www.cqpp.qc.ca/documents/file/2011/Memoire_Consultations-prebudgetaires_2011-2012.pdf)
- Document de recommandations sur le développement des compétences alimentaires et culinaires à l'intention du gouvernement, du milieu scolaire et des municipalités réalisées par un comité d'experts (http://www.cqpp.qc.ca/documents/file/2013/Trio-recommandations-competences-alimentaires-culinaires-ecole_2013-04.pdf)
- Document Questions et réponses qui y est associé (http://cqpp.qc.ca/documents/file/2007/Question-Reponses_Epidemie-obsesite-pub-aux-enfants_2007.pdf)
- Documents de plaintes : Nombre = 20 entre 2009 et 2013 (14 résumés de plaintes figurent en ligne et 6 sont à venir) : <http://cqpp.qc.ca/fr/plaintes-deposees>
- Fiche sommaire « Développer les compétences culinaires dans les écoles »
- Formation : Nous avons développé avec la DSP de Montréal, une formation PPT sur l'activité physique auprès des jeunes dans le cadre de l'Opération Fais-toi Entendre du Conseil québécois sur le Tabac
- La publicité alimentaire destinée aux enfants : Recension des effets, stratégies et tactiques (http://cqpp.qc.ca/documents/file/2011/Rapport_Pub-aux-enfants-Recension-effets-strategies-tactiques_2011-01.pdf)
- Médias : <http://www.cqpp.qc.ca/fr/salle-de-presse/revues-de-presse?Annee=all&dossier=170>
- Mémoire : Les saines habitudes de vie, une condition gagnante de la réussite scolaire.
- Mémoire portant sur la consultation publique du Plan de mobilité active de Laval, Promouvoir les déplacements actifs sur le territoire de Laval
- Mémoire portant sur la consultation publique Montréal, physiquement active, Aménager nos villes pour demeurer actifs au quotidien.
- Mémoire portant sur l'avant-projet de Loi sur l'aménagement durable du territoire et l'urbanisme, Ensemble, aménageons des municipalités en santé : Un pouvoir et une responsabilité partagés! (<http://www.cqpp.qc.ca/fr/salle-de-presse/communiques-et-publications/116/ensemble-amenageons-des-municipalites-en-sante-un-pouvoir-et-une-responsabilite-partages>)
- Mémoire portant sur le livre vert pour une politique bioalimentaire Réconcilier l'industrie bioalimentaire et les consommateurs : Saisir l'opportunité de contribuer à la saine alimentation, à la santé et au bien-être des Québécois
- Mémoire portant sur le projet de loi no 34, Loi pour assurer l'occupation et la vitalité des territoires Le Québec : y habiter, en vivre et y évoluer en santé
- Mémoire portant sur le projet de loi no 34, Loi pour assurer l'occupation et la vitalité des territoires, Le Québec : y habiter, en vivre et y évoluer en santé (<http://www.cqpp.qc.ca/fr/salle-de-presse/communiques-et-publications/133/le-quebec-y-habiter-en-vivre-et-y-evoluer-en-sante>)
- Mémoire sur le livre vert de la Politique de mobilité durable du MTQ
- Mémoire sur le projet de loi n° 71, Loi modifiant de nouveau le Code de la sécurité routière et d'autres dispositions législatives, La sécurité routière, au-delà de l'individu, une question d'aménagement (<http://www.cqpp.qc.ca/fr/salle-de-presse/communiques-et-publications/76/memoire-la-securite-routiere-au-dela-de-l-individu-une-question-d-amenagement>)
- Mémoires (3) : Montréal, physiquement active ; Les saines habitudes de vie : une voie de réussite pour les élèves du Québec ; Construire une nouvelle école : une opportunité de bâtir un environnement scolaire favorable aux saines habitudes de vie
- Mise en ligne d'une section web sur cet enjeu au <http://www.cqpp.qc.ca/fr/priorites/competences-culinaires>
- Miser sur la prévention en créant de la richesse : un geste significatif pour une société plus en santé (http://www.cqpp.qc.ca/documents/file/2012/Memoire_Consultations-prebudgetaires_2012-2013.pdf)
- Modèle de résolution pour les villes souhaitant interdire la vente de boissons énergisantes
- Nous avons également produit un argumentaire sur notre position et l'enjeu de l'activité physique à

l'école disponible sur notre site web

- Outils (2) : Fiche argumentaire pour les acteurs politique (Policy paper - 2 pages) ; 1 vidéo réunissant quelques partenaires sur Youtube
- Outils pour freiner la publicité de malbouffe destinée aux enfants (http://cqpp.qc.ca/documents/file/2010/Rapport_Outils-pour-freiner-publicit%C3%A9-malbouffe-aux-enfants_2010-09.pdf)
- Participation au Wikicupal, un répertoire collectif québécois unique s'adressant spécifiquement aux acteurs municipaux (élus, décideurs et professionnels) et qui regroupe les outils et services mis à leur disposition par les organismes nationaux préoccupés par les habitudes de vie.
- Plusieurs présentations PowerPoint réalisées en divers événements
- Poster "La publicité destinée aux enfants : un enjeu de santé publique" (http://cqpp.qc.ca/documents/file/2010/Affiche_Publicite-destinee-aux-enfants.pdf)
- Présentation avec voix intégrée "Le marketing des boissons sucrées" (Partie 1: <http://www.youtube.com/watch?V=xxly9nznzca> Partie 2 : <http://www.youtube.com/watch?V=c1rnvj0viwy>)
- Présentation d'un mémoire au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes à Ottawa "Mieux encadrer le marketing des boissons gazeuses et énergisantes" (<http://www.cqpp.qc.ca/fr/salle-de-presse/communiqués-et-publications/103/mieux-encadrer-le-marketing-des-boissons-gazeuses-et-energisantes>)
- Présentation pour le Plan de développement du Système alimentaire montréalais (http://www.cqpp.qc.ca/documents/file/2013/Presentation_Atelier-de-travail-SAM_2013-02-01.pdf)
- Présentations : Plusieurs présentations données dans le cadre de différents regroupements ou colloques (Congrès de sportsquébec; Fédération québécoise des directions d'établissement d'enseignement ; Association régionale de la fédération des éducateurs physiques de la Mauricie)
- Présentations dans différentes occasions telles que la Journée-conférence Ensemble, partageons nos recettes des Producteurs laitiers du Canada en février 2013 (<http://www.youtube.com/watch?V=188p7idckau>) ou les rencontres du plan de développement du Système alimentaire montréalais (http://www.cqpp.qc.ca/documents/file/2013/Trio-recommandations-competences-alimentaires-culinaires-ecole_2013-04.pdf)
- Production d'une fiche sommaire « Instaurer une redevance sur les boissons sucrées »
- Publication : «La Coalition Poids souhaite que les partis s'engagent à soutenir les initiatives municipales de transport actif » (<http://www.cqpp.qc.ca/fr/salle-de-presse/communiqués-et-publications/159/la-coalition-poids-souhaite-que-les-partis-s-engagent-a-soutenir-les-initiatives-municipales-de-transport-actif>)
- Rapport "Les Dessous du marketing des boissons sucrées" en 4 tomes + 4 sommaires (<http://www.cqpp.qc.ca/fr/dossiers/boissons-sucrees/marketing>)
- Rédaction d'un mémoire intitulé « l'épidémie d'obésité et la publicité destinée aux enfants » (http://cqpp.qc.ca/documents/file/2007/Memoire_Obesite-et-pub-aux-enfants_2007-06-02.pdf)
- Section du mémoire " Réconcilier l'industrie bioalimentaire et les consommateurs. Saisir l'opportunité de contribuer à la saine alimentation, à la santé et au bien-être des Québécois" sur la publicité destinée aux enfants sur les lieux de distribution (en magasin d'alimentation) : http://www.cqpp.qc.ca/documents/file/2011/Memoire_Livre-vert-Politique-bioalimentaire-MAPAQ_2011-08-22.pdf
- Section du mémoire sur la politique bioalimentaire Réconcilier l'industrie bioalimentaire et les consommateurs : Saisir l'opportunité de contribuer à la saine alimentation, à la santé et au bien-être des Québécois.
- Section web sur les politiques alimentaires scolaires et des hôpitaux : <http://www.cqpp.qc.ca/fr/priorites/alimentation-a-l-ecole-et-a-l-hopital>
- Vidéo " Les boissons sucrées, toujours à portée de main" (<http://www.youtube.com/watch?V=ajsd1ujauyc>)
- Vidéo « Développer les compétences culinaires dans les écoles » (<http://www.youtube.com/watch?V=ctmnpjub5fu>)
- Vidéo « Instaurer une redevance sur les boissons sucrées » (http://www.youtube.com/watch?V=_q3fwx3q4a4)

	<ul style="list-style-type: none"> • Vidéo de la conférence « De la science à l'action : étude d'une taxe sur les boissons sucrées » (http://www.cqpp.qc.ca/fr/evenements-et-activites/28/de-la-science-a-l-action-etude-d-une-taxe-sur-les-boissons-sucrees)
RQVVS	<ul style="list-style-type: none"> • Site web : http://www.rqvvs.qc.ca/ • Bulletins électroniques mensuels • Outils : <ul style="list-style-type: none"> ○ La zone-école et l'alimentation : des pistes d'action pour le monde municipal ○ Guide d'évaluation participative ○ Vers des communautés durables et en santé : grille d'analyse de projet ○ Une trousse pratique d'évaluation des Villes et Villages en santé ○ Atelier de vision stratégique ○ Concertation locale : les clés du succès • Mémoires <ul style="list-style-type: none"> ○ Penser globalement, agir localement : l'importance du rôle des municipalités dans la mise en oeuvre du développement durable (février 2005) ○ Mémoire sur le développement durable
YMCA	<ul style="list-style-type: none"> • Site web : www.ymca.ca • Réseaux sociaux • Brochures • Pamphlets • Affiches • Formations
Tablée des chefs	<ul style="list-style-type: none"> • Atelier boîte à lunch • Cahier de l'élève • Facebook • Formations : <ul style="list-style-type: none"> ○ Les brigades culinaires ○ Les ateliers culinaires ○ Pour adolescents ○ Cuisine d'été de la tablee des chefs ○ Cuisiner pour manger mieux ○ Formation en centre jeunesse • Livre de recettes • Programme de 10 ateliers • Site web : http://www.tableedeschefs.org/ • Vidéos promotionnels <ul style="list-style-type: none"> ○ Brigades culinaires ○ Campagne Moi, j'fais mon lunch !
FCSDSQ	<ul style="list-style-type: none"> • Cadre de référence • Guides • Outils ressources humaines • Outils spécifiques • Processus de conformité • Revues de presse • Site web : www.fcsdsq.coop
CQPS	<ul style="list-style-type: none"> • Ateliers • Bulletins • Communications électroniques • Fiches thématiques • Formation • Forum • Portails • Répertoire saines habitudes de vie

	<ul style="list-style-type: none"> • Revue de presse - articles et twitter • Site web : www.cqpp.qc.ca
GDPL	<ul style="list-style-type: none"> • Boîte à outils (en ligne) • Ateliers (bouger plus) • Carnets • Documents • Infolettre • Jeux en ligne • Réseaux sociaux : Facebook, YouTube, Instagram, Tweeter, Flickr, Livestream. • Site web : https://www.legdpl.com • Tournée véhicule
Jeunes pousses	<ul style="list-style-type: none"> • À venir dans le cadre du transfert d'expertise: une formation adaptée à divers contextes, des guides pédagogiques et outils variés... • CD avec chansons • Début de manuel de formation pour le transfert d'expertise • Dépliant - qui n'est plus à jour • Des pistes d'animation - un début pour le transfert d'expertise • Guide « Cultivez le goût ; Guide pour jardiner avec les jeunes » • Guide d'animation milieux communautaires «Les semeurs d'avenir» • Guide de jardinage Cultiver le goût: vendu à tout intéressé au coût de 60\$ • Guide pédagogique pour la petite enfance «du potager à la table» • Guides pédagogiques pour le préscolaire et le primaire «Du jardin à mon assiette» (4 cartables: 1 par cycle et préscolaire) • Les guides pédagogiques et d'animation sont seulement vendus à l'intérieur de nos formations • Passeport du goût remis aux enfants • Plaisirs de la table: http://www.jeunespousses.ca/fr/plaisirs-table-offre-alimentaire.htm • Recueil d'animation variée pour nos animatrices en intervention directe. • Ressource Internet pour améliorer l'offre alimentaire dans les écoles et services de garde «Plaisirs de la table» • Site web : http://www.jeunespousses.ca • Véhicule d'animation- La Caravane du goût • Vidéo de la caravane du goût (qui n'est plus à jour)
Petits Cuistots (Ateliers 5 épices)	<ul style="list-style-type: none"> • Activité préparatoire (activité crayon/papier, bricolage, recherche) • Affiches • Ateliers • Facebook • Formations • Guides • Jeux • Le matériel est vendu à travers le Québec aux milieux ayant reçu notre formation et qui font l'animation de nos programmes en régions. • Matériel pédagogique et didactique fourni par les nutritionnistes aux enseignants et aux parents • Site web : cinqepices.org
CAMF	<ul style="list-style-type: none"> • Capsule vidéo • Capsules (http://www.youtube.com/user/CarrefourMAE#p/u). • Dépliant • Guide d'informations • Le CAMF a analysé le contenu des plans d'action de diverses PFM et a répertorié plus de 5 000 mesures, réparties par thème. (Disponible sur le site internet) • Logo • Outils d'accompagnement • Questionnaires • Site web: http://www.amiedesenfants.ca

