

Deux cas traceurs pour évaluer la mise en œuvre du Programme national de santé publique du Québec

LA PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ ET DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

Vice-présidence à la valorisation scientifique et aux communications

Mars 2016

AUTEURE

Monique Imbleau, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

SOUS LA COORDINATION DE

Josée Morisset, chef d'unité scientifique, Vice-présidence à la valorisation scientifique et aux communications, Institut national de santé publique du Québec

AVEC LE PRÉCIEUX CONCOURS DE

Émilie Dionne, ministère de la Santé et des Services sociaux

Edith Guilbert, Institut national de santé publique du Québec

Pierre Joubert, consultant

Julie Lane, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - CHUS

Lyne Mongeau, ministère de la Santé et des Services sociaux

ET LA COLLABORATION DE

Marie Demers, consultante

Andrée Laberge, consultante

Marc Lemire, Institut national de santé publique du Québec

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier tout particulièrement les participants aux Collectifs d'évaluation sur la prévention des ITSS et de l'obésité pour leur contribution significative à l'enrichissement des cas traceurs. La liste des participants se trouve à l'annexe 2 du document.

RÉVISION ET MISE EN PAGE

Denise Verville, Direction générale, Institut national de santé publique du Québec

Marie-Christine Gagnon

Hélène Fillion

Vice-présidence à la valorisation scientifique et aux communications, Institut national de santé publique du Québec

Ce projet a été réalisé avec l'appui financier de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux.

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

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

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

DÉPÔT LÉGAL – 2^e TRIMESTRE 2016
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-75325-4 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2016)

Table des matières

Liste des sigles et acronymes	III
Messages clés.....	1
Résumé	3
Introduction	9
1 La problématique de mise en œuvre du Programme national de santé publique	11
1.1 Le contexte	11
1.2 Le dispositif.....	12
1.3 Les défis.....	13
2 La démarche méthodologique	15
2.1 L'approche par cas traceurs.....	15
2.1.1 Le choix des cas	15
2.1.2 Les caractéristiques des cas	15
2.2 Les sources d'information	18
2.2.1 Les rapports d'évaluation et de recherche.....	18
2.2.2 Les collectifs d'évaluation.....	18
2.3 Le cadre d'analyse.....	19
2.4 Les étapes.....	20
2.5 Les limites de la démarche	20
3 Les constats selon chaque cas traceur.....	23
3.1 La prévention des ITSS.....	23
3.1.1 La place des ITSS dans le système de santé et les rapports entre les acteurs	23
3.1.2 La capacité de joindre les populations vulnérables	25
3.2 La prévention de l'obésité	28
3.2.1 La mobilisation intersectorielle	28
3.2.2 La coordination	30
4 Les pistes d'amélioration relatives à la mise en œuvre du Programme national de santé publique (PNSP)	33
4.1 Intégrer davantage les efforts de prévention.....	33
4.1.1 Renforcer la priorisation et la cohérence dans le secteur de la santé publique	33
4.1.2 Développer davantage des rapports transversaux dans le système de santé et des services sociaux (SSSS)	34
4.1.3 Nourrir les interfaces avec les autres secteurs d'activités extérieurs au système de santé et de services sociaux.....	36
4.2 Transformer certaines pratiques.....	36
4.2.1 Adapter les pratiques aux contextes d'action	37
4.2.2 Consentir des efforts à plusieurs niveaux pour actualiser des collaborations intersectorielles	37
4.2.3 Puiser à même les pratiques en émergence	38
Conclusion.....	41
Bibliographie	43
Annexe 1 Description des études primaires.....	49
Annexe 2 Liste des participants aux deux rencontres.....	55

Liste des sigles et acronymes

ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DRSP	Direction régionale de santé publique
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et des Sports
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAG	Plan d'action gouvernemental
PAL	Plan d'action local
PAR	Plan d'action régional
PNSP	Programme national de santé publique
SHV	Saines habitudes de vie
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang
SSSS	Système de santé et des services sociaux
TIR	Table intersectorielle régionale
UDI	Utilisateur de drogues par injection
VHC	Virus de l'hépatite C

Messages clés

Ce rapport d'évaluation vise à comprendre certaines conditions de mise en œuvre du Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP) du Québec à travers des cas traceurs permettant d'observer le fonctionnement du système de santé publique. Il s'adresse aux acteurs de santé publique, plus particulièrement aux décideurs, gestionnaires et professionnels qui exercent un rôle dans la planification, l'organisation et l'évaluation des services dans le système de santé et des services sociaux.

Deux cas traceurs - la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et la prévention de l'obésité –, une métasynthèse de 27 études primaires qualitatives et le recours à deux collectifs d'évaluation caractérisent la démarche. Le fil conducteur de l'analyse est l'intégration des efforts de prévention dans le système de santé et de services sociaux (SSSS) et à l'extérieur. Cette analyse fait ressortir les aspects suivants :

- dans le secteur de la santé publique, la diversité et la fragmentation des approches, la multiplicité d'activités de santé publique, des redevances de comptes exigeantes, des relations insuffisantes entre le local et le régional ainsi qu'une circulation d'information partielle entre les paliers mettent à rude épreuve la cohérence des efforts en prévention sur le terrain. Le resserrement des liens verticaux entre les paliers, l'arrimage des politiques et des plans d'action, la prise en compte des capacités du terrain et l'identification de cibles d'action constituent des pistes d'amélioration;
- dans le système de santé et de services sociaux, le développement des rapports transversaux repose aussi sur la consolidation des liens verticaux et la convergence des éléments structurants. Il passe également par la mise en valeur de la place de la prévention dans les CSSS, son positionnement dans les services, la levée des embûches et la mobilisation des acteurs des services de 1^{re}, 2^e et 3^e lignes dans le cadre d'une responsabilité populationnelle;
- dans les autres secteurs d'activités extérieurs au système de santé et de services sociaux, un plan d'action gouvernemental ainsi que l'exercice d'un leadership partagé contribuent à une synergie avec ces acteurs externes si les acteurs de santé publique s'imprègnent davantage des réalités de leurs partenaires. L'attention doit être accordée à nourrir les interfaces.

Une meilleure intégration des efforts de prévention exige la transformation de certaines pratiques pour mobiliser les acteurs et joindre les populations. L'analyse met en relief les conditions suivantes :

- adapter les pratiques aux contextes d'action est essentiel. À défaut d'un modèle unique d'intervention, des règles minimales et/ou essentielles peuvent contribuer à assurer une cohérence et une priorité d'action;
- consentir des efforts à plusieurs niveaux. Des collaborations intersectorielles fructueuses impliquent des efforts conceptuel (cadres de références, etc.), structurel (ressources, etc.), opérationnel (répartition des tâches) et relationnel (rencontres d'information) ainsi que des changements dans les rapports avec les partenaires et les modes de gestion;
- puiser à même les pratiques en émergence et bien activer les leviers disponibles tels que l'élaboration d'une vision commune, l'exercice de leadership et de nouveaux rôles, le développement de compétences appropriées, la circulation de l'information ainsi que le développement et le transfert des connaissances, peuvent améliorer la mise en œuvre du PNSP.

Des enjeux de coordination et de cohérence demeurent. La mise en œuvre du PNSP passe d'abord par le secteur de la santé publique dans un mouvement de convergence des efforts de prévention afin d'atteindre les objectifs de santé publique.