	<ul style="list-style-type: none"> • Vidéos (http://www.amiedesenfants.ca/videomae.html)
TIR Laurentides	<ul style="list-style-type: none"> • Formations • Documents • Affiches
TIR Saguenay- Lac-Saint- Jean	<ul style="list-style-type: none"> • Caravane • Guide pédagogique • Personnages costumés • Recettes à base de produits locaux
TIR Nord- du-Québec	<ul style="list-style-type: none"> • Affiches • Documents • Formations (avec PowerPoint) • Pancartes • Questionnaire
TIR Mauricie- Centre-du- Québec	<ul style="list-style-type: none"> • Affiches • Feuillet d'information sur divers aliments • Fiches pratiques : Définir la saine alimentation et établir les bases d'un repas harmonieux, Lecture d'étiquettes : pour y arriver, Légumes et fruits : trucs pour en consommer +, Lait et substituts : trucs pour en consommer +, Produits céréaliers : trucs pour consommer + de fibres alimentaires, Manger en famille et en harmonie : pour y arriver, Guide des aliments pour cuisiner vite et bien , Guide pratique pour un repas sain et économique Bonification d'ateliers : Atelier « Manger sainement à faible coût » bonifié (février 2013), Épicerie virtuelle, grand format (11 X 17 po) • Fiches recette : Faire sa vinaigrette , Soupes et potages, Desserts au lait, Légumes d'accompagnement, Sauces , Viande hachée, Les oeufs • Formations aux cuisiniers (produit clé en main) • Guide accompagnement pour les cafétériats d'école • Journal mensuel de « Ça mijote en Mauricie! » : Juin 2012, Juillet 2012, Août 2012, Septembre 2012, Octobre 2012, Novembre 2012, Décembre 2012 , Janvier 2013, Février 2013, Mars 2013, Avril 2013, Mai 2013 , Juin 2013 , Juillet 2013 • Mijotrousse • Site web accès bouffe santé : http://www.bioalimentairecq.ca/fr/projets/acces_bouffe_sante/
TIR Montérégie	<ul style="list-style-type: none"> • Formation et cartable pour le projet croque-plaisir • Infolettre bien-entouré • Outils d'accompagnement • Trousse ma cour un monde de plaisir (Kino-Québec)
TIR Lanaudière	<ul style="list-style-type: none"> • Bonne boîte, bonne bouffe, outils développés avec Moisson Laurentides : <ul style="list-style-type: none"> ○ Site web : http://www.moissonlaurentides.org/bonne-boite-bonne-bouffe/ ○ Dépliants ○ Bulletins • Transport actif écoresponsable <ul style="list-style-type: none"> ○ Site web : http://becikjaune.ca/ ○ Facebook
TIR Bas- St-Laurent	<ul style="list-style-type: none"> • Affiches sur les bienfaits du loisir dans la municipalité • Bulletins information (4 parutions) • Capsules vidéos • Formations • Réseaux sociaux : Facebook, twitter, pinterest • Site web : http://anosmarmites.com/marmites-1-2-3-sante/
TIR Laval	<ul style="list-style-type: none"> • Formations • Infolettres • Ligne téléphonique d'information • Plan de déplacement pour les écoles
TIR Côte- Nord	<ul style="list-style-type: none"> • Ateliers avec études de cas • Modèle de plan d'action • Outils produits par le comité québécois de formation sur les SHV

TIR A-T	<ul style="list-style-type: none"> • Formation • Guide de suivi de la formation dans les milieux
TIR Chaudière- Appalaches	<ul style="list-style-type: none"> • Coffre d'outils régional aux agents de promotion • Site web
TIR Estrie	<ul style="list-style-type: none"> • Bulletin régional d'information Estrie • Dépliants pour les parents • Modules de formations donnés aux cuisiniers • Outils et matérielle éducation nutrition • Outils intervention
TIR Capitale- Nationale	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptation de la formation ABC des communications à l'intention des jeunes • Autres outils en construction reliés au transfert des connaissances • Documents de présentation du projet SHV-DD • Fiches-bilans (définition des projets pour les demandes de financement) • Grille d'analyse des projets selon les principes de développement durable • Outils de suivi (ex. : journal de bord) • Présentation et démarche d'intégration des principes de développement durable aux projets

Annexe K

Les résultats perçus (suite)

Les données suivantes ne sont pas présentées dans le rapport global dans le texte en raison du faible nombre de répondants, mais peuvent permettre aux lecteurs de prendre connaissance de diverses pistes d'investigations futures.

Résultats perçus des IPSAP sur l'offre de services

(N= 6 acteurs : Acti-Menu, CQPP, Équilibre, TIR Estrie, TIR Laurentides, TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean)

- ✓ Perceptions par les plans d'action des projets associés
- ✓ Perceptions par les changements dans les pratiques culinaires des milieux scolaires ou de garde
- ✓ Perceptions d'offres bonifiées au niveau régional

Résultats perçus sur la société

(N= 8 acteurs : Acti-Menu, Équilibre, GDPL, CAMF, QEF, TIR Estrie, TIR Laurentides, TIR Lanaudière)

- ✓ Changement de la perception sociale (image corporelle, modèles de beauté, sécurité alimentaire, mouvement sociétal)
- ✓ Mobilisation et concertation
- ✓ Sensibilisation à la diversité corporelle
- ✓ Interpellation par tous les membres de la société
- ✓ Connaissance des activités des acteurs par les citoyens – notoriété

Résultats perçus sur les politiques

(N=12 acteurs : VEV, GDPL, QEF, TIR Capitale-Nationale, TIR Côte-Nord, TIR Laval, TIR Lanaudière, TIR Nord-du-Québec, TIR Laurentides, TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean, TIR Bas St-Laurent, TIR Chaudière-Appalaches)

- ✓ Influences croissantes de transformations de la norme sociale remarquée
- ✓ Quelques municipalités québécoises qui réalisent des démarches en lien avec l'adoption de la politique municipale familiale et les SHV
- ✓ Politiques ministérielles nouvelles, actualisation des politiques et intégration de mesures associées aux SHV
- ✓ Des actions régionales qui découlent de politiques
- ✓ Les politiques familiales municipales qui peuvent intégrer les SHV et le concept de Municipalités Amis des aînés
- ✓ Le réseau des CPE qui souhaite un cadre de références sur les SHV
- ✓ Un discours nouveau des élus municipaux sur les SHV

Mesurer des effets sur les écoles

Fait par 11 acteurs: Équilibre, VEV, GDPL, Tablee des Chefs, QEF, TIR Abitibi-Témiscamingue, TIR Capitale-Nationale, TIR Lanaudière, TIR Montérégie, TIR Centre-du-Québec, TIR Laval.

Mesurer des effets sur la famille

Fait par 5 acteurs : Acti-menu, TIR Lanaudière, GDPL, QEF, FSCDSQ.

Mesure d'effets sur le milieu pré scolaire

Fait par 8 acteurs : GDPL, QEF, VEV, TIR Abitibi-Témiscamingue, TIR Laval, TIR Lanaudière, TIR Montérégie, TIR Bas St-Laurent.

Mesure d'effets sur le milieu de travail

Fait par 4 acteurs : VEV, GDPL, CAMF, TIR Abitibi-Témiscamingue.

Mesure d'effets sur le voisinage- quartier

Fait par 7 acteurs : Acti-Menu, Vivre en Ville, GDPL, RQVVS, QEF, TIR Laval, TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Mesure d'effets sur les politiques

Fait par 5 acteurs : RQVVS, CAMF, TIR Abitibi-Témiscamingue, TIR Centre-du-Québec, TIR Mauricie.

Annexe L

Les résultats mesurés tirés des entrevues et des documents remis par 13 acteurs

Résultats mesurés en lien avec la participation

Nombre de participants aux formations (N=2512 participants aux formations)

- 683 intervenants ont reçu la formation (IPICA et Formation démarrage). (Équilibre) (Gagnon & al.)
- 395 intervenants ont participé à la formation de démarrage et 288 ont bénéficié de la formation IPICA. (Équilibre) (Gagnon, St-Louis-Deschênes, Manceau, Thibault, Dagenais, 2011)
- Sois futé, bois santé! 1re phase de diffusion du programme : de Mars 2011 à Septembre 2012 - Nombre d'intervenants ayant reçu la séance de formation du programme SFBS : Total 707. (FMC) (statistique de programme)
- 493 intervenants, issus de 224 milieux ont été formés, dépassant largement nos objectifs initialement prévus dans le plan d'action, soit 60 milieux. (Jeunes Pousses) (Vorobief, 2010)

Nombre de milieux participants (N=281 milieux participants)

- La diffusion de l'offre de service par l'entremise des agents de Québec en Forme a permis de rejoindre une plus grande proportion de milieux communautaires. (Équilibre) (Gagnon, St-Louis-Deschênes, Manceau, Thibault, Dagenais, 2011)
- 59 municipalités sur 136 en accompagnements, bonne réponse. (TIR Chaudière-Appalaches)
- Les neuf milieux participant au programme disposent d'un potager cultivé et animé (Jeunes Pousses) (Vorobief, 2010)
- Près de 65 % de la clientèle rejointe provient de milieux œuvrant auprès des 2-5 ans. (Jeunes Pousses) (Vorobief, 2010)
- Le nombre de milieux communautaires a quant à lui quintuplé (passant de 3 à 13 au cours du projet). (Équilibre) (Gagnon, St-Louis-Deschênes, Manceau, Thibault, Dagenais, 2011)
- Taux de participation au projet plus élevée que ce qu'on s'attendait, 25% des milieux qui participaient et taux au-delà de 50%. (TIR Laval)
- 200 milieux. (Jeunes Pousses)

Nombre de jeunes participants (N=349120 jeunes participants)

- PRIX Imagine: Du 6 mai au 1er juin 2011, 1750 jeunes ont voté sur le site pour leur initiative préférée. (Équilibre) (Gagnon & al.b)
- 8136 ont participé à des projets d'activité physique à l'école, ont été initiés à de nouveaux sports et aux principes d'une saine alimentation. (GDPL, 2013)
- 2683 jeunes ont participé à des séances d'entraînement et de préparation à des événements sportifs. (GDPL, 2013)
- Nombre de jeunes sensibilisés 2013: 35 793. (GDPL, 2013)
- 336 000 élèves participants 284 CPE Garderie. (GDPL, 2013)
- 2250 coureurs 100 bénévoles. (GDPL, 2013)
- 5000 participants (4000 enfants, 1000 accompagnateurs) 380 bénévoles 21 écoles

- gagnantes 300 jeunes hors QC. (GDPL, 2013)
- Depuis 2009, 162669 jeunes ont été sensibilisés aux shv. (GDPL, 2013)
- 5760 jeunes ont participé au véhicube. (GDPL, 2013)
- 11 000 enfants, qui participent cet été. (Jeunes Pousses)
- Le programme a rejoint plus de 11 000 enfants. (Jeunes Pousses) (Vorobief, 2010)
- 370 enfants de 2 à 5 ans ont participé à l'implantation régionale du programme « Un trésor dans mon jardin » dans l'ensemble des milieux répondants. (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Joyal, Thivierge, Gaudreault, 2013)
- Seuls 12 % des milieux impliquent les jeunes à l'étape d'organisation ou pour l'animation d'une activité BTBP. (Équilibre) (Gagnon, St-Louis-Deschênes, Manceau, Thibault, Dagenais, 2011)

Nombre d'écoles participantes (N=1618 écoles participantes)

- 126 sur 385 écoles primaires de la Montérégie, soit 33 % des écoles, seront rejointes au cours du projet s'échelonnant de mars 2012 à juin 2014. (TIR Montérégie) (DSP de la Montérégie, CRÉ de l'agglomération de Longueuil, CRÉ Vallée-du-Haut-Saint-Laurent CRÉ Montérégie Est, 2012).
- 125 écoles visitées entre 2 octobre 2012 et 22 mai 2013. 8 écoles visitées en Ontario 8 écoles visitées au Nouveau-Brunswick une semaine dans les écoles aux Îles-de-la-Madeleine. (GDPL, 2013)
- 1264 écoles primaires du QC inscrites. (59%). (GDPL, 2013)
- 75 écoles secondaires 4 cégeps (GDPL, 2013)
- 134 écoles primaires hors QC (GDPL, 2013)