Résumé

Problématique

La mise en œuvre du Programme national de santé publique (PNSP) 2003-2012 n'est pas acquise, malgré un consensus pour renforcer la prévention dans le système de santé et de services sociaux (SSSS), de solides connaissances pour l'intervention en amont des problèmes de santé, des leviers tels que la Loi sur la santé publique et un dispositif passablement élaboré (PNSP, PAR et PAL, tables de concertation nationale, etc.) visant la priorisation et la cohérence des efforts de prévention. Deux cas traceurs, la prévention des ITSS et de l'obésité, alimentés par 27 études primaires qualitatives et le concours de deux collectifs d'évaluation permettent d'examiner la mise en œuvre, d'en faire une analyse compréhensive et de dégager des pistes d'amélioration.

Pistes d'amélioration

1) INTÉGRER DAVANTAGE LES EFFORTS DE PRÉVENTION

Renforcer la priorisation et la cohérence dans le secteur de la santé publique

La priorisation et la cohérence sont susceptibles d'être renforcées par un lien plus serré en termes d'orientations, d'activités, de relations et de communication entre les paliers avec une considération plus grande pour les réalités terrain de mise en œuvre. Les cas traceurs laissent voir des ratés dans le rattachement vertical des paliers et dans la circulation de l'information, faute de stratégies et de mécanismes. Il faut plus qu'un PNSP, des PAR et des PAL. L'arrimage des programmes, des politiques et des plans d'action avec le PNSP est nécessaire sur le plan national. L'intégration de ces orientations autour d'une même population est souhaitée sur le terrain. Les relations entre les acteurs du régional et du local nécessitent des ajustements et un renforcement.

Développer davantage des rapports transversaux dans le système de santé et de services sociaux

Les cas traceurs démontrent que la place de la prévention est à conquérir. Le positionnement des services de prévention dans l'organisation, l'influence exercée par les acteurs et la capacité de surmonter des embûches, de décloisonner les services et de mobiliser les acteurs sont en jeu quand il faut intégrer la prévention dans les services de 1^{re}, 2^e et 3^e lignes. La consolidation des services de prévention passe par des acteurs de santé publique moins isolés et plus à même d'agir sur leur environnement. La fracture entre le social et le médical, les failles dans le réseautage et les relations ardues entre les ressources du CSSS et les autres ressources de 1^{re} ligne et spécialisées nuisent à la trajectoire des patients dans le système de santé.

Nourrir les interfaces avec les autres secteurs d'activités extérieurs au système de santé et de services sociaux

S'il y a un mérite indéniable à disposer d'un plan d'action intersectoriel gouvernemental, il n'exempte pas les acteurs de santé publique de se déplacer davantage vers leurs partenaires pour s'inscrire dans leur réalité et exercer un leadership partagé. Des leviers plus fermes pour agir auprès des industries et des stratégies en faveur de la mobilisation citoyenne constitueraient des avancées.

2) TRANSFORMER CERTAINES PRATIQUES

Adapter les pratiques aux contextes d'action

Les contextes d'action varient notamment en fonction des problèmes, des populations vulnérables, des ressources et des caractéristiques des territoires. Roulement de personnel élevé, incertitudes sur les stratégies et les moyens efficaces pour joindre les populations vulnérables, pluralité d'approches d'interventions et résistances sont des réalités avec lesquelles les acteurs doivent composer. Un modèle unique ne peut satisfaire cette variabilité. L'adaptation des pratiques requiert non seulement la prise en compte des contextes, mais aussi des populations vulnérables sans quoi l'intervention pourrait contribuer à accroître l'écart de santé entre la population en général et les populations vulnérables. Les appuis à l'expérimentation ou à l'innovation sont des avenues prometteuses.

Consentir des efforts à plusieurs niveaux pour actualiser des collaborations intersectorielles

L'amélioration de la collaboration avec les organismes communautaires passe par une reconnaissance tangible de leur expertise, la prise en compte de leur approche, le rééquilibrage des rapports entre les deux parties et un financement plus adapté. Cette collaboration avec les ministères et les organismes se conçoit dans un mode de gestion plus souple permettant des initiatives pangouvernementales et une reddition de comptes en conséquence. Celle avec les milieux municipaux se traduit par la capacité d'aller au-delà des logiques d'action propres à chaque secteur et de coconstruire une planification plus adaptée. Enfin, celle avec les milieux scolaires dépend d'un ancrage plus explicite et de règles plus claires au sujet de l'éducation à la sexualité.

Puier à même les pratiques en émergence

La collaboration intersectorielle est un révélateur des leviers à bien orienter et actionner. L'élaboration d'une vision commune suppose d'aller au-delà des divergences de missions, de mandats, de cultures, de langages et de modes de fonctionnement des différents secteurs. Les processus de concertation gagnent à être rationalisés, simplifiés pour éviter leur multiplication, la duplication des efforts et l'essoufflement des acteurs. L'exercice du leadership par les acteurs de santé publique et des rôles de soutien, de facilitation ou d'animation de processus en phase avec des projets mérite d'être stimulé. Le développement des compétences et des connaissances, l'utilisation de stratégies interactives en transfert des connaissances et l'addition d'expertises (contenu, processus, connaissances des milieux) acquièrent de la pertinence en s'arrimant aux besoins du terrain, aux projets stratégiques des organisations et à l'évolution de l'action de santé publique. Enfin, il y aurait lieu de se pencher sur les mécanismes de circulation de l'information du national au local et d'un secteur à l'autre, question de convergence et de cohérence de l'action de santé publique.

Contexte

Ces pistes d'amélioration se tracent dans un contexte en changement. Changements récents de structures dans le SSSS, changements démographiques et épidémiologiques, développement des technologies et des connaissances, pressions de l'externe pour fournir une réponse adaptée aux besoins de la population s'exercent surtout sur le curatif. La dernière réorganisation du réseau de la santé (2004) vise à améliorer l'intégration de la prévention et des soins et services ainsi qu'à implanter une approche de santé populationnelle pour une plus grande efficacité du SSSS. Le PNSP participe à cette transformation. S'il précise le champ de la santé publique et l'offre de service, il expose aussi des changements souhaités dans les pratiques (p. ex. : des actions transversales et intersectorielles, le décloisonnement des secteurs d'activités).

Dans les faits, la mise en œuvre du PNSP repose sur des liens divers entre acteurs, savoirs et ressources ainsi que sur des dynamiques intra et interorganisationnelles, d'alignement, de négociation et d'engagement qui mènent à des actions concrètes améliorant la santé de la population. Les trois paliers du SSSS et les autres secteurs d'activités concernés par la prévention sont impliqués. Des défis importants se posent en matière de mise en œuvre afin de mobiliser les acteurs, les ressources et les savoirs pour accroître leurs capacités, de garder le cap vers les changements souhaités et d'éviter la dispersion et la dilution des efforts de prévention.

Principaux constats

Les pistes d'amélioration découlent de l'analyse transversale des construits des deux cas traceurs.

EN PRÉVENTION DES ITSS

La place de la prévention des ITSS serait peu importante dans les agences en dépit des crédits ITSS transmis. Priorisés aux paliers national et régionaux, les services de dépistage et de prévention des ITSS présenteraient au palier local une offre de service limitée, sinon absente, et des ressources dédiées, généralement très restreintes. Le dossier de la prévention des ITSS serait peu ou pas intégré dans la mission d'ensemble du CSSS, plutôt cloisonné à l'approche protection et porté presque exclusivement par les acteurs de santé publique. Une fracture subsisterait entre le secteur social et celui de la santé limitant les références entre les deux secteurs.

L'intégration de la prévention des ITSS et des soins et services de 1^{re}, 2^e, et 3^e lignes se ferait difficilement. Une série d'embûches se dresserait à l'intégration des pratiques cliniques préventives : notamment les guides de pratique peu adaptés, les difficultés d'accès à un médecin ou un laboratoire. L'accès aux soins et services serait difficile pour les populations vulnérables aux ITSS dont les besoins sont peu exprimés. Les relations entre les ressources ITSS et les ressources de 1^{re} ligne et spécialisées ne seraient pas bien établies, ce qui risque de compromettre les corridors de services. L'intégration des interventions en ITSS dans les CSSS et dans les soins et services demeurerait un défi pour beaucoup d'acteurs, même pour les plus convaincus.

La capacité de joindre les populations vulnérables dépendrait de l'adaptation des actions selon l'ampleur des problématiques de santé et sociales, le volume des personnes vulnérables aux ITSS, les ressources disponibles et les caractéristiques des territoires. D'autres considérations seraient en jeu : des tensions entre des philosophies d'intervention sur le terrain, des incertitudes sur les stratégies et moyens efficaces de prévention auprès de ces populations, la sous-estimation du temps et des efforts requis pour le dépistage hors les murs et le peu de place laissé à l'expérimentation d'approches et de pratiques innovantes.

En matière de collaborations intersectorielles, les relations entre la santé publique et les organismes communautaires seraient fragiles. Divers aspects seraient à considérer : des relations reposant surtout sur des individus soumis au roulement de personnel, une structure de financement des organismes communautaires peu propice à des projets concertés, l'ambiguïté dans le partage des rôles entre les parties, le manque de reconnaissance de leur expertise et de considération comme partenaire à part égale. Quant aux collaborations intersectorielles en ITSS, elles se noueraient au gré des besoins et de l'initiative de professionnels convaincus, sans chef d'orchestre ni vision d'ensemble. Les relations entre la santé publique, les municipalités et la sécurité publique ne permettraient pas à chacune des parties de sortir de leur logique d'action respective. L'absence de règles claires en matière d'éducation à la sexualité ne favoriserait pas l'articulation d'ensemble et la

convergence des finalités des interventions dans les relations entre les réseaux de l'éducation et de la santé en la matière.

EN PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ

La mobilisation intersectorielle promue par le 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), dotée de structures de concertation nationales favoriserait le développement de synergies et d'une vision cohérente et intégrée. Toutefois, il serait difficile de partager une vision avec les partenaires, que ce soit en raison de l'insuffisance de temps d'appropriation du PAG, des façons de concevoir, de dire et de faire trop centrées sur la santé publique et moins ouvertes aux réalités des partenaires ou des perceptions des partenaires. La prévention de l'obésité n'apparaîtrait pas comme une priorité pour les ministères et les organismes concernés. La mise en œuvre du PAG se heurterait à la logique de fonctionnement en silo de l'appareil public, à la culture organisationnelle peu propice au travail en partenariat et à la gestion horizontale ainsi qu'à une reddition de comptes lourde, en manque d'indicateurs pour les actions en promotion de la santé.

La mobilisation des partenaires ferait face à plusieurs barrières : le degré élevé d'implication demandée, la démarche de planification de la santé publique trop détaillée augmentant ainsi les contraintes, les activités de mobilisation plus ou moins efficaces, le manque de mesures incitatives, l'indisponibilité des partenaires et un contexte organisationnel inopportun. La mobilisation des citoyens, des groupes d'intérêts et des leaders d'opinion serait souvent négligée comme force potentielle d'influence visant l'engagement des autorités à l'égard de la prévention de l'obésité et sa mise à l'ordre du jour politique et administratif. Les stratégies de communication pour y parvenir seraient sous-utilisées.

La coordination du PAG représenterait un réel défi étant donné la multitude d'acteurs à mobiliser et l'ampleur des actions à réaliser qui pourraient dépasser les capacités des différents paliers et secteurs concernés. Le mode de gouvernance à caractère normatif du PAG, la prise de décisions centralisée au palier supérieur, le leadership peu partagé avec les partenaires et le suivi d'implantation tendraient à positionner les acteurs des paliers inférieurs et des autres secteurs dans un rôle d'exécutant. Sur le plan régional, l'arrimage avec les autres stratégies de soutien à l'action intersectorielle déjà en place et avec les différents lieux actifs de concertation serait en partie négligé par les tables intersectorielles régionales en saines habitudes de vie. La gestion des dynamiques intersectorielles, exigeantes en termes de temps consacré et de multiplication de mécanismes, serait incontournable pour éviter la duplication des efforts et l'hyperconcertation. Les rôles et responsabilités entre les acteurs dans une perspective de complémentarité seraient mal compris. L'innovation, plutôt restreinte dans les milieux, se concevrait surtout par addition plutôt que réaménagement de tâches. La reddition de comptes pour les multiples plans d'action gouvernementaux se gèrerait par empilage plutôt qu'intégration.

La continuité des efforts de prévention serait compromise en raison du manque d'arrimage des orientations (politiques, plans d'actions, etc.) en santé publique et dans les autres sphères d'activités en matière de promotion des saines habitudes de vie, du peu d'intégration des actions dans les PAR et les PAL, des relations partielles entre les paliers régionaux et locaux et de la circulation difficile de l'information du national au local et d'un secteur à l'autre. Le travail d'adaptation des actions aux besoins et caractéristiques des milieux serait souvent escamoté, faute d'un portrait d'ensemble des actions sur le terrain et d'accès à des données probantes. Des capacités et compétences plus polyvalentes seraient requises de la part des acteurs de santé publique, recrutés à partir d'une formation disciplinaire spécialisée, pour soutenir l'action intersectorielle fructueuse en prévention.

En conclusion, les métasynthèses des résultats des études primaires et des collectifs d'évaluation ne couvrent pas tous les aspects de la mise en œuvre du PNSP, mais vise à mieux comprendre certaines conditions de réalisation d'interventions conformes aux objectifs du PNSP 2003-2012, à identifier certaines conditions pour soutenir plus efficacement les interventions et, par ricochet, la mise en œuvre du nouveau PNSP 2015-2025. La présente analyse fournit des renseignements utiles pour poursuivre la réflexion et l'action afin de mieux soutenir la mise en œuvre du PNSP 2015-2025 comme vecteur d'évolution.

Introduction

L'évolution de la prévention et de la santé publique au Québec est marquée, dans la dernière décennie, par l'introduction de nouveaux leviers[30] pour considérer la prévention comme priorité d'action dans le système de santé et de services sociaux (SSSS). La Loi sur la santé publique en 2001 est un important levier ainsi que son prolongement : le Programme national de santé publique (PNSP) en 2003[31] et sa mise à jour en 2008[32].

Document de référence, outil structurant, le PNSP 2003-2012 favorise la cohérence des pratiques en santé publique et l'évolution des pratiques en fonction des besoins du contexte. Toutefois, pour qu'il soit un réel levier, le PNSP dépend d'un ensemble d'acteurs, de savoirs et de ressources qui le portent, de processus et d'interactions qui l'animent et de finalités qui donnent un sens aux interventions préconisées. Le PNSP est un véritable système¹ d'actions organisées dans un temps et un contexte donnés qui emprunte diverses formes sociales comme le partenariat.