Nombre d'intervenants participants (N=17618 intervenants participants)

- Rejoint 16 750 intervenants scolaires, communautaires et de la santé (Équilibre) (Gagnon & al.)
- 20 séances d'information du programme offertes sur demande, rejoignant 245 intervenants jeunesse. (Équilibre) (Gagnon & al.a)
- 450 intervenants ont été informés par le bulletin de liaison et la section réservée aux intervenants a été consultée plus de 130 fois entre les mois de décembre 2010 et d'août 2011. (Équilibre) (Gagnon, St-Louis-Deschênes, Manceau, Thibault, Dagenais, 2011)
- Nombre d'intervenants ayant reçu le matériel pédagogique par la poste Pour l'année scolaire 2012-2013 : 228 écoles ont reçu le programme SFB 256 enseignants impliqués rejoignant ainsi 12 780 élèves 81 professionnels de la santé •Sois futé, écran fermé!: 37 professionnels de la santé et 94 enseignants ont reçu le programme en août dernier. (Équilibre) (Gagnon, St-Louis-Deschênes, Manceau, Thibault, Dagenais, 2011)
- 400 intervenants (Jeunes Pousses)

Nombre de participants divers (N=14180 participants divers)

- Plus de 9 200 visiteurs sur le site biendanssapeau.ca (Équilibre) (Gagnon & al.a)
- 3150 cyclistes 500 bénévoles 8 municipalités visitées. (GDPL, 2013)
- 206 équipes 1030 cyclistes 300 bénévoles 7 régions administratives visitées 77 municipalités visitées 700000\$ amassés. (GDPL, 2013)

- Dans 4 des 9 milieux, des parents ont participé à au moins une activité du programme « Un trésor dans mon jardin ». (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Joyal, Thivierge, Gaudreault, 2013)
- Dans 5 des 9 milieux, des ressources de la communauté ont participé à au moins une activité du programme « Un trésor dans mon jardin ». (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Joyal, Thivierge, Gaudreault, 2013)
- Dans 2 des 9 milieux, des bénévoles ont participé à au moins une activité du programme « Un trésor dans mon jardin ». (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Joyal, Thivierge, Gaudreault, 2013)
- 67% des organisations ayant acquis une trousse d'intervention BTBP dans le cadre du projet œuvrent auprès d'une clientèle de moyennement à très défavorisée. (Équilibre) (Gagnon, St-Louis-Deschênes, Manceau, Thibault, Dagenais, 2011)

Résultats mesurés en lien avec la satisfaction et l'intérêt

Intérêt des participants

- L'utilisation future de la documentation fournie lors de la session. Plutôt en accord (48%). (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Équipe de l'évaluation EFSHV, 2013)
- L'intérêt suscité grâce à la présentation du contenu par le formateur. Entièrement en accord (68%). (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Équipe de l'évaluation EFSHV, 2013)
- Le niveau d'intérêt pour agir de façon à créer des environnements favorables avant la session. (47%). (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Équipe de l'évaluation EFSHV, 2013)
- Le niveau d'intérêt pour agir de façon à créer des environnements favorables après la session. trait bon 74 (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Équipe de l'évaluation EFSHV, 2013)
- La sollicitation à suivre une session de sensibilisation vient de (travail 87%). (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Équipe de l'évaluation EFSHV, 2013)

Nombre de demandes (N=535 demandes)

- 500 demandes de soutien ont été formulées auprès de l'agente de liaison. (Équilibre) (Gagnon, St-Louis-Deschênes, Manceau, Thibault, Dagenais, 2011)
- Plus de 11 milieux ayant fait la demande de l'une ou l'autre de ces formations étaient sur une liste d'attente à la fin du projet. (Équilibre) (Gagnon, St-Louis-Deschênes, Manceau, Thibault, Dagenais, 2011)
- 24 regroupements locaux de partenaires (RLP) en lien avec Québec en Forme ont fait appel à nos services de formation et 2 projets régionaux: «Cultivons et Cuisinons du Lac au Fjord» et «Ça mijote en Mauricie». (Jeunes Pousses) (Vorobief, 2010)
- La demande a été en croissance constante. (Jeunes Pousses) (Vorobief, 2010)

Satisfaction et appréciation des formations

- 92% des répondantes ont trouvé utiles les accompagnements pour mettre en œuvre les changements proposés dans les formations. (TIR Montérégie) (Équiterre, 2013)
- Appréciation des formations, près de 95% de note (TIR Capitale-Nationale)
- Tous les participants ayant répondu à cette question (60 sur 62) sont satisfaits de

leur journée de formation. (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Joyal, Thivierge, Gaudreault, 2013)

- Le niveau de satisfaction générale de l'activité (81 à 100 % par 72% des participants). Autres: 19 sessions, 288 participants. (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Équipe de l'évaluation EFSHV, 2013)
- L'apprentissage facilité par la documentation fournie. plutôt en accord (48%).(TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Équipe de l'évaluation EFSHV, 2013)

Satisfaction et appréciation des mesures de soutien

- Chacune des mesures de soutien offertes dans le cadre du projet ont été jugées utiles et ont été appréciées des intervenants. (Équilibre) (Gagnon, St-Louis-Deschênes, Manceau, Thibault, Dagenais, 2011)
- 9 répondantes sur 22 (86%) se sont dites satisfaites des accompagnements reçus du RCPEM. (TIR Montérégie) (Équiterre, 2013).
- Les répondants sont très satisfaits du soutien et du suivi apportés par Jeunes Pousses. (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Joyal, Thivierge, Gaudreault, 2013)
- Les répondants sont très satisfaits du soutien et du suivi apportés par Cultivons et cuisinons du Lac au Fjord. (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Joyal, Thivierge, Gaudreault, 2013)

Satisfaction et appréciation des programmes/projets

- Les acteurs portent une appréciation positive, dans l'ensemble, de la mise en œuvre. (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Joyal, Thivierge, Tardif, 2013)
- Le personnel et les jeunes des milieux sont satisfaits du déroulement du programme et des trésors (surtout des légumes) trouvés dans leur jardin. (Jeunes Pousses) (Vorobief, 2010)
- 95% des répondantes ont trouvé utiles les analyses de menus détaillées réalisées par les nutritionnistes du RCPEM et se disent mieux outillées pour bâtir les prochains menus. (TIR Montérégie) (Équiterre, 2013).
- L'appréciation des enfants et de leurs parents qui ont noté des changements importants. (Jeunes Pousses)

Satisfaction et intérêt par les milieux

- Tous les milieux ont indiqué qu'ils avaient l'intention de réaliser d'autres activités de semis et de plantation l'année prochaine. (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Joyal, Thivierge, Gaudreault, 2013)
- Tous les milieux ont l'intention de réaliser d'autres activités du guide pédagogique l'année prochaine. (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Joyal, Thivierge, Gaudreault, 2013)
- Les milieux sont satisfaits de la réalisation des activités de semis intérieurs. (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Joyal, Thivierge, Gaudreault, 2013)
- Les milieux sont satisfaits de la réalisation des activités de plantation extérieure. (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Joyal, Thivierge, Gaudreault, 2013)
- L'accompagnement de Jeunes pousses et le soutien assuré par le projet régional sont appréciés par les milieux. (Jeunes Pousses) (Vorobief, 2010)

Résultats mesurés en lien avec les perceptions des participants

En lien avec leurs actions

- 67% des répondantes trouvent très facile ou facile d'apporter les changements de pratiques visés par le projet, alors que 12% d'entre elles disent les trouver difficiles ou plutôt difficiles. (TIR Montérégie) (Équiterre, 2013).
- 21% disent appliquer ces pratiques depuis avant les formations. (TIR Montérégie) (Équiterre, 2013).
- L'achat de produits régionaux est important pour les milieux rencontrés. (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Joyal, Thivierge, Gaudreault, 2013)

En lien avec le projet/programme

- 90 % des intervenants perçoivent le programme comme un outil flexible et adapté au besoin des milieux et aimeraient avoir l'opportunité d'intervenir avec l'approche. (Équilibre) (Gagnon & al.a)
- Les partenaires jugent que le projet est efficace. Selon eux, les objectifs réels correspondent, dans l'ensemble, aux objectifs attendus. (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Joyal, Thivierge, Tardif, 2013)
- Les participants aux entrevues suggèrent de poursuivre le projet et proposent quelques pistes d'orientation à privilégier pour améliorer sa mise en œuvre et maximiser ses effets. (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Joyal, Thivierge, Tardif, 2013)
- Les deux facteurs facilitants les plus importants identifiés par les répondantes pour les aider à améliorer leurs pratiques dans les cuisines sont : Le soutien de la direction générale (33%), Les formations (27%); Les accompagnements ne comptent que pour 12% des réponses. (TIR Montérégie) (Équiterre, 2013).
- Dans l'ensemble, les partenaires estiment que le projet parvient efficacement à sensibiliser la population régionale à adopter une culture alimentaire saine et savoureuse à partir d'aliments de base produits localement. (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Joyal, Thivierge, Tardif, 2013)
- 86% des parents interrogés estiment que l'école est un milieu propice pour parler d'alimentation et/ou apprendre à cuisiner. (Petits cuistots et Ateliers 5 épices) (Les Ateliers Cinq Épices, 2013)

En lien avec le soutien

- Près de 9 intervenants sur 10 considèrent que de travailler sur le poids et l'image corporelle auprès des jeunes représente un défi et qu'ils ont besoin d'être soutenus dans la mise en œuvre du programme BTBP. (Équilibre) (Gagnon & al.a)
- Plus des $\frac{3}{4}$ des utilisateurs considèrent que chacune de ces mesures de soutien facilite la mise en œuvre de BTBP et l'intervention auprès des jeunes sur le poids et l'image corporelle. (Équilibre) (Gagnon & al.a)

En lien avec la formation

- La maîtrise du contenu par le formateur. Entièrement en accord (85%). (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Équipe de l'évaluation EFSHV, 2013)
- L'organisation de la journée formation est adéquate. (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Joyal, Thivierge, Gaudreault, 2013)

- Les formatrices sont compétentes et font de cet atelier une réussite. (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Joyal, Thivierge, Gaudreault, 2013)

En lien avec les rôles

Les répondants comprennent assez bien les rôles et fonctions des principaux acteurs. (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Joyal, Thivierge, Gaudreault, 2013)

Résultats mesurés liés aux activités réalisées

Nombre d'activités offertes par l'acteur (N=125 activités offertes)

- 24 kiosques dans différents événements (Équilibre) (Gagnon & al.a)
- 20 séances d'information du programme offertes sur demande, rejoignant 245 intervenants jeunesse. (Équilibre) (Gagnon & al.a)
- Sensibilisation des intervenants à la problématique du poids et de l'image corporelle chez les jeunes par l'entremise de 11 ateliers et conférences (Équilibre) (Gagnon & al.a)
- 4 trampolines 37 jours activités 19 camps de jour. (GDPL, 2013)
- 8 à 10 ateliers d'Éveil au goût auprès d'enfants de groupes d'âge variés de 3 à 12 ans et aux dyades parents-enfants dans les milieux communautaires. (Jeunes Pousses) (Vorobief, 2010)

Nombre d'activités offertes par les milieux participants

- Les milieux communautaires feraient en moyenne un peu plus d'activités que les milieux d'implantation scolaires par année (5.0 vs 3.6 respectivement). (Équilibre) (Gagnon, St-Louis-Deschênes, Manceau, Thibault, Dagenais, 2011)
- 8 milieux sur 9 ont réalisé des activités d'animation avec les enfants dans le potager durant la saison estivale 2012. (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Joyal, Thivierge, Gaudreault, 2013)
- 7 milieux sur 9 ont réalisé des activités de cuisine avec les enfants à partir des récoltes durant la saison estivale 2012. (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Joyal, Thivierge, Gaudreault, 2013)
- 8 milieux sur 9 ont réalisé des activités du guide pédagogique depuis le début de leur participation à « Un trésor dans mon jardin ». (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Joyal, Thivierge, Gaudreault, 2013)

Nombre de formations offertes (N=98 formations offertes)

- 19 formations de démarrage et 16 formations IPICA ont été offertes. (Équilibre) (Gagnon, St-Louis-Deschênes, Manceau, Thibault, Dagenais, 2011)
- 63 journées de formation ont été réalisées. (Jeunes Pousses) (Vorobief, 2010)

Résultats mesurés liés aux activités de transfert

Nombre de publications diffusées (N=8057 publications diffusées)

- Diffusion de plus de 8 000 dépliants d'information du programme. (Équilibre) (Gagnon & al.a)
- Sensibilisation des intervenants à la problématique du poids et de l'image corporelle chez les jeunes par l'entremise de 11 ateliers 15 publications. (Équilibre) (Gagnon & al.a)
- 42 trousse ont été diffusées dans des RLP au cours du projet, chacun étant en lien avec au moins un organisme communautaire. (Équilibre) (Gagnon, St-Louis-Deschênes, Manceau, Thibault, Dagenais, 2011)

Utilisation des outils et des mesures de soutien par les milieux (N=2210 outils et mesures de soutien)

- Les diverses mesures de soutien ont été utilisées à plus de 2 000 reprises au cours du projet. (Équilibre) (Gagnon & al.a)
- Les milieux d'implantation ont utilisé en moyenne 2 mesures de soutien différentes au cours de la dernière année. (en plus du soutien personnalisé de l'agente de liaison) (Équilibre) (Gagnon & al.a)
- Le guide pédagogique est utilisé par 90 % des milieux, dès la première année. (Jeunes Pousses) (Vorobief, 2010)
- Le matériel pédagogique utilisé est pertinent. (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Joyal, Thivierge, Gaudreault, 2013)
- 107 organismes jeunesse (34, 5 % milieu scolaire, 21 % milieu de la santé et 9 % communautaire) et 2 RLP ont acquis une trousse d'intervention afin d'implanter le programme dans leurs établissements. (Équilibre) (Gagnon, St-Louis-Deschênes, Manceau, Thibault, Dagenais, 2011)
- Le nombre de trousse acquises par des écoles intéressées à implanter le programme a doublé au cours du projet (passant de 49 à 100). (Équilibre) (Gagnon, St-Louis-Deschênes, Manceau, Thibault, Dagenais, 2011)

Résultats mesurés liés aux retombées dans les milieux

Argent investi (1592000\$)

- Depuis 2010 1592000\$ en bourse et subvention. (GDPL, 2013)
- 1 300 000\$ remis aux écoles parrainées 2 millions distribués en 2013. (GDPL, 2013)

Nombre de bénéficiaires

- 80 écoles primaires et 23 482 jeunes ont bénéficié du soutien de la fondation: (GDPL, 2013)
- 4410 jeunes ont bénéficié d'un nouvel aménagement de leur cour d'école d'une nouvelle aire de jeux ainsi que de récréations animées et actives. (GDPL, 2013)
- 6684 ont bénéficié de l'achat d'équipement sportif. (GDPL, 2013)
- 1569 ont bénéficié de la construction ou de l'installation d'infrastructure majeure. (GDPL, 2013)

Résultats mesurés des effets des IPSAP

Atteinte des objectifs

- La majorité des cibles déterminées par Cultivons et cuisinons du Lac au Fjord en regard de l'implantation du projet et de ses effets sont globalement atteintes ou en voie de l'être. (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Joyal, Thivierge, Gaudreault, 2013)
- Six des neuf objectifs spécifiques sont atteints, les trois autres étant en voie d'être atteints. (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Joyal, Thivierge, Tardif, 2013)
- On a commencé à atteindre les objectifs de la 2e année la 1re année. (TIR Bas St-Laurent)
- On dépasse les attentes, observées et mesurées. (TIR Centre-du-Québec)

Mobilisation et partenariats

- Mobilisation de grande envergure des jeunes, des intervenants jeunesse et des organismes partenaires autour des messages de la campagne. (Équilibre) (Gagnon & al.b)
- Création de liens privilégiés avec des personnalités québécoises reconnues et appréciées du grand public. (Équilibre) (Gagnon & al.b)
- Amorce de partenariats prometteurs avec différents acteurs de l'industrie de l'image. (Équilibre) (Gagnon & al.b)

Changement de discours

- Ouverture d'un dialogue constructif et porteur de changements entre les jeunes et l'industrie de l'image. (Équilibre) (Gagnon & al.b)

Changement des comportements et des attitudes

- Une plus grande ouverture des enfants à goûter de nouveaux aliments et une volonté d'acheter de nouveaux aliments à l'épicerie, ce qui démontre une diminution de la néophobie alimentaire. (Jeunes Pousses) (Vorobief, 2010)
- Une augmentation de leur consommation de fruits et de légumes. (Jeunes Pousses) (Vorobief, 2010)
- Un encouragement à la découverte et l'appréciation d'aliments moins riches en gras, en sucre et en sel et préparés à la maison. (Jeunes Pousses) (Vorobief, 2010)
- Une réduction de l'attrait et de la consommation d'aliments transformés ayant une qualité nutritionnelle moindre. (Jeunes Pousses) (Vorobief, 2010)
- Une envie de s'impliquer davantage dans la préparation des repas à la maison et une augmentation du temps passé à table en famille, ce qui révèle une ouverture vers la convivialité du repas familial. (Jeunes Pousses) (Vorobief, 2010)
- Une amélioration du contexte convivial des repas en famille. (Jeunes Pousses) (Vorobief, 2010)
- Une plus grande attention portée à l'achat de produits régionaux. (Jeunes Pousses) (Vorobief, 2010)
- De manière générale, les répondants estiment que leur participation au programme « Un trésor dans mon jardin » à un peu augmenté la consommation de produits régionaux de leur établissement. (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Joyal, Thivierge, Gaudreault, 2013)

Changement de pratiques

- Évaluation des effets proximaux des projets et très positifs, atelier de formation avec suivi, les gens ont intégré les meilleures pratiques en alimentation au quotidien. (TIR Laval)
- 100% des répondantes participant au volet Approvisionnement local (7/7) affirment rechercher davantage la présence de fruits et légumes du Québec auprès de leurs fournisseurs. (TIR Montérégie) (Équiterre, 2013).

Amélioration des connaissances

- Le niveau de connaissance des effets des environnements sur les habitudes de vie après la session. (Très bon 67%). (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Équipe de l'évaluation EFSHV, 2013)
- Le niveau de connaissance sur les effets des environnements sur les habitudes de vie avant la session. Plutôt bon (62%). (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Équipe de l'évaluation EFSHV, 2013)

Mesure des comportements

- 5 répondants estiment que les produits laitiers régionaux représentent plus de 75% des achats de produits laitiers totaux. (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Joyal, Thivierge, Gaudreault, 2013)
- 5 répondants estiment que les achats de fruits et légumes frais régionaux représentent plus de 50% des achats totaux de fruits et légumes frais en saison. (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Joyal, Thivierge, Gaudreault, 2013)
- Selon les répondants, le coût des produits régionaux, leur disponibilité et leur diversité sont les principaux facteurs qui limitent la décision d'achat de produits régionaux, tandis que la qualité de ces produits est ce qui encourage le plus cette décision d'achat. (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Joyal, Thivierge, Gaudreault, 2013)
- L'engouement pour l'achat de produits régionaux se développe lorsque les conditions sont favorables. (Jeunes Pousses) (Vorobief, 2010)

Caractéristiques des IPSAP

Réponse à un besoin

Chacune d'entre elle semble avoir répondu aux différents besoins des intervenants, soit un soutien dans l'implantation du programme BTBP (soutien personnalisé, formation de démarrage, section réservée aux intervenants BTBP) et à l'intervention auprès des jeunes. (Équilibre) (Gagnon, St-Louis-Deschênes, Manceau, Thibault, Dagenais, 2011)

Flexibilité favorisant l'adaptation aux milieux

- Développement et mise en œuvre de 4 formations différentes et adaptées, afin de répondre aux besoins spécifiques de différents intervenants. (Jeunes Pousses) (Vorobief, 2010)
- Développement de ressources techniques, pédagogiques et d'animation adaptées aux besoins de différents intervenants leur permettant d'intégrer les activités d'un trésor dans mon jardin dans leur démarche éducative sur une base régulière tout au long. (Jeunes Pousses) (Vorobief, 2010)
- En adaptant la forme des ateliers d'éveil au goût et de cuisine ainsi que les présentations à caractère historique aux différents types d'évènements visités et à des auditoires plus mobiles (ceux des grands évènements, par exemple), le projet devrait parvenir à mieux sensibiliser la population à la provenance des aliments et à l'agriculture nordique ainsi qu'à intéresser les gens à l'histoire de la région et à son industrie agroalimentaire. (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Joyal, Thivierge, Gaudreault, 2013)
- En formant mieux l'équipe d'animation aux produits locaux et en mettant l'accent sur la diversité et l'accessibilité de ces produits, le projet devrait être en mesure d'inciter davantage la population à acheter localement. (TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean) (Joyal, Thivierge, Tardif, 2013)

Appropriation par le local

La presque totalité des milieux qui implantent le programme poursuivent de façon autonome et augmentent même la portée du programme après la première année. (Jeunes Pousses) (Vorobief, 2010)

Pérennité engagée

En route vers une pérennité : les neuf milieux de la première cohorte ont l'intention de poursuivre le programme en 2013, de partir des semis et d'aménager un potager avec les enfants. (Jeunes Pousses) (Vorobief, 2010)

Annexe M

Les stades de développement et l'évaluation de l'évaluabilité des IPSAP

	IPSAP	Stade de développement de IPSAP (données d'entrevues)	Évaluation de la faisabilité d'évaluation (données de sondage)
CQPP	Activité physique à l'école	En évolution	Oui
	Compétences alimentaires et culinaires	En évolution	Non
	Alimentation à l'école et à l'hôpital et alimentation dans les villes	En évolution	Oui
	Boissons sucrées	En évolution	Non
	Publicité destinée aux enfants	En évolution	Non
	Transport actif	En évolution	Non
CAMF	Politiques familiales municipales	Bien intégré	Oui
	Villes amie des enfants	En évolution	
RCCQ	Cuisine collective	En évolution	Non
	Autonomie alimentaire	En évolution	
	Formation au démarrage d'une cuisine collective	En évolution	
VEV	Transfert de connaissances	En rodage	
	Accompagnement aux mandats ponctuels	En rodage	
	Plaidoyer	En rodage	
	Sensibilisation	En rodage	
RQOH	Logement volet 3	Début de développement	
Acti-Menu	Défi santé 5/30 équilibre	En constante	Oui
	Municipalités et familles en santé	Début de développement	Oui
RQVVS	Mobilisation municipale		
	Voisinage		
	Transfert		
FCSDSQ	Volet shv + hans kai		
	Réseautage, transfert et concertation		
YMCA	Famille en forme		
	Camps de jour		
	Pour le plaisir de jouer		
	Programme alimentaire		
FMC	Sois futé bois santé	Bien intégré	Oui
	Sois futé écran fermé	En rodage	Non
	Service de garde	En rodage	Non
	Financement de la recherche		
	Défense des politiques publiques favorables		
GDPL	Le grand défi	En évolution	
QEF	Projets nationaux	En évolution	
	Projets régionaux	En évolution	
CQPS	Activités de concertation	En rodage	Oui
	Activités de réseautage	En rodage	Non
ÉquiLibre	Bien dans sa tête, bien dans sa peau	En constance	Oui
	Derrière le miroir	En évolution	Oui
	Mouvement nxrml	En rodage	Oui

	Formation intervenants jeunesse		Oui
	Projet préscolaire	Début de développement	Oui
Petits cuistots (Ateliers 5 Épices)	Volet petits cuistots		Oui
	Volet parents réseau		
Tablée des Chefs	Activités culinaires	En évolution	
	Redistribution alimentaire	En évolution	
Jeunes Pousses	Ateliers d'éveil sensoriel		Oui
	Caravane du gout		Oui
	Un trésor dans mon jardin		Oui
TIR BSL	À nos marmites, 1, 2, 3, santé	En évolution	
	Sensibilisation sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie	En rodage	
	Urls (activités)		
TIR Saguenay-Lac-Saint-Jean	Projet saine alimentation	En évolution	Non
	Sensibilisation sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie	En évolution	
TIR Capitale Nationale	Projet régional dans les écoles	En évolution	
TIR Mauricie	ça mijote en Mauricie	En constante	
	Sensibilisation sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie	En constante	
TIR Centre-du-Québec	Accès bouffe santé	En constante	
	Sensibilisation sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie	En constante	
TIR Estrie	bien manger bien bouger en estrie	En constante	Oui
	Sensibilisation sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie	En constante	Non
TIR Abitibi-Témiscamingue	La cuisine santé	Début de développement	Oui
	Les formations	Début de développement	
	La communication	Début de développement	
TIR Côte-Nord	Sensibilisation sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie	En évolution	
TIR Nord-du-Québec	Pédibus	En constante	Oui
	Communication-sensibilisation des partenaires	En évolution	Non
	Sensibilisation sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie	En évolution	Non
TIR Chaudières-Appalaches	Sensibilisation sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie	En évolution	
	Soutien aux municipalités	En évolution	
TIR Laval	Projet alimentation	Bien intégré	
	Projet déplacement actif	Bien intégré	
	Projet bien dans sa tête, bien dans sa peau	Bien intégré	
	Sensibilisation sur les	Bien intégré	

	environnements favorables aux saines habitudes de vie	
TIR	Bonne boîte, bonne bouffe	En évolution
Lanaudière	Transport actif écoresponsable	En évolution
	Sensibilisation sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie	En évolution
TIR	Projet sécurité alimentaire	En évolution
Laurentides	Sensibilisation sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie	Début de développement
TIR Montérégie	Projet cours écoles	En constante
	Projet croque-plaisir	En évolution
	Sensibilisation sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie	En constante
	Infolettre bien entouré	En constante

Annexe N

Le jugement évaluatif sur l'efficacité des IPSAP

Tableau du jugement évaluatif sur l'efficacité

Jugement global par les acteurs (<i>emic</i>)	Qualité des preuves	Classification des données probantes	Classification des pratiques	Évaluation des évidences	Soutien à la décision de transfert	Jugement global (<i>etic</i>)	Score de l'équipe
Score mapping /18 Pertinence 1 Cohérence conceptuelle 2 Efficacité de mise-en-oeuvre 3 Effets et Impacts 4 Rentabilité générale 5	Bonne 3 Assez bonne 2 Médiocre 1	Suffisantes 3 Acceptables 2 Acceptables pour décons. 2 Suffisantes pour décons. 1 Insuffisantes pour formuler recom. 1	Émergente 1 Prometteuse 2 De pointe 3	Validé terrain 1 Effic.émerg. 2 Effic. promet. 3 Effic. de pointe 4 Effic. probante 5	Oui 2 Non 0 Possiblement ultérieurement 1	IPSAP fondé 1 faisable 2 éthique 3 évaluation 4 certitude efficacité 5	
IPSAP X	X	X	X	X	X	X	

Descriptions des indicateurs et des critères en fonction des fondements théoriques sous-jacents et présentation des questions d'entrevues associées.