En vue de la révision du PNSP, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) un mandat de soutien à l'évaluation du PNSP et à l'évolution des pratiques de santé publique. Ce mandat se traduit par la mobilisation et l'intégration d'une diversité de connaissances tant scientifiques qu'expérientielles, explicites ou tacites, pour mieux comprendre les enjeux de mise en œuvre du PNSP 2003-2012 et fournir des pistes d'amélioration. Un premier axe du mandat de soutien s'attache au contexte sociohistorique[58] qui a présidé aux choix dans le PNSP 2003-2012. Un deuxième axe porte sur des cas traceurs dont le présent document fait état. Plus particulièrement, il éclaire la mise en œuvre du PNSP à partir d'une intégration de connaissances relatives à deux cas traceurs : la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et la prévention de l'obésité.

Sous cet angle, le PNSP 2003-2012 est examiné en tant que système d'actions complexe² par nature[33]. La stratégie d'évaluation, en soutien à la mise en œuvre du PNSP, vise à accroître les connaissances sur cet aspect et à mieux en comprendre les enjeux dans le SSSS et dans les autres secteurs d'activités influents sur la santé et le bien-être. Elle vise aussi à fournir une contribution à la construction d'une vision partagée de ce qui doit être accompli.

Le présent document s'adresse aux décideurs, experts et professionnels qui définissent les orientations du PNSP, ainsi qu'à toute personne intéressée par la mise en œuvre du PNSP. Il traite à grands traits de la problématique de mise en œuvre du PNSP, décrit la démarche méthodologique empruntée, s'attache aux constats selon chaque cas traceur et fait ressortir les pistes d'amélioration relatives à la mise en œuvre du PNSP et à l'évolution de l'action de santé publique.

1 « Dans son sens le plus large, un système est un groupe d'éléments ou de composantes qui existent et fonctionnent en tant qu'ensemble grâce à leurs interactions », inspiré de O'Connor, J et MC Dermott (1997) et cité dans Roy et autres (2010)[33], p. 36.

2 « La complexité est une propriété qui survient dans un contexte de systèmes, c'est-à-dire lorsque plusieurs phénomènes ou composantes sont en interaction et s'influencent mutuellement. La complexité est caractérisée par une imprévisibilité qui lui est intrinsèque et qui ne peut être éliminée, même si l'on augmente notre niveau de connaissances »[33], p. 36.

1 La problématique de mise en œuvre du Programme national de santé publique

1.1 Le contexte

Le contexte général de mise en œuvre du PNSP 2003-2012 est caractérisé par un SSSS qui subit des pressions constantes pour fournir une réponse adaptée aux besoins de la population, considérant les changements démographiques et épidémiologiques ainsi que le développement des technologies et des connaissances. Le vieillissement de la population québécoise, l'augmentation des maladies dites de civilisation comme les maladies vasculaires et des épidémies dites sociales comme la violence et le suicide, rendent les demandes en matière de services sociaux et de santé plus nombreuses, plus hétérogènes et plus complexes[33]. Les nouveaux médicaments, les équipements diagnostiques, les technologies de l'information ou les télécommunications plus développées augmentent les possibilités d'intervention pour soigner les personnes, mais diversifient l'offre de service jusqu'à la spécialiser et la fragmenter, et ce, dans un contexte de ressources limitées[33]. Par ailleurs, de nouvelles connaissances sur les déterminants sociaux de la santé mettent en lumière l'importance d'agir en amont des problèmes de santé afin d'améliorer l'état de santé de la population, de hausser la qualité de vie et d'atténuer les pressions sur le système de soins. Si l'idée de renforcer la prévention dans le SSSS et dans les autres secteurs d'activités repose sur un large consensus[32], les pressions du contexte s'exercent surtout sur le curatif.

Le contexte spécifique de la mise en œuvre du PNSP est déterminé par un SSSS en transformation : changements de structure³ après une réorganisation importante du réseau datant de 2003[34]. Cette précédente réorganisation touche notamment le mandat des agences de santé et de services sociaux (ASSS), créées en remplacement des régies, qui doit offrir du soutien au développement des réseaux locaux de services. Elle concerne aussi les centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui deviennent responsables de développer une offre de service adaptée aux besoins de la population de leur territoire, tant pour les personnes qui demandent des services que pour ceux qui n'en demandent pas. Elle vise à améliorer l'intégration de la prévention ainsi que des soins et services de même qu'à implanter une approche de santé populationnelle[35] qui s'actualise au palier local. Deux principes de gouvernance sont promus : la hiérarchisation des services⁴ et l'exercice d'une responsabilité populationnelle⁵ partagée avec les partenaires intersectoriels.

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les établissements sont tenus d'assurer l'accès à une gamme de services, mais aussi d'agir en amont sur les déterminants de la santé. Le terrain local devient particulièrement propice à une meilleure prise en compte de ces déterminants dans l'organisation des services, pour un continuum le plus complet possible, de la prévention au soutien en fin de vie[32]. Toutefois, l'intégration de la prévention dans le système de soins et services à laquelle les acteurs de santé publique devraient être partie prenante, n'est pas

³ Depuis avril 2015, une nouvelle gouvernance et réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux est en vigueur. Elle implique l'abolition des agences de la santé et des services sociaux et l'intégration, au sein d'un même établissement, des services de santé publique qui étaient distinctement offerts par les paliers régional et local. Ces établissements sont les centres intégrés de santé et de services sociaux (CIUSSS) ou les centres intégrés universitaires de santé et des services sociaux (CIUSSS).

⁴ Le principe de hiérarchisation des services sous-tend l'organisation de la continuité des services, c'est-à-dire l'établissement de relais normaux et usuels entre les services de 1^{re} ligne et les services spécialisés et ultraspecialisés[32], p. 11.

⁵ Le principe de responsabilité populationnelle lie les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, sur chaque territoire de CSSS, pour qu'ils travaillent ensemble à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, avec leurs partenaires des autres secteurs d'activité, et qu'ils coordonnent leurs services et activités en vue de répondre le mieux possible aux besoins de la population[32], p. 11.

nécessairement naturelle et évidente[34]. Elle soulève notamment des inquiétudes quant à l'utilisation possible des ressources de santé publique au profit de services curatifs et à la perte de légitimité et de reconnaissance à réaliser leurs autres responsabilités de santé publique à l'externe du système de soins et services[30,32], comme agir sur les déterminants sociaux de la santé.

1.2 Le dispositif

Dans ce contexte, le PNSP 2003-2012 (initial et sa mise à jour) précise le champ de la santé publique et l'offre de service en cohérence avec les problèmes sociosanitaires identifiés, l'évolution des connaissances et la réorganisation du réseau de santé. Il structure et organise les interventions aux trois paliers de gouverne (le national, le régional et le local) autour de quatre fonctions essentielles (surveillance, promotion, prévention et protection) et de trois fonctions de soutien (réglementation, législation et politiques publiques, recherche et innovation, et développement des compétences).