Jugement global par l'acteur (*emic*) (tiré des entrevues)

Score mapping (Bartholomew & Mullen, 2011; Gagnon, Guillaumie, Godin, Imbault, 2010).

L'intervention mapping correspond à un guide méthodologique, qui à travers, un processus itératif, intègre la théorie, les données empiriques issues de la littérature et les informations collectées auprès des populations visées. Il comprend l'analyse des besoins, les objectifs, la théorie et les méthodes, la séquence et le contenu, l'implantation et l'évaluation. (18 pts)

Jugement global de l'IPSAP (Glasgow & al. 2012; Foltz & al., 2012)

- « Globalement, comment vous jugez de la pertinence de votre IPSAP? » (1 pt)
- « Globalement, comment vous jugez de la cohérence conceptuelle IPSAP? » (2 pts)
- « Globalement, comment vous jugez de l'efficacité de sa mise en oeuvre ? » (3 pts)
- « Globalement, comment vous jugez de ses effets et de ses impacts ? » (4 pts)
- « Globalement, comment vous jugez de sa rentabilité générale ? » (5 pts)

Qualité des preuves (*etic*) (Harris & al, 2001)

Bonne étude (3 pts) : Notamment les méta-analyses ou les études systématiques répondant bien à tous les critères propres à la méthodologie

Assez bonne étude (2 pts) : Notamment les méta-analyses ou les études systématiques ne répondant pas ou du moins pas clairement à au moins un critère propre à la méthodologie, mais n'ayant pas connu de lacune majeure

Médiocre étude (1 pt) : Notamment les Meta-analyses ou les études systématiques) ayant au moins une lacune majeure propre à la méthodologie ou une accumulation de lacunes moins importantes ne permettant pas aux résultats de l'étude d'alimenter les recommandations.

- ✎ **Classification des données probantes (*etic*)** (Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, 2011).
 - « Les données probantes sont suffisantes pour recommander l'IPSAP » (3 pts)
 - « Les données probantes sont acceptables pour recommander l'IPSAP » (2 pts)
 - « Les données probantes existantes sont contradictoires et ne permettent pas de faire une recommandation pour ou contre l'IPSAP cependant, d'autres facteurs peuvent influencer la prise de décision. » (1 pt)
 - « Les données probantes sont acceptables pour déconseiller l'IPSAP » (1 pt)
 - « Les données probantes sont suffisantes pour conseiller l'IPSAP » (1 pt)
 - « Les données probantes sont insuffisantes (quantité ou qualité) pour formuler une recommandation; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer la prise de décision. » (1 pt)


- ✎ **Classification des pratiques (*etic*)** (Conseil canadien sur la santé, Cadre d'évaluation des pratiques novatrices-CEPN, 2012)

Structure du Cadre d'évaluation des pratiques novatrices^{MC}

CRITÈRE D'ÉVALUATION	CATÉGORIES		
	PRATIQUE ÉMERGENTE	PRATIQUE PROMETTEUSE	PRATIQUE DE POINTE
Qualité des faits probants	La pratique a fait l'objet de commentaires personnels ou d'observations informelles ou son évaluation formelle est en cours.	La pratique a été évaluée à l'aide de recherches préliminaires (p. ex. dans le cadre d'une étude pilote).	La pratique a été évaluée dans le cadre de recherches de haut niveau (p. ex. à l'aide de méthodes d'évaluation appropriées et rigoureuses, ou par une publication dans une revue savante avec comité de lecture).
Répercussions	Les résultats commencent à être observés et indiquent que cette pratique peut avoir des effets positifs sur les résultats de santé ou sur le rendement du système de santé.	Les résultats (avec une certaines variabilités) démontrent que cette pratique a des effets positifs sur les résultats de santé ou sur le rendement du système de santé.	Les résultats démontrent constamment que cette pratique génère des effets positifs sur les résultats de santé.
Applicabilité	La pratique n'a été mise en œuvre que dans un établissement, mais théoriquement, elle pourrait s'appliquer à d'autres établissements.	La pratique a été déployée dans au moins un autre établissement.	La pratique a cours dans de nombreux autres établissements.
Transférabilité	Des résultats similaires n'ont pas encore été observés ailleurs, mais pourraient, théoriquement, être constatés dans d'autres établissements.	Les mêmes résultats ont été constatés dans au moins un autre établissement.	Les résultats ont été observés dans plusieurs autres établissements.

- ✎ **Évaluation des évidences, (*etic*)** Conclusion sur les évidences LEAD (Kumanyika, Parker, Sim, 2010)
 - ✓ Validées par l'expérience-terrain 1
 - ✓ Efficacité émergente.2
 - ✓ Efficité prometteuse 3

- ✓ Efficacité de pointe 4
- ✓ Efficacité probante 5

 **Soutien à la décision de transfert (*etic*)** Conclusion sur les évidences LEAD (Kumanyika, Parker, Sim, 2010).

- ✓ Oui 2
- ✓ Non 0
- ✓ Possiblement ultérieurement 1

 **Jugement global (*etic*)**

Les outils utilisés: Filtrage politique de Swinburn (2005) (Gortmaker et al., 2012, Haby et al., 2006; Vos et al., 2010), cadre Re-aim (Foltz et al., 2012;) et le LEAD de l'IOM (Kumanyika, Parker, Sim, 2010). De plus, le système de classification proposé découle directement des productions du Conseil canadien de la santé (Conseil canadien sur la santé, 2012) et du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

« *Est-ce que l'IPSAP est fondée ? (1 pt)* »

« *Est-ce que l'IPSAP est bien construite ? (1 pt)* »

« *Est-ce que l'intervention est faisable ? (2 pt)* »

« *Est-ce que l'intervention est éthique ? (3 pt)* »

« *Est-ce que l'intervention est évaluable ? (4 pts)* »

« *Quelle est la certitude de l'efficacité ? (5 pts)* »

Annexe O

Le glossaire

ANGELO (cadre)

Le cadre ANGELO favorise une analyse globale de l'environnement lié à l'obésité en classant l'environnement selon quatre catégories : physique (ce qui est disponible), économique (les coûts), socioculturel (les attitudes et les croyances), et politique (les règlements) (libre traduction Swinburn & al., 1999).

ACTEURS/PARTIES PRENANTES

Personnes ou groupes de personnes qui peuvent contribuer à la réussite d'un projet/programme ou tenter de le bloquer ou en changer le cours. Elles peuvent être des organisations, des groupes, des structures, des réseaux, des individus. Elles comprennent les groupes d'intérêts qui sont touchés par la question ou ceux dont les activités ont une grande incidence sur la question. L'analyse des parties prenantes vise à évaluer et à comprendre les parties prenantes dans la perspective d'une organisation, ou à déterminer quelle importance celles-ci revêtent pour un projet ou une politique. L'analyse est menée en étudiant la position, les intérêts, l'influence, les relations, les réseaux et autres caractéristiques des parties prenantes et en considérant leurs positions passées et présentes, ou leur potentiel à venir (Varvasovszky & Brugha, 2000).

ACTIVITÉS (MODÈLE LOGIQUE)

Mesure(s) interne(s) mise(s) en œuvre pour produire un ou plusieurs extrants du programme; Elles démontrent le « comment » du programme. (Secrétariat du Trésor, 2010).

ACTIVITÉ PHYSIQUE

L'activité physique se définit comme tout mouvement corporel produit par la contraction des muscles squelettiques entraînant une augmentation de la dépense d'énergie au-dessus de la dépense au repos. Il s'agit d'un comportement qui se caractérise par plusieurs paramètres pouvant être mesurés au moyen de différentes méthodes. (National Obesity Observatory, 2012; INSERM, 2008).

APPROCHE

Ensemble de démarches, de procédés mis en œuvre pour arriver à une fin. L'approche axée sur la santé de la population vise à améliorer l'état de santé d'une population entière et à réduire les inégalités en matière de santé entre différents groupes démographiques. Pour atteindre ce double objectif, cette discipline se penche sur le vaste éventail de facteurs et de conditions exerçant le plus d'incidence sur notre santé, et tente d'influer sur ceux-ci (ASPC, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/approach-proche/index-fra.php>).

APPROCHE ÉCOLOGIQUE

L'approche écologique en santé publique sous-tend que la bonne santé d'un individu requière un environnement favorable qui favorise les conditions qui créent, facilitent et maintiennent la bonne santé et qui soutiennent la communauté et les individus dans l'exercice de choix santé (Kickbusch, 1989).

BILANS

Ensemble des rapports rendus disponibles par les acteurs, soit publiés ou non, et portant sur la mise-en-œuvre, les effets ou les retombées des IPSAP de l'organisation.

CHANGEMENT DE NORMES SOCIALES (mouvement social)

Un mouvement social de changement de normes vise à créer un environnement social et un climat législatif qui découragent des conduites malsaines et facilite les choix santé en tant que norme (Zhang, Cowling & Tang, 2010; Graff, Kappagoda, & al.,2012). « *Le changement normatif est tributaire de conflits, de débats et d'un processus continu de recherche du consensus. Cet examen fait ressortir le caractère évolutif des normes sociales, qui laisse place à diverses influences et dont l'issue demeure toujours incertaine....il est possible d'orienter le changement normatif, ce qui donne à penser qu'il pourrait être orienté dans le sens d'une meilleure intégration de la valeur santé dans la culture commune. Les acteurs de santé publique peuvent jouer un rôle clé en ce sens, de concert avec l'ensemble des partenaires intersectoriels.* » (DSP, 2012).

COMPLEXITÉ APPLIQUÉE À L'OBÉSITÉ

La théorie de la complexité nous permet de conceptualiser les gouvernements en tant que « systèmes » qui se présentent avec une histoire, qui influent les décisions et les actions. Les sous-composantes des systèmes sont interactives et constamment en évolution, ce qui permet de comprendre les relations qui existent entre différents paliers de gouvernance horizontaux ou verticaux (Alvaro & al.,2010).

DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Les déterminants sociaux de la santé désignent les conditions sociales dans lesquelles les populations les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. La promotion de la santé cible l'ensemble des déterminants de la santé potentiellement modifiables, non seulement ceux liés aux actions des individus, tels que les comportements en matière de santé et les modes de vie, mais également les facteurs tels que le revenu et le statut social, la scolarité, l'emploi et les conditions de travail, l'accès à des services sanitaires appropriés et les environnements physiques. Combinés, ces éléments créent différentes conditions de vie qui ont des effets sur la santé. Ces facteurs déterminent la mesure dans laquelle une personne possède les ressources physiques, sociales et personnelles pour définir et réaliser ses objectifs, satisfaire ses besoins et s'adapter à son milieu. Aux fins de cette étude, nous retenons la liste canadienne des déterminants sociaux la plus à jour identifiée par l'Agence de la santé publique du Canada et les travaux de Mikkonen et al., : Revenu et répartition du revenu, Éducation et alphabétisme, Chômage et sécurité d'emploi, Emploi et conditions de travail, Environnements sociaux, Environnements physiques, Développement du jeune enfant, Insécurité alimentaire, Logement, Exclusion sociale, Filet de sécurité sociale-soutien social, Services de santé, Statut d'Autochtone, Culture, Handicap, Pratiques de santé personnelle et la capacité d'adaptation, Sexe, Patrimoine biologique et génétique. Les déterminants de la santé sont les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations. Ils sont multiples et agissent les uns avec les autres (OMS, 2004; <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php>; Mikkonen & Raphael,2011; Renaud & Lafontaine, 2011).