Porteur d'une vision et vecteur de changements[36], le PNSP 2003-2012 prend assise sur la Loi⁶ sur la santé publique ce qui confère une légitimité et un pouvoir d'influence accrues à la pratique de santé publique[32]. Sa mise en œuvre vise à renforcer les pratiques de promotion de la santé et de prévention au sein du SSSS et des secteurs d'activités concernés, à agir sur les déterminants de la santé et à réduire les inégalités de santé et de bien-être. Ce faisant, il est attendu que la mise en œuvre du PNSP ait notamment les effets suivants :

- l'intégration accrue de la prévention dans les activités du SSSS et des autres secteurs;
- une contribution d'expertise et de leadership plus grande des trois paliers à l'exercice de la responsabilité populationnelle;
- une planification plus concertée des actions préventives et de promotion de la santé;
- la mise au point d'actions transversales et intersectorielles;
- un décloisonnement des secteurs d'activités;
- des pratiques de surveillance plus près des besoins des régions et des territoires;
- le développement d'une culture d'accompagnement des pratiques et de soutien à la prise de décision, l'allocation de ressources, la reddition de comptes et les ententes de gestion adaptées à la transformation du réseau;
- une meilleure structuration de la recherche;
- une formation mieux coordonnée entre le secteur de la santé publique et les secteurs des soins et services et entre les paliers de gouverne[32].

Un dispositif qui se veut à grande portée est en place. En effet, une démarche de planification participative, censée mobiliser des acteurs des trois paliers de gouverne en santé publique, soutient la conception du PNSP. Suit l'élaboration de plans d'action régionaux (PAR) et locaux (PAL) par les acteurs de ces paliers de manière conforme au PNSP et adaptée aux spécificités de leur région ou de leur territoire. Plus qu'un exercice administratif, l'élaboration de ces plans d'action est censée être une occasion supplémentaire de mobilisation et de participation des acteurs de santé publique et des autres secteurs d'activités visés par la prévention[32]. En outre, des mécanismes de coordination et de concertation existent entre le national et le régional (la Table de coordination

⁶ Notamment, la loi fournit des assises et un cadre pour développer la prévention au sein du système de santé et de services sociaux et pour agir sur les politiques publiques qui ont des effets sur la santé. Elle renforce le pouvoir et l'imputabilité du directeur national et des directeurs régionaux de santé publique et établit la reconnaissance formelle de la responsabilité des instances locales.

nationale et les tables de concertation nationale⁷) et entre le régional et le local, selon des modalités variables. La création de la fonction de gestionnaire du PAL au sein des CSSS s'ajoute au dispositif. Enfin, des mesures incitatives s'y greffent, comme l'allocation des ressources et la reddition de comptes. D'autres mesures viennent en soutien telles que le développement des compétences et des connaissances ainsi que l'analyse des politiques publiques au regard de la santé.

Ce dispositif vise à déterminer des cibles d'action prioritaires, à coordonner les dossiers et à assurer une cohérence de l'action de prévention entre les paliers. Ce dispositif est un acquis indéniable. Pourtant, la mise en œuvre du PNSP 2003-2012 ne s'avère pas optimale : l'arrimage des paliers et le rapprochement plus étroit des acteurs du secteur de santé publique et des autres secteurs ne semblent pas pleinement satisfaisants[32].

1.3 Les défis

La mise en œuvre du PNSP est la traduction opérationnelle de ses orientations et des dynamiques qu'elle suscite. Cette traduction, selon les différents contextes, ne se fait pas spontanément, automatiquement et uniformément. Une série de liens se créent et se maintiennent entre des entités (acteurs, savoirs et ressources), résultat d'un travail d'alignement et de négociation des intérêts, des rôles et des identités des acteurs en présence[37]. Plus complexe qu'il n'y paraît, la mise en œuvre ne relève pas strictement de la seule volonté d'un ou des acteurs en présence et comporte une bonne part d'imprévisibilités. Plusieurs facteurs peuvent l'influencer tels que les attributs du PNSP, les facteurs individuels, organisationnels, contextuels ou les caractéristiques du processus d'implantation[38].

Depuis la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux (2003), la responsabilité de la mise en œuvre du PNSP, jusqu'alors principalement impartie aux agences de la santé et des services sociaux qui la confiaient à leur directeur de santé publique, est dorénavant partagée avec les CSSS. Cette situation appelle à la transformation des rapports entre les acteurs des trois paliers, mais surtout entre les acteurs régionaux et locaux[36]. De plus, l'intensification attendue des actions sur les déterminants de la santé, dont plusieurs leviers d'action sont extérieurs au SSSS, oblige les acteurs de santé, y inclus les acteurs de santé publique, à renforcer les liens d'interdépendance avec les acteurs des autres secteurs concernés par la prévention[32].

Le PNSP 2003-2012 précise que sa mise en œuvre « repose sur des rapports efficaces entre les acteurs touchés par la prévention »[32]. Plus que de simples liens, ces rapports devraient alimenter diverses dynamiques de consolidation de la santé publique et d'ouverture à d'autres acteurs[36] qui mènent à des actions concrètes améliorant la santé de la population. Les rapports verticaux et horizontaux entre les acteurs sont ainsi en cause pour renforcer la prévention dans le SSSS et dans les autres secteurs d'activités. Des pratiques sont à revoir en matière d'intervention, de gestion et de gouvernance. La mobilisation des acteurs, des ressources et des savoirs pour accroître les capacités des acteurs représente un premier défi. La transposition concrète des orientations en pose un deuxième. Garder le cap sur les changements souhaités et éviter la dispersion et la dilution des efforts de prévention afin de réduire efficacement les inégalités de santé[32] comportent d'autres défis pour les acteurs de santé publique. La motivation, les habiletés et les capacités d'individus et d'organisations[36] sont des atouts indéniables[33], mais d'autres conditions favorables doivent s'y greffer pour la création de nouvelles dynamiques intra et interorganisationnelles favorables à l'intégration des efforts de prévention dans le SSSS et dans les autres secteurs d'activités[36].

⁷ Tables de concertation en maladies infectieuses, en promotion/prévention, surveillance, etc.

2 La démarche méthodologique

La démarche méthodologique consiste principalement en métasynthèses qualitatives à portée évaluative[62]. Elle se traduit par l'analyse secondaire de résultats de recherches et d'évaluations qualitatives et s'emploie à la reconstruction d'une analyse compréhensive de la mise en œuvre du PNSP 2003-2012. Elle implique une technique d'intégration et d'interprétation de résultats qualitatifs pour en arriver à des conclusions nouvelles sur un phénomène étudié[62]. Issue d'un paradigme constructiviste de la connaissance, elle se distingue d'une démarche classique de recherche.

L'objectif est de dégager des enseignements sur la mise en œuvre d'interventions en prévention au Québec à partir de connaissances produites. Plus particulièrement, la démarche vise à mieux comprendre certaines conditions de réalisations d'interventions conformes aux objectifs du PNSP 2003-2012, à identifier certaines conditions pour soutenir plus efficacement les interventions et, par ricochet, la mise en œuvre du nouveau PNSP 2015-2025.

Le PNSP 2003-2012 couvre plusieurs problèmes de santé publique. Pour appréhender le large et complexe terrain de la mise en œuvre du PNSP, la démarche adopte une approche par cas traceurs dont le choix et les caractéristiques sont explicités ci-dessous. Puis, les sources d'information sont décrites ainsi que les étapes de synthèses et de validation. Le cadre d'analyse est présenté et les limites de cette démarche sont énoncées au terme de ce chapitre. Tous les aspects de la mise en œuvre du PNSP ne sont pas abordés. Il ne s'agit ni d'un bilan ni d'un portrait de la mise en œuvre.

2.1 L'approche par cas traceurs

L'approche par cas traceurs est inspirée des travaux de Kessner[40] sur lesquels s'appuie aussi le U.S. Institute of Medicine pour évaluer les soins ou les politiques de santé[41]. Elle rend possible, dans des délais relativement courts, la production de connaissances révélatrices du fonctionnement du système de santé publique dans le système de santé et à l'extérieur. Elle permet de voir la façon dont les différentes composantes du système travaillent en relation les unes par rapport aux autres, et non isolément, pour remédier à une problématique de santé publique[39]. Les cas traceurs s'avèrent des plateformes pour observer ce qui se passe sur le terrain au regard de la mise en œuvre.

2.1.1 LE CHOIX DES CAS

Le PNSP comporte plusieurs domaines d'intervention. La prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et la prévention de l'obésité sont choisies comme cas traceurs parce qu'elles répondent à plusieurs critères tels que définis par Kessner[40]. Problèmes importants de santé publique, distincts et clairement identifiables, les ITSS et l'obésité mobilisent beaucoup de ressources, requièrent des compétences diversifiées, nécessitent des approches intersectorielles ou interprofessionnelles, recèlent un potentiel d'impact réel sur la santé de la population et constituent des indicateurs de l'efficacité du SSSS quand ces problèmes sont pris en charge. Enfin, ces problèmes font l'objet de plusieurs interventions dans le temps et d'écrits (plan d'interventions, évaluations, articles, etc.) pour constituer la principale source de données pour l'analyse.

2.1.2 LES CARACTÉRISTIQUES DES CAS

Les deux cas traceurs sont passablement différents notamment comme problématique de santé et de santé publique, populations touchées, historique de l'épidémie ainsi que prise en charge nécessaire par le système de santé et de santé publique.

La prévention des ITSS

Ce cas traceur examine un problème de longue date en santé publique, du moins pour certaines des infections. L'avènement du SIDA, il y a plus de trente ans, met les ITSS en avant-plan. Entre 2000 et 2010, le nombre de cas déclarés d'ITSS connaît une recrudescence épidémique. En 2009, quelque 40 000 Québécois reçoivent un diagnostic d'ITSS. Évitable, transmissible et souvent asymptomatique, les ITSS peuvent avoir des conséquences graves telles que l'infertilité, la cirrhose, une déficience immunitaire chronique et divers types de cancers[44].

Plusieurs types de populations sont vulnérables aux ITSS : les jeunes de 15-24 ans (chlamydia et gonorrhée), les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (VIH, gonorrhée), les utilisateurs de drogues par injection ou inhalation (VHC, VIH), les personnes originaires des pays où l'infection par le VIH est endémique, etc. Certains groupes cumulent plusieurs facteurs de vulnérabilité sociale, comme les jeunes en difficulté, les toxicomanes et les Autochtones, etc. Difficilement repérables[9] sur un territoire donné pour plusieurs d'entre elles, ces populations réclament rarement des services de santé et les fréquentent peu, si ce n'est à l'urgence[44]. Les joindre représente un défi de taille.

Liées aux relations sexuelles ou à la consommation de drogues, les ITSS sont souvent cachées et chargées moralement. Elles peuvent entraîner de la stigmatisation ou de la discrimination des personnes atteintes. Même pour les acteurs de santé publique, les ITSS restent un sujet délicat avec lequel tous ne sont pas à l'aise[44]. Intéresser les acteurs stratégiques au dossier demeure un défi.

Comme toutes les autres infections, leur prévention relève traditionnellement des instances de santé publique qui ont une responsabilité quasi exclusive en matière de protection de la population. Toutefois, la prévention des ITSS ne se limite pas à la vaccination et à la distribution de moyens de protection. Elle occupe tout le continuum de services de la promotion de la santé jusqu'aux traitements et à la prise en charge. En attacher les maillons devient de première importance pour prévenir les infections et briser la chaîne de transmission[9].

La prévention des ITSS s'appuie sur la Stratégie québécoise de lutte contre les ITSS[59] conçue en complémentarité du PNSP 2003-2012. En ce sens, des crédits sont accordés aux agences pour réaliser spécifiquement des activités de prévention des ITSS.

La capacité de joindre les populations les plus susceptibles d'être infectées est déterminante dans la lutte contre les ITSS. Elle dépend non seulement des acteurs en maladies infectieuses, mais aussi des acteurs d'autres secteurs à divers degrés. Le décloisonnement des approches de protection et de promotion de la santé, le développement de nouvelles formes de collaboration entre les acteurs impliqués (p. ex. : microbiologistes, médecins de 1^{re} ligne, infirmières scolaires, intervenants des organismes communautaires) et la transformation des pratiques préventives en tenant compte de la promotion de la santé s'imposent.

La prévention de l'obésité

À la différence des ITSS, ce cas traceur étudie une nouvelle problématique en santé publique. L'obésité atteint, depuis les dernières décennies, des proportions épidémiques à l'échelle mondiale[45], mais aussi au Québec[46,47]. Plus de la moitié de la population adulte est maintenant en surpoids (embonpoint et obésité compris)[48]. L'obésité constitue un facteur de risque d'une panoplie de maladies chroniques comme l'hypertension, le diabète de type 2, l'hypercholestérolémie, les maladies cardiovasculaires, l'arthrite et de nombreux cancers[50]. Cette problématique contribue à augmenter les coûts des soins de santé, amputant ainsi une part du financement que l'État doit consacrer aux autres secteurs[45] et compromettant la viabilité du système public de santé[51].

Quels que soient l'âge, le sexe et d'autres caractéristiques sociodémographiques, aucun segment de la population n'est épargné. Cependant, l'obésité serait particulièrement préoccupante chez les jeunes de 2 à 17 ans, l'obésité ayant plus que doublé en 26 ans entre la période de 1978 à 2004[49]. La prévalence de l'obésité serait plus marquée chez les personnes de revenu inférieur et celles n'ayant pas de diplôme d'études secondaires[49].

La prévention de l'obésité relève d'une expertise du champ de la promotion de la santé et de la prévention. Du domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques, elle s'inscrit de plain-pied dans les stratégies promues par le PNSP, soit l'action intersectorielle, le développement des communautés et les pratiques cliniques préventives. L'action se concentre d'abord sur les habitudes de vie (saine alimentation et activité physique) et non sur la maladie et touche à la fois le comportement individuel et les conditions dans les environnements politiques, physiques, socioculturels et économiques[3,52]. L'approche clinique (individuelle) ne suffit pas, l'approche populationnelle et collective est nécessaire.

De responsabilité individuelle et sociale, la prévention de l'obésité n'est pas acquise sur le plan individuel ni sur le plan de la population. Cibler directement le problème auprès des personnes concernées comporte un risque important de stigmatisation. En revanche, un discours mettant l'accent sur les saines habitudes de vie, soutenant une approche plus positive et intégrant d'autres enjeux de santé publique est plus susceptible d'intéresser la population et de la mobiliser. Par ailleurs, confrontés à des valeurs comme la liberté individuelle et à certaines normes qui imprègnent les schèmes de pensée et les modes d'agir, les adultes sont parfois réticents à ce que les politiques remettent en cause leurs choix personnels, bien qu'ils l'acceptent pour leurs jeunes[10].