EMIC (perspective)

Une perspective 'émic' (parfois appelée «initiale», «inductive» ou «ascendante - bottom-up») prend comme point de départ les perspectives et les mots de participants à la recherche. Comme Lett (1990) l'explique dans une perspective anthropologique, « *les constructions Emic sont des comptes, des descriptions et des analyses exprimées en termes de schémas conceptuels et des catégories considérées comme significatives et appropriées par les membres natifs de la culture dont les croyances et les comportements sont à l'étude* » (p. 130). En adoptant une approche Emic, un chercheur tente de mettre de côté les théories et les hypothèses antérieures afin de laisser les participants et les données «parler» et à permettre des thèmes, des motifs et des concepts d'émerger. Sa force réside dans la reconnaissance des particularités du contexte étudié, dans son respect pour les points de vue locaux, et de son potentiel de découvrir des résultats inattendus. Dans l'analyse thématique, on réfère aussi aux perspectives pour préciser les sections de textes qui émergent des données du point de vue des répondants (emic) de celles des chercheurs (etic). La perspective emic adopte une approche de l'efficacité très terrain, appelée « *field efficacy* ».ou practice base evidence de Swinburn (2005).

ENVIRONNEMENTS

Environnement favorable : Un environnement favorable à la santé présente des conditions propices à la santé. Dans le cas des saines habitudes de vie et de la prévention des problèmes reliés au poids, un environnement favorable signifie que ces conditions aideront à faire des choix sains, à adopter des comportements alimentaires meilleurs pour la santé et à avoir un mode de vie physiquement actif. Elles contribueront aussi à développer et à maintenir l'estime de soi et une bonne image corporelle (MSSSS & QEF, 2012).

Environnement économique : L'environnement économique comprend les structures et les modes de fonctionnement liés aux activités de production, de consommation et d'utilisation de la richesse, ainsi que les valeurs et les motivations qui servent de fondement aux décisions économiques. Les éléments incluent le prix relatif des biens et des services, le niveau de revenu et la distribution de la richesse, les pratiques commerciales, le marché de l'emploi, les institutions, les structures et la conjoncture économique. (p.13)

Environnement obésogénique : Un environnement est considéré obésogénique s'il sous-tend que l'environnement et la biologie individuelle influencent les comportements et conséquemment la balance énergétique (Egger & Swinburn, 1997).

Environnement socioculturel : L'environnement socioculturel comprend les éléments relatifs aux structures et aux modes de fonctionnement des individus ou des groupes d'individus ainsi qu'à la culture qui en est issue, tels que les rapports sociaux, les normes et conventions ou la vision et la représentation de la réalité. (p.11)

Environnement politique : L'environnement politique comprend les structures et les modes de fonctionnement liés à l'organisation et à l'exercice du pouvoir, tels que le système et la culture politique, les politiques publiques, les lois et les règlements, les systèmes, les droits et les traités internationaux (p.12)

Environnement physique : Comprend les éléments naturels et artificiels de l'environnement (p.10)

ETIC (perspective) Une perspective « étic » (parfois appelée «outsider», «déductive» ou «descendante - top-down») utilise comme de point de départ, des théories, des hypothèses, des perspectives et des concepts provenant de l'extérieur du cadre à l'étude. Comme Lett (1990) le

décrit, « *les constructions 'étique' sont des comptes, des descriptions et des analyses exprimées en termes de schémas conceptuels et des catégories considérées comme significatives et appropriées par la communauté des observateurs scientifiques* » (p. 130). Un chercheur qui a une théorie existante ou un cadre conceptuel et mène des recherches pour voir si elle s'applique à un nouveau cadre ou une nouvelle population adopte une approche « étic ». Un des points forts de l'approche Étique est qu'il permet de comparer les contextes et les populations, et le développement de plusieurs concepts interculturels généraux (Morris, Leung, Ames & Lickel, 1999). Traduction libre:

ÉVALUABILITÉ

L'évaluabilité d'un programme représente pour ainsi dire la possibilité pour un programme d'être évalué de manière fiable et crédible. L'évaluabilité, est essentiellement liée au fait que le programme est clairement articulé et explicite, que les objectifs et les effets attendus sont précisés et réalistes, que le lien logique entre le programme, les objectifs, et les effets est exposé, et, enfin, que l'on puisse raisonnablement concevoir que les informations dont on a besoin peuvent être colligées

ÉVALUATION DE L'ÉVALUABILITÉ

L'évaluation de l'évaluabilité suppose un examen de la façon dont les activités planifiées permettront d'atteindre les résultats prévus. Elle revient à examiner le programme afin de vérifier si ses objectifs sont définis de façon adéquate et si les résultats escomptés sont vérifiables. La modélisation de la logique théorique du programme est ainsi au cœur de la démarche et sert de canevas à l'analyse (Leclerc, 2012).

*Les critères retenus pour l'évaluabilité portent sur les trois principes de théorisation fondée plutôt que l'intervention de façon isolée, une attention à la configuration CMR du contexte, des mécanismes et des résultats dans un processus d'ensemble global et l'utilisation du jugement plutôt qu'adhésion stricte à une liste de critères. Cinq questions y sont associées et servent à juger de l'évaluabilité : Où une intervention particulière est-elle placée dans l'organigramme évolutionnaire d'un programme global d'intervention ? Comment l'information évaluative pourrait-elle influencer le processus décisionnel politique? Quelles sont les tailles plausibles et la distribution des impacts hypothétiques formulés? Comment les résultats de l'évaluation vont-ils contribuer et ajouter de valeur scientifique au cumul de connaissances? Est-ce faisable d'évaluer cette intervention à ce moment-ci? (Ogilvie, Cummins, Petticrew, White, Jones & Wheeler, 2011).

ÉVALUATION DES PROCESSUS

L'évaluation de processus repose sur deux idées principales qui, bien qu'intimement liées dans la pratique, méritent d'être précisées séparément au départ: les processus et les principes d'action.

*un **processus** se définit comme une succession de résultats ou de petits changements s'emboîtant les uns dans les autres et menant, à moyen et à long terme, vers des changements de nature différente et de plus en plus complexes. Plus précisément, il s'agit d'un enchaînement de petits résultats qui, s'accumulant et se renforçant les uns les autres, deviennent de plus en plus significatifs. Une évaluation qui mesure toujours les mêmes éléments dans le temps ne peut saisir toute la richesse de ce qui s'est passé dans ce processus d'augmentation du pouvoir d'agir, ce que l'évaluation de processus rend possible.

***l'évolution des principes d'action** L'évaluation de processus permet de centrer la réflexion sur la logique* même de l'action, celle des acteurs locaux essentiellement, et de suivre les retombées qui en découlent, montrant ainsi la progression du processus. Elle permet de repérer les efforts consentis pour démarrer la concertation, assurer la participation ou favoriser le renforcement du pouvoir d'action;

ÉVALUATION D'IMPLANTATION

« *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). Elle se préoccupe du « *qu'est-ce qu'on a fait?* ».

ÉVALUATION RÉALISTE

Issue des travaux de Pawson et Tilley (1997), cette approche est ancrée aux principes du réalisme qui affirment que les mondes du matériel et du social sont en interaction et peuvent avoir un réel effet sur les causes du changement. Le produit de la recherche n'est pas une réponse définitive sous forme de loi identifiant l'intervention la plus efficace dans tous les cas pour mettre en oeuvre une intervention, le « *best buy* ». L'objectif n'est pas non plus de généraliser les interventions qui ont donné les meilleurs résultats. Il ne s'agit pas de répondre à la question « *Qu'est-ce qui marche ?* ». Il s'agit de comprendre « *Ce qui marche, pour qui, dans quelles circonstances et pourquoi ?* ». Ce type d'évaluation permet de répondre aux questions : « *est-ce que cela marche, comment, pour qui, et dans quelles circonstances ?* » On formule une première théorie explicative du fonctionnement du mécanisme étudié, autrement dit de la logique d'intervention, sur base de la littérature, de l'expérience, et des hypothèses/théories d'action qui sous-tendent les programmes qui font appel à ce mécanisme. L'évaluation réaliste est considérée comme une méthodologie appropriée pour étudier l'introduction du management de la qualité dans les systèmes de santé.

EXTRANTS

Produits ou services découlant directement des activités d'un ministère, d'une politique, d'un programme ou d'une initiative; Ils relèvent généralement du contrôle du ministère; Ce sont habituellement des éléments tangibles qui peuvent être comptés; Ils démontrent le « *quoi* » du programme; On parle aussi dans le même contexte de « *produits livrables* » ou d' « *unités de service* » (Secrétariat du conseil du trésor, 2010).

FACTEURS RÉGULATEURS DU RISQUE DE L'OBÉSITÉ

Facteurs régulateurs du risque de l'obésité : Les facteurs comprennent les normes culturelles, l'environnement bâti, la privation géographique, l'environnement alimentaire local, les dangers psychologiques (stress), l'insécurité économique et les messages publicitaires. Ce sont les composantes dynamiques de systèmes interreliés qui influencent des comportements de risque d'obésité au plan personnel et sur le plan des politiques publiques. La recherche de facteurs régulateurs facilite la considération des environnements social, physique, culturel et économique qui influencent l'obésité (Glass & McAtee, 2006).

FILTRAGE POLITIQUE (critères)

Les critères de filtrage permettent de juger de la faisabilité des interventions qui ciblent la prévention de l'obésité Les critères sont un ensemble de considérations qui font part de

n'importe quel processus d'élaboration de politiques et qui abordent la faisabilité, la durabilité, l'équité, les effets secondaires potentiels et leur acceptabilité pour les parties prenantes. Un critère de coût-bénéfice a été rajouté pour assurer que les interventions fournissent un bon rapport qualité-prix (Signal & al., 2012; Swinburn, Gill & Kumanyika, 2005).

Description des critères de filtrage politiques :

Faisabilité La faisabilité réfère à la facilité d'exécution en considérant des facteurs tels : la disponibilité de salariés formés; la force des organisations, réseaux, systèmes et de leadership impliqué; des programmes pilotes ou de démonstrations préexistantes.

Durabilité La durabilité de l'intervention considère le degré de changement environnemental et structurel, le niveau de soutien politique à l'appui, la probabilité des comportements, des pratiques, des attitudes à s'inscrire dans un processus de normalisation et finalement, le niveau de financement courant nécessaire.

Les effets sur l'équité L'équité veille à la possibilité que l'intervention influencera les inégalités dans la distribution de l'obésité en relation avec : le statut socio-économique, l'ethnicité, le genre, et le lieu géographique.

Les effets secondaires potentiels Les effets secondaires potentiels révèlent le potentiel de l'intervention de résulter en effets secondaires positifs ou négatifs tels : d'autres conséquences sur la santé, la stigmatisation, l'environnement, le capital social, les embouteillages, les dépenses des ménages, d'autres conséquences économiques.

L'acceptabilité par les parties prenantes L'acceptabilité mesure le degré auquel l'intervention est acceptée par les parties prenantes, incluant : les parents et les soignants, les enseignants, les professionnels de la santé, la communauté en général, les responsables politiques, le secteur privé, le gouvernement et les autres bailleurs de fonds.

INDICATEURS

Information permettant d'objectiver une réalité et n'ayant de sens que confrontée à un critère. L'indicateur peut être quantitatif ou qualitatif (Ridde & Dagenais, 2012).

INTÉGRATION VERTICALE ET HORIZONTALE

L'intégration verticale-horizontale fait référence à la combinaison et à la coordination d'efforts de multiples niveaux de systèmes qui se présentent comme intersectoriels avec des mesures structurantes et des composantes de processus. La collaboration intersectorielle est un terme souvent utilisé pour des initiatives intégrées qui ont comme dimensions clés l'intégration verticale et horizontale. Nous utilisons le terme « intégration verticale » dans le sens canadien, ou, par exemple, plusieurs niveaux du gouvernement (municipal, régional, provincial, fédéral) sont obligés de coordonner leurs efforts. Au Canada, l'intégration horizontale a lieu quand, par exemple, le ministère fédéral devient l'agence primaire de plusieurs ministères fédéraux qui travaillent ensemble pour fournir des programmes, des politiques et la recherche dans un domaine d'intérêt *commun et de responsabilisation qui chevauchent leurs ministères*. L'intégration horizontale a pour but d'augmenter la capacité, de maximiser les ressources et de minimiser la reproduction d'efforts (MacLean & al., 2010; McLaren & al., 2004).

INTENSITÉ

L'intensité correspond à l'investissement en temps et en ressources. La présence fréquente et stable d'intervenants auprès de la population cible et la multiplication des actions selon des modalités variées favoriserait l'atteinte des objectifs préventifs et promotionnels visés et renforcerait la confiance et la motivation des participants (Roberge & Choinière, 2009).

INTERVENTION

Toute activité de santé publique ou d'autres acteurs dont l'intention est de prévenir les maladies ou promouvoir la santé, ou de faciliter ou de maintenir des conditions favorables auprès d'un groupe d'individus. Spécifiquement, dans le cadre de cette étude, le terme est situé dans le contexte global de la prévention de l'obésité, incluant notamment les intentions visant la balance énergétique ou les environnements favorables (physiques, économiques, politiques ou sociaux) ou encore les déterminants sociaux de la santé, associés directement ou indirectement aux facteurs régulateurs du risque lié à l'obésité et aux problèmes de poids (Community Prev. Serv. Task Force, 2011; MacLean, Clinton, Edwards, Garrard, Ashley, Hansen-Ketchum & Walsh, 2010).

INTERVENTION MAPPING

Un guide méthodologique, qui, à travers un processus itératif, intègre la théorie, les données empiriques issues de la littérature et les informations collectées auprès des populations visées. Il comprend l'analyse des besoins, les objectifs, la théorie et les méthodes, la séquence et le contenu, l'implantation et l'évaluation (Gagnon, Guillaumie, Godin & Imbault, 2010).

INTERVENTIONS MULTIPLES

Les interventions multiples sont des ensembles de structures d'interventions avec des stratégies inter reliées ciblant au moins deux différents niveaux systémiques (changement individuel, changement organisationnel, changement politique). Ces pratiques adoptent une perspective socioécologique stipulant que la santé est déterminée par des interactions complexes entre le comportement, la génétique, le culturel, le social, l'environnemental, l'économie et les facteurs politiques (MacLean, Clinton, Edwards, Garrard, Ashley, Hansen-Ketchum, & Walsh, 2010).

INTERVENTIONS STRUCTURANTES

Les interventions structurantes ciblent les populations et s'attaquent aux conditions sociales, économiques et politiques. Elles visent souvent l'accessibilité (avoir des lieux pour jouer en sécurité dans son quartier), les caractéristiques d'un produit (moins de sel dans les aliments transformés), les structures sociales (politique de conciliation travail-famille) ou les messages publics (changer la perception que l'obésité est attribuable à un manque de volonté).

INTRANTS

Ressources financières et non financières utilisées pour exécuter des activités, produire des extrants et atteindre des résultats (Secrétariat national du Trésor, 2010)

IPSAPÉ

Dans le cadre de cette étude, IPSAPÉ réfère à toutes les interventions, politiques, stratégies, approches, programmes ou études (incluant les recherches subventionnées, en cours et publiées) en lien avec le mandat et les objectifs de l'étude. Dans cette étude 2012-2014, les É (études) n'ont pas été compilées, ce qui justifie l'utilisation du terme IPSAP.

IPSAP COMMUNAUTAIRE

“*CBI: Community-based intervention*” Un IPSAP est réalisé dans la communauté et par des membres de la communauté (Community Preventative Services Task Force, 2011).

IPSAP DANS LA COMMUNAUTÉ

« *COI: Community-oriented intervention* » Un IPSAP qui vise à améliorer la santé dans des individus et des groupes dans la communauté (point de vue géographique, écoles, églises, organismes, milieux de travail, etc.) (Community Preventative Services Task Force, 2011).

LEAD (cadre)

Le Cadre LEAD (**L**ocate evidence, **E**valuate it, **A**ssemble it, and **I**nform **D**ecisions - pour *Localiser la preuve, Évaluer la preuve, Assembler la preuve et soutenir la prise de Décision éclairée*) pour la prévention de l'obésité (IOM, 2010) a été développé pour guider l'utilisation des évidences dans la prise de décisions en regard de politiques et de programmes et pour guider la génération de nouvelles et pertinentes évidences. Décideurs et chercheurs sont encouragés à peuvent applique le cadre LEAD et son processus pour générer, identifier, évaluer et assembler les évidences.

MACROENVIRONNEMENTS

Les macroenvironnements tendent à être diffus géographiquement et s'apparentent à des secteurs ; ils concernent l'ensemble de la population. Les macroenvironnements influent souvent sur les microenvironnements. Par exemple, le secteur agroalimentaire (macro) détermine l'offre alimentaire dans une école ou un milieu de travail (micro). Une politique de transport nationale (macro) favorisera la mise en place de politiques de transport à l'échelle locale (micro). Alors que le microenvironnement est local, on retrouve les macroenvironnements aux paliers régional, national et international. Exemples : le gouvernement, le secteur industriel, le secteur des services, les médias, les centres de décision pour les infrastructures et les technologies, la commercialisation des aliments, les réseaux de transport, etc. (MSSS & QEF, 2012).

MICROENVIRONNEMENTS

Les microenvironnements regroupent les lieux où les gens vivent et se rencontrent pour des besoins particuliers. Ces lieux, souvent appelés « milieux de vie », sont généralement distincts géographiquement et de petite taille : l'école, le quartier, le milieu de travail, le voisinage, le détaillant alimentaire, le centre sportif du coin, etc. (MSSS & QEF, 2012).

MOBILISATION COMMUNAUTAIRE/RENFORCEMENT COMMUNAUTAIRE

La mobilisation ou l'organisation communautaire correspond à l'action d'une communauté pour résoudre un problème local. Le renforcement des capacités est défini comme le développement de connaissances, d'habiletés, de l'engagement, des structures, des systèmes et du leadership dans le but d'opérer des actions efficaces de promotion de la santé (De Groot, Robertson, Swinburn & Silva-Sanigorski, 2010).

MODÈLE

Ensemble hypothétique de relations entre construits (Bartholomew & Mullen, 2011).

MODÈLES LOGIQUES

Type de modèle explicatif dérivé du champ de l'évaluation. Les modèles logiques sont des représentations graphiques de relations causales hypothétiques ou démontrées, entre des interventions, leurs mécanismes de changements et les issues comportementales, environnementales et de santé (Bartholomew & Mullen, 2011).

PÉRENNISATION

Processus permettant la poursuite d'une intervention, une fois l'assistance financière et technique terminée. Il s'agit d'un processus de routinisation qui aboutit à la pérennité d'une IPSAP (Ridde & Dagenais, 2012; Pluye, 2007).

POLITIQUES PUBLIQUES

Actions prises par le gouvernement dans la poursuite de sa vision du bien collectif. Elles comprennent l'ensemble des solutions initiées par les autorités publiques (Bernier & Clavier, 2011; Lawrence, 2012; IOM, 2012).

POLITIQUES/RÈGLEMENTS SCOLAIRES

Ensemble de mesures adoptées et mises en place par l'école pour soutenir les efforts de promotion de la santé et de prévention (e.g.: politique alimentaire d'une commission scolaire pour soutenir le développement d'un environnement alimentaire sain et l'éducation à la saine alimentation). Sont exclues les lois qui sont obligatoires (Roberge & Choinière, 2009).

POUVOIR

Le pouvoir/influence mesure leur degré de capacité à aider ou à avoir un impact sur les activités du programme.

PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES

Les pratiques cliniques préventives regroupent un ensemble d'interventions efficaces de natures diverses : counseling sur les habitudes de vie, dépistage ou détection de cas de certaines maladies ou facteurs de risque, immunisation et chimioprophylaxie (prescription d'une médication à visée préventive). D'un point de vue populationnel, l'intégration de telles pratiques dans l'intervention des professionnels de la santé doit être encouragée et soutenue en raison des effets qu'elles peuvent avoir sur l'amélioration de l'état de santé de la population (MSSSS, 2008). Green et Kreuter,(1999) théoriciens et praticiens de la promotion de la santé ajoutent à la définition de la promotion de la santé issue de la Charte d'Ottawa (soit de favoriser l'empowerment des

personnes et des collectivités en soutenant la capacité des personnes à prendre des décisions et à exercer un meilleur contrôle sur leur vie et à améliorer la santé et le bien-être des personnes qui composent une collectivité) les combinaisons d'actions planifiées de type éducatif, politique, législatif ou organisationnel appuyant des habitudes de vie et des conditions de vie favorables à la santé des individus, des groupes ou des collectivités. La prévention englobe des activités qui visent avant tout à réduire les facteurs de risque associés aux maladies, aux problèmes psychosociaux et aux traumatismes ainsi qu'à détecter les signes hâtifs des problèmes de santé ou des problèmes psychosociaux. Le soutien aux pratiques cliniques préventives se réalise par la détermination des actions efficaces en la matière ainsi que par la diffusion de lignes directrices ou de guides visant à assurer le maintien ou l'intégration de telles actions dans les services offerts à la population (Lapierre, 2012).

PRÉVENTION COMMUNAUTAIRE DE L'OBÉSITÉ

La prévention communautaire de l'obésité vise à promouvoir un poids santé ou à prévenir une prise de poids malsaine, à favoriser l'action sur les déterminants sociaux associés et à promouvoir les saines habitudes de vie de manière à influencer la balance énergétique, dans la communauté et auprès des populations. La prévention communautaire de l'obésité est inclusive et s'adresse à toute la population, elle vise tous les niveaux de risque et finalement, s'attaque aux conditions qui façonnent les modes de vie et certains facteurs de risque comportementaux. (Allender & al., 2011; IOM, 2012).

PRÉVENTION PRIMAIRE

La prévention primaire veille à prévenir l'apparition de certaines maladies par la réduction des risques, soit en modifiant les comportements ou les expositions qui peuvent entraîner des maladies, soit en améliorant la résistance aux agents infectieux. La prévention primaire réduit l'incidence des maladies en abordant leurs facteurs de risque ou en améliorant la résistance. La prévention primaire cible généralement les causes spécifiques et les facteurs de risque de certaines maladies, mais elle cherche également à promouvoir les comportements sains, à améliorer la résistance des hôtes et à favoriser des environnements sécuritaires qui réduisent le risque de maladie (Association des facultés de médecine du Canada).

PROGRAMME

Le programme correspond à un ensemble cohérent, organisé et structuré d'objectifs, d'activités et de ressources, justifié sur la base des besoins à satisfaire dans une société, un milieu ou une collectivité, et placé sous la responsabilité d'une ou plusieurs personnes (Gauthier, 1984).

PROGRAMME DE SANTÉ

Selon Pineault et Daveluy (1995) un programme de santé est un ensemble de ressources réunies et mises en œuvre pour fournir à une population définie des services organisés de façon cohérente dans le temps et dans l'espace en vue d'atteindre des objectifs déterminés en rapport avec un problème de santé précis.

RE-AIM (cadre)

L'acronyme du cadre RE-AIM (*Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance*) représente cinq composantes d'une structure d'évaluation (*couverture, efficacité, adoption, implantation, maintien*). Il est souvent utilisé dans l'évaluation systématique des interventions visant le changement de comportements de santé. (www.re-aim.org; Glasgow, Lichtenstein & Marcus, 2003; Kumanyika & al., 2010).

RÉALISTE (évaluation)

L'évaluation réaliste permet de statuer sur l'efficacité pour qui et dans quelles circonstances, exploitant différents modèles de bilans mitigés et variés, ce qui se prête particulièrement, à l'appui à la prise de décisions politiques. Favorisant l'émergence de théories de niveaux intermédiaires plutôt que des théories de généralisation, l'évaluation réaliste tient compte des impératifs du terrain et des contraintes quotidiennes d'une implantation contextualisée (Ridde, Robert, Guichard, Blaise & Van Olmen, 2012). Les concepts clés de l'approche réaliste sont :

Mécanisme : Élément de raisonnement de l'acteur face à une intervention. Il est généralement caché, est sensible aux variations de contexte et produit des effets.

Configuration (Contexte-Mécanismes-Résultats) : Outil conceptuel permettant de mettre en relation les éléments du contexte, les mécanismes et les résultats (ou effets) d'une intervention.

Théorie de l'intervention : Ensemble des hypothèses qui expliquent la manière dont l'intervention est censée produire ses effets.

Théorie de moyenne portée ou intermédiaire : Niveau d'abstraction théorique qui permet d'expliquer les tendances et les régularités observées dans les interactions contexte-mécanisme-résultats d'un ensemble d'interventions.

RENFORCEMENT DES CAPACITÉS EN SAINES HABITUDES DE VIE

Le renforcement des capacités est défini par le développement de connaissances, d'habiletés, d'engagement, de structures, de systèmes et de leadership dans la facilitation à la promotion de la santé, spécifiquement la capacité des parties prenantes à appuyer une alimentation saine et l'activité physique des jeunes (De Groot & al., 2010).

RÉSULTATS

Les résultats comprennent les changements ou les différents résultats des extrants du programme. Ils démontrent le « pourquoi » du programme. Les résultats de haut niveau (les résultats ultimes) ne relèvent pas toujours du contrôle d'un programme unique, ils se situent plutôt dans la sphère d'influence. On parle aussi dans le même contexte d' « impacts » (Secrétariat national du Trésor, 2010).

RÉSULTATS IMMÉDIATS

Les résultats immédiats sont directement attribuables aux extrants. En termes d'échéancier, il s'agit de résultats à court terme

RÉSULTATS INTERMÉDIAIRES

Les résultats intermédiaires sont les résultats qui devraient logiquement suivre, une fois qu'au moins un résultat immédiat a été atteint. Le changement peut se manifester au niveau des particuliers, du groupe, d'une organisation ou de la collectivité (Secrétariat national du Trésor, 2010).