Récemment reconnue comme cible prioritaire en santé publique grâce au Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes liés au poids 2006-2012, *Investir pour l'avenir* (PAG) en 2006, la prévention de l'obésité est sous une responsabilité partagée avec d'autres instances extérieures au secteur de la santé publique. En effet, sept ministères et trois organismes⁸ se sont mobilisés autour du PAG. Ce plan devient une plateforme importante pour la mise en place d'une approche environnementale et de stratégies d'action en soutien à l'action intersectorielle et au développement des communautés[16,49]. En appui, un Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie est créé l'année suivante⁹.

Soutenu à priori par un important leadership dans la communauté scientifique et dans la société civile[27], le PAG, projet sociétal complexe de moyen et long termes[28], constitue une innovation. La prévention de l'obésité est portée sur plusieurs scènes et dans d'autres secteurs d'activités extérieurs au SSSS. Elle mobilise de nombreux acteurs grâce au fort leadership assumé par le secteur de la santé publique aux paliers national et régionaux et par les autorités politiques et les autres secteurs. Il s'agit d'avancées indéniables sur le terrain de la collaboration intersectorielle[16,27,28].

⁸ Ce sont le ministère de la Santé et des Services sociaux, ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, ministère de la Famille et des Aînés, ministère des Transports, ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire, Office de la protection du consommateur, Secrétariat à la jeunesse, Institut national de santé publique du Québec. Un 8^e ministère s'ajoute en 2011, soit le ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine.

⁹ L'adoption du projet de loi n° 1, en juin 2007, permet la création du Fonds. En vertu d'une entente conclue entre le Gouvernement du Québec et la Fondation Lucie et André Chagnon, chacune des parties s'engage à verser dans ce fonds, la somme de vingt millions de dollars par année, et ce, jusqu'en 2017 (durée de dix ans). Ce fonds vise le financement d'initiatives non gouvernementales et complémentaires aux 75 actions du PAG aux paliers national, régionaux et locaux.

Le défi dans la lutte contre l'obésité est lié à la mobilisation d'un grand nombre d'acteurs externes au SSSS, à la réorientation des efforts et des ressources ainsi qu'au développement de nouvelles formes d'expertises adaptées pour créer des environnements favorables.

2.2 Les sources d'information

Deux sources principales d'information alimentent les cas traceurs : des rapports d'évaluation et de recherche en matière de prévention des ITSS et de l'obésité, ainsi que les résultats des échanges de collectifs d'évaluation en ITSS et en obésité.

2.2.1 LES RAPPORTS D'ÉVALUATION ET DE RECHERCHE

Un répertoire de 62 études associées au domaine des maladies infectieuses et de 83 études associées au domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques est créé avec la collaboration des directions régionales de santé publique et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Il en est extrait un corpus d'études primaires selon les critères suivants d'inclusion : elles sont produites au Québec de 2003 à 2014, elles touchent la prévention des ITSS ou de l'obésité et elles éclairent des réalités de mise en œuvre des interventions du PNSP. Douze études en prévention des ITSS et quinze études en prévention de l'obésité [voir annexe 1 pour la description des études primaires] répondent à ces critères.

Outre le fait de rencontrer les critères d'inclusion, les 27 études primaires ont peu de points en commun, sinon qu'elles s'inscrivent dans des approches qualitatives. Elles portent sur des objets différents, se conçoivent selon des méthodologies diverses, font appel à des cadres théoriques variés, couvrent divers thèmes ou conditions relatifs à la mise en œuvre d'interventions du PNSP et obtiennent des résultats multiples.

2.2.2 LES COLLECTIFS D'ÉVALUATION

Les « collectifs d'évaluation », réunissant des participants triés sur le volet, sont des dispositifs d'enrichissement des conditions de mise en œuvre des interventions et de validation des synthèses interprétatives des résultats. Leurs échanges structurés mènent à la production d'une métasynthèse améliorée des connaissances. Ces collectifs s'inspirent d'une approche expérimentée par Pinault et collab. (2006, 2007)[42,43] sous la forme d'un « collectif de recherche », entendu comme un processus d'échange dynamique entre chercheurs et décideurs de façon à conduire une synthèse des résultats d'un nombre limité de recherches sur un sujet donné.

Constitué pour chaque cas traceur, le collectif d'évaluation est composé de chercheurs, de décideurs, de gestionnaires et d'intervenants concernés par la prévention des ITSS et de l'obésité. Ils sont sélectionnés en fonction de leurs connaissances scientifiques et expérientielles touchant le contenu ou les processus dans le domaine des ITSS et de l'obésité, ainsi qu'en fonction de leur provenance, soit les trois paliers du SSSS, les universités et les organismes sans but lucratif. Trente-sept personnes participent aux deux collectifs d'évaluation, y compris les membres de l'équipe de pilotage (voir annexe 2).

2.3 Le cadre d'analyse

La synthèse interprétative des résultats des études primaires suit la sélection des études primaires pertinentes. Une lecture en survol des résultats des études primaires permet de répertorier les aspects traités de la mise en œuvre d'interventions en prévention des ITSS ou de l'obésité. Les résultats sont assemblés et intégrés à partir d'un cadre d'analyse construit à même les orientations du PNSP 2003-2012 pour améliorer la capacité d'action et l'efficacité des interventions de santé publique[32], « Une lecture stratégique des conditions de mise en œuvre du PNSP » de Laberge[36] et le matériel disponible.

Ainsi, dans un contexte de transformation du réseau SSS, de changements démographiques, épidémiologiques, technologiques et scientifiques, la capacité d'action et l'efficacité des interventions de santé publique passent par 1) l'intégration des efforts de prévention (en santé publique, dans le système de santé et dans les autres secteurs d'activités) et par 2) la transformation de certaines pratiques[32,36] pour s'adapter au contexte et joindre les populations vulnérables ainsi que les différents acteurs de la prévention. Il s'agit des deux grands axes d'interprétation et de classement des résultats.

Le premier axe sur l'intégration des efforts de prévention se décompose en trois catégories :

- 1) dans le secteur de la santé publique, deux principes sont mis de l'avant pour favoriser une meilleure intégration, la hiérarchisation des organisations (national - régional - local) ainsi que la définition des cibles prioritaires et la cohérence des interventions (PNSP - PAR - PAL)[32]. Les relations entre les paliers et les dispositifs en santé publique sont examinés;
- 2) dans le SSSS, la consolidation et l'intégration des efforts de prévention impliquent des collaborations étroites à l'interne entre les acteurs de santé publique et les décideurs de leurs organisations d'appartenance aux trois paliers du SSSS, des interfaces serrées entre le réseau communautaire et public et la consolidation de la prévention dans les organismes dispensateurs de soins et services ainsi que des relations entre les acteurs. Sont considérés la place de la prévention dans les organisations, le positionnement des services de prévention et les relations transversales;
- 3) dans les autres secteurs d'activités extérieurs au SSSS, la posture et l'exercice de leadership des acteurs de santé publique sont retenus.