RÉSULTATS ULTIMES

Les résultats ultimes se situent au plus haut niveau parmi les résultats pouvant raisonnablement être attribués à une politique, à un programme ou à une initiative selon un lien de causalité. Le résultat ultime est la conséquence d'un ou de plusieurs résultats intermédiaires qui ont été atteints. ; Un résultat ultime contribue souvent à la réalisation des résultats stratégiques de haut niveau (Conseil national du Trésor, 2010).

SANTÉ

Un changement de paradigme s'impose dans notre façon de conceptualiser la santé populationnelle. La santé demeure une ressource et un droit tel que le propose l'OMS. À la lumière des récentes déclarations des Nations Unies et celle sur les déterminants sociaux, il nous apparaît fondamental comme étape préalable de revoir notre conception de la santé. En s'engageant dans la gouvernance globale pour la santé, une définition inclusive du bien-être et de la qualité de vie en contexte de chronicités diverses, précoces et grandissantes s'impose. Inspirée des réflexions récentes sur la définition du concept et des assises de l'OMS, elle reflète la vision de groupes autochtones de l'Australie, du Canada et de la Nouvelle-Zélande pour lesquels la dimension collective est fondamentale à l'équilibre personnel « *La santé reflète un processus dynamique personnel, social, spirituel, émotionnel et collectif, d'adaptabilité, de capacité à résister aux épreuves, de vitalité et d'épanouissement. La santé est un droit fondamental et une ressource pour accomplir les activités quotidiennes avec plaisir et énergie. La santé est associée aux facteurs clés nommément, les déterminants sociaux et environnementaux de la santé* » (Lapierre, Ndengeyingoma & Boucher, 2012).

La conception de la santé adoptée dans le cadre de cette étude dépasse la définition de la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Cette définition est celle du préambule de 1946 à la Constitution de l'organisation mondiale de la santé (OMS). Cette définition de l'OMS n'a pas été modifiée depuis 1946. Elle implique que tous les besoins fondamentaux de la personne soient satisfaits, qu'ils soient affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels et du stade de l'embryon, voire des gamètes à celui de la personne âgée.

SCIENCE DES SYSTÈMES

La science des systèmes offre une vision systémique vise à créer un environnement promoteur de santé par la création de politiques et d'initiatives telles que la taxation, les plans d'urbanisation, les loisirs, le marketing et l'accès à des choix santé facilités au lieu de mettre l'emphase sur les changements individuels de mode de vie. La santé de la population pose comme prémisses de départ que les individus, les groupes et les collectivités n'occupent pas qu'un milieu, leurs parcours de vie en traversent plusieurs simultanément. La vision systémique nous rappelle que les interventions structurantes et intersectorielles sont fondamentales, car elles créent l'appui nécessaire à une action directe en dépit du fait que la preuve de la rentabilité n'est pas présente.

Les stratégies systémiques incluent les interventions qui combinent des initiatives directes (qui influent la balance énergétique), des actions structurantes (qui éduquent et facilitent le changement, et influent indirectement la balance énergétique), ainsi que les « amplificateurs » (qui concernent les normes sociales et les autres contextes). Tandis que les interventions directes sont soumises aux analyses de rentabilité, la meilleure pratique de la santé publique nécessite elle, une combinaison de ces trois types d'intervention (Finkelstein & Trogdon, 2008; Gortmaker & al., 2012). On rapporte aussi qu'elle comprend l'étude des interrelations dynamiques des variables au sein de multiples niveaux d'analyses (des cellules aux sociétés) de façon simultanée (souvent par des processus de rétroactions), en même temps que l'étude des impacts sur le comportement du système comme un tout dans le temps (OBSSRNIH, 2012).

STRATÉGIE

La stratégie est l'art de diriger et de coordonner des actions pour atteindre un objectif. La stratégie cible un objectif global et à long terme.

SYNERGIE

La synergie est l'interaction entre deux IPSAP ou plus de sorte à créer une combinaison d'effets plus grande que la somme des effets individuels (Edwards, MacLean, Estable & Meyer, 2006).

SYSTÈME COMPLEXE

Un système complexe met en jeu des relations non linéaires et possède une série de propriétés qui le distinguent d'un système simple ou compliqué. Ces propriétés sont synthétisées par Burton (2002). Constitué de multiples éléments, un système complexe ne peut être compris qu'en observant l'interaction très riche entre ces éléments, la seule compréhension de chacun d'entre eux n'est pas suffisante. L'interaction entre les éléments est non prédictible. Les systèmes complexes ont une histoire, ils procèdent des conditions initiales de leur émergence. Les systèmes complexes interagissent avec leur environnement qu'ils influencent à leur tour. Les effets d'une intervention extérieure au système sur le système seront amortis par les interactions qu'elle génère à l'intérieur du système. Les interactions entre les éléments d'un système complexe ne sont pas linéaires, de sorte que le résultat d'une quelconque action dépend de l'état des autres éléments au moment de l'action ainsi que de l'importance de l'action. Une intervention minimale peut avoir de très grands effets et vice versa. Un changement dans un élément du système (souvent d'ailleurs un sous-système) se répercute dans d'autres éléments du système, y compris d'éventuels feed-backs positifs ou négatifs sur ce changement même. Les interactions génèrent de nouvelles propriétés du système, dites propriétés émergentes, qui lui sont propres et qui ne peuvent être expliquées par l'étude isolée des éléments du système, quelle qu'en soit la minutie. Dans les systèmes complexes, ces comportements émergents ne sont pas prédictibles. On peut cependant observer des régularités. Les systèmes complexes sont des systèmes ouverts. Le chercheur qui les observe fait lui-même partie du système.

THÉORIE

Explication cohérente d'un ensemble de relations causales entre construits (Bartholomew & Mullen, 2011).

THÉORIE D'UN PROGRAMME

Structure logique des idées et des raisonnements sur lesquels repose le programme. Cette théorie peut se décomposer en segments éléments constitués de relations supposées entre des mesures d'incitation et le comportement des personnes ou des collectivités qui en bénéficient (Bartholomew & Mullen, 2011; Perret, 2012).

TRANSFERT

Jugement à propos de l'IPSAP permettant d'anticiper qu'elle pourrait être implantée avec succès auprès d'autres populations ou milieux (Community Preventative Services Task Force, 2011).

TRANSFÉRABILITÉ

Mesure selon laquelle l'efficacité perçue ou mesurée d'une IPSAP pourrait être reproduite dans un autre milieu, incluant le processus d'implantation (aux fins de notre étude) (Wang, Moss & Hiller, 2006; Cambon, Minary, Ridde & Alla, 2012)

Annexe P
L’approbation éthique

Québec, le 18 septembre 2013

Madame Judith Lapierre
Hôpital Laval
2725, chemin Ste-Foy, local Y-4275
Québec (Québec) G1V 4G5

Objet : Projet de recherche intitulé : Portrait et analyse critique des IPSAPE (Interventions, politiques publiques, stratégies, approches, programmes et études) québécois en prévention de l’obésité chez les jeunes (0-18 ans)
(Numéro d’approbation : 2013-065 A-1 / 18-09-2013)

Madame,

Le Comité d’éthique de la recherche en sciences de la santé a pris connaissance de votre demande d’amendement au projet cité en objet et vous remercie pour les précisions et les documents fournis. Il comprend que cet amendement consiste à recruter de nouveaux types de répondants, à leur administrer un sondage et à réaliser une entrevue semi-dirigée.

Après étude, il considère que cet amendement respecte les principes éthiques de la recherche avec des êtres humains. Par conséquent, le Comité **approuve l’amendement** de ce projet **jusqu’au 1^{er} juillet 2014**, comme mentionné lors de l’approbation initiale.

Mesure de suivi associée à l’émission de l’approbation du présent amendement :

1. Le Comité comprend que l’entrevue prévue après le sondage en ligne visera à approfondir certains éléments de ce sondage et à mettre en valeur certaines pratiques évaluatives issues des acteurs. Il vous invite à lui transmettre le guide d’entrevue qui sera utilisé à cet effet;
2. Retourner la version finale, qui doit être identique à celle approuvée par cette lettre, du formulaire de consentement et le texte du recrutement, chacun mentionnant nommément que le projet a été **approuvé par le Comité d’éthique de la recherche de l’Université Laval** et le numéro d’approbation (**2013-065 A-1 / 18-09-2013**), afin qu’ils soient déposés à votre dossier, à défaut de quoi le projet pourrait sembler ne pas avoir été approuvé par le Comité. Il est à noter qu’aucune autre modification ne peut dorénavant être apportée à ces documents, sauf si le projet doit être modifié en cours de réalisation. Le cas échéant, cette modification devra faire l’objet d’une demande d’amendement, préalablement à son application.

Au nom du Comité, je vous remercie d’avoir soumis votre demande d’approbation d’amendement à son attention. Je vous souhaite le plus grand succès dans la poursuite de vos travaux de recherche et je vous prie d’accepter, Madame, mes salutations distinguées.

Mahmoud Rouabhia, président
Comité d’éthique de la recherche en sciences de la santé

APPROBATION DE L'ÉTHIQUE

Projet de recherche impliquant des êtres humains ou
la consultation de renseignements personnels

Ce projet de recherche a été examiné en conformité avec les
Modalités de gestion de l'éthique de la recherche sur des êtres humains de l'Université Laval,
par le **Comité sectoriel d'éthique de la recherche en sciences de la santé**

Projet intitulé : *Portrait et analyse critique des IPSAPE
(Interventions, politiques publiques, stratégies,
approches, programmes et études) québécois en
prévention de l'obésité chez les jeunes (0-18 ans)*

Nom du chercheur : Madame Judith Lapierre

**Numéro
d'approbation :** 2013-065 / 03-06-2013

Date de décision : 3 juin 2013

**Date d'expiration
de l'approbation :** 1^{er} juillet 2014

Après examen des informations et des documents qui lui ont été transmis, le Comité a constaté que ce projet respecte les principes d'éthique de la recherche avec des êtres humains. Il prend acte de la confirmation écrite de la chercheure à l'effet qu'elle a pris connaissance des mesures de suivi¹ associées à l'émission de l'approbation éthique de son projet et qu'elle accepte de les appliquer. Par conséquent, le Comité approuve ce projet pour un an.

Mahmoud Rouabhia, président

Date

Comité d'éthique de la recherche en sciences de la santé

¹ Rappel des mesures de suivi au verso

MESURES DE SUIVI ASSOCIÉES À L'APPROBATION ÉTHIQUE

Pour le projet intitulé : **Portrait et analyse critique des IPSAPE (Interventions, politiques publiques, stratégies, approches, programmes et études) québécois en prévention de l'obésité chez les jeunes (0-18 ans) (numéro de dossier : 2013-065)**

3. Informer le Comité par écrit et dans les meilleurs délais (indépendamment du calendrier de ses réunions statutaires) des situations suivantes si elles se présentent :
 - de **toute modification au projet**, comme il a été approuvé en ce jour, qui comporterait des changements dans le choix des participants, dans le recrutement, dans la manière d'obtenir leur consentement, de réaliser la collecte des données ou encore, dans les risques ou inconvénients encourus par la participation, et ce, préalablement à l'application de ce changement (modèle de lettre de demande d'amendement disponible sur le site Internet des CÉRUL);
 - de **toute modification** qui serait apportée à un **instrument utilisé pour le recrutement** (annonces, affiches, etc.), pour confirmer le **consentement** (formulaire de consentement, feuillet d'information, etc.) ou pour effectuer la **collecte** des données (questionnaire, grille d'entrevue, etc.) en fournissant la nouvelle version du document concerné, où les modifications auront été mises en évidence, préalablement à son utilisation;
 - de **tout événement imprévu et sérieux** (ex. : détresse psychologique d'un participant, menace proférée à l'égard d'une personne, effets secondaires ou imprévus ou indésirables d'un produit, d'un médicament ou d'un test, etc.) qui surviendrait dans le déroulement d'une activité du présent projet et qui impliquerait un participant, en complétant le formulaire VRR-EI disponible sur le site Internet des CÉRUL;
 - de **l'interruption prématurée de ce projet de recherche** pour une raison quelconque, qu'il soit financé ou non, y compris en raison de la suspension ou de l'annulation de l'approbation d'un organisme subventionnaire.
4. Tant que le projet ne sera pas terminé, et non seulement le recrutement, présenter annuellement une **demande de renouvellement** de l'approbation, en fournissant un rapport sur le déroulement de la recherche, le nombre de participants recrutés et, le cas échéant, sur les difficultés rencontrées en cours de réalisation, à l'aide du formulaire VRR-107 qui doit être transmis au Comité dans un délai de 2 à 3 semaines avant la date de fin de l'approbation.