Le deuxième axe sur la transformation de pratiques comporte trois catégories :

- 1) l'adaptation des pratiques de santé publique aux contextes d'action suppose la prise en compte des réalités des milieux telles que le territoire, l'ampleur du problème, les ressources, la mise en place de conditions favorables à l'expérimentation et l'existence de consensus sur les stratégies et les interventions jugées efficaces;
- 2) l'établissement de collaborations intersectorielles pour atteindre les objectifs de santé publique présuppose des façons de faire et des conditions particulières. Sont recherchés les dynamiques entre les organisations, les modes de gestion et les modalités relatives à la mobilisation;
- 3) la prise en compte des pratiques en émergence jugées pertinentes est essentielle pour assurer l'évolution des pratiques. Divers aspects sont recensés : la vision à construire, le leadership à exercer, les nouveaux rôles à jouer, les compétences à développer ainsi que les connaissances et les informations à développer et à partager.

2.4 Les étapes

La démarche se penche sur les deux questions suivantes : 1) en quoi les connaissances disponibles nous renseignent-elles sur l'intégration de la prévention dans le SSSS et dans les autres sphères d'activités? 2) Qu'est-ce que ces connaissances nous révèlent sur les changements de pratiques pour joindre les populations, surtout vulnérables, et les acteurs des divers secteurs concernés par la prévention?

Deux rencontres des collectifs d'évaluation se tiennent pour chaque cas traceur, les 14 juin et 2 novembre 2012 pour les ITSS et les 3 juillet et 9 octobre 2013 pour l'obésité. La première porte sur la place de la prévention des ITSS et de l'obésité dans le SSSS et à l'externe du SSSS ainsi que sur les conditions favorables ou non à la mise en œuvre d'interventions de prévention. La deuxième vise à valider la métasynthèse des résultats des études primaires et des discussions des participants aux collectifs d'évaluation, à compléter l'identification des conditions actuelles de mise en œuvre de la prévention des ITSS et de l'obésité, à déterminer des stratégies et des moyens favorables à la mise en œuvre des interventions et à aborder les changements souhaitables et réalisables.

En parallèle, l'intégration de connaissances se fait par interprétation inductive[42] et donne lieu à deux métasynthèses, une en ITSS réalisée par Laberge[60] et l'autre en obésité produite par Demers[61], consultantes d'expérience dans leur domaine respectif et en approches qualitatives. De nombreuses rencontres se tiennent avec chacune d'entre elles et les quatre membres de l'équipe de l'INSPQ pour valider l'application du cadre et les interprétations. Le construit du cas ITSS traduit les défis relatifs à la prise en compte des interventions en ITSS dans le SSSS et à la capacité de joindre les populations vulnérables. Celui du cas obésité documente les défis de mobilisation intersectorielle et de coordination. L'analyse transversale des deux cas compare et différencie ces construits et donne lieu à un nouveau construit représentant les deux cas.

2.5 Les limites de la démarche

Un cas traceur ne révèle pas à lui seul l'ensemble des composantes du SSSS. Toutefois, le choix des cas en fonction de caractéristiques différentes permet de couvrir un plus large spectre et fournit un contenu substantiel sur des composantes du système de santé publique en interface avec le SSSS pour comprendre la mise en œuvre du PNSP.

Les cas traceurs reposent sur l'information disponible dans la documentation écrite et sur les résultats des échanges entre un certain nombre d'acteurs participant aux deux collectifs d'évaluation. Dans le cas de la prévention de l'obésité, plusieurs études se penchent sur la mise en œuvre du PAG et non du PNSP; c'est par extension qu'est considéré le PNSP. Dans les études primaires, plusieurs ne portent pas précisément sur la mise en œuvre, mais fournissent des renseignements utiles; d'autres traitent seulement de certains aspects de la mise en œuvre. Citons par exemple la collaboration du réseau public de santé et de service sociaux avec le réseau communautaire qui est bien documentée par rapport à la collaboration avec le milieu municipal. D'autre part, les participants au collectif d'évaluation sont en nombre limité, sélectionnés sur la base de leur expérience et de leur provenance, surtout du secteur de la santé et des services sociaux. Certains points de vue sont ainsi moins bien représentés que d'autres, par exemple, ceux des acteurs intersectoriels. La métasynthèse n'a donc pas la prétention d'être exhaustive. Si elle apporte une compréhension de la mise en œuvre du PNSP, elle ne dresse pas un portrait de toute la réalité de mise en œuvre du PNSP.

Par ailleurs, étant donné l'appartenance de la métasynthèse à un paradigme interprétatif, elle ne peut présenter la vision définitive de la mise en œuvre, mais plutôt un point de vue d'une réalité représentative de la mise en œuvre[62].

Néanmoins, cette métasynthèse est appuyée par la convergence et la complémentarité des informations dégagées des deux sources, et surtout, par le fait qu'elle recueille un consensus chez un ensemble d'acteurs ayant des responsabilités, des expériences et des positions différentes dans le SSSS et à l'extérieur.

3 Les constats selon chaque cas traceur

Divers constats ressortent des deux métasynthèses de connaissances issues tant des études que des échanges à l'occasion des collectifs d'évaluation. Ces constats nous permettent d'observer des profils de mise en œuvre quelque peu différents selon le cas traceur, étant donné leurs caractéristiques et les connaissances disponibles sur chacun.

3.1 La prévention des ITSS

3.1.1 LA PLACE DES ITSS DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ ET LES RAPPORTS ENTRE LES ACTEURS

Malgré l'arrimage de la Stratégie québécoise de lutte contre les ITSS au PNSP et les crédits afférents alloués aux agences, la prévention des ITSS occuperait une place peu importante dans les agences. Les acteurs, responsables de l'organisation des services de santé et des services sociaux en général au palier régional, seraient généralement peu intéressés par la mission de prévention de la Direction de santé publique (DSP), peu sensibles à la problématique des ITSS et aux populations vulnérables[9], et encore moins à la problématique du VHC chez les utilisateurs de drogues par injection[17]. Au palier local, dans les conseils d'administration et les directions concernées par les ITSS des CSSS, les ITSS seraient rarement un sujet de discussion[9]. Même dans une région où la prévalence des ITSS est élevée, il apparaîtrait difficile de défendre l'importance du dossier[5].

Les ressources limitées

L'exercice de la responsabilité populationnelle impartie aux CSSS n'aurait pas été suivi d'un ajout de ressources pour consolider les services préventifs locaux. Les CSSS investiraient peu en matière de prévention des ITSS. Plus largement, les ressources disponibles seraient peu nombreuses pour l'intervention de santé publique[7,9]. Il n'y aurait pas d'équipe, mais plutôt des individus chargés d'appliquer les programmes et de faire les interventions requises[9].

Les services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEP)¹⁰, considérés comme une priorité de santé publique aux paliers national et régionaux, présenteraient au palier local, une offre de service souvent limitée, sinon absente, et des ressources dédiées généralement très restreintes[13]. Même dans les CSSS mieux nantis en ressources ITSS, peu de ressources serait investi dans la mise en œuvre des SIDEP « hors les murs » pour joindre les populations vulnérables aux ITSS[9,13]. Ces services seraient fragilisés notamment par le manque de soutien des gestionnaires, la difficulté de pratique « hors les murs », le déplacement fréquent des ressources infirmières SIDEP vers d'autres services comme la clinique de vaccination. Cette situation empêcherait ces services de dépistage de jouer pleinement leur rôle[9,13,17].

Le cloisonnement entre les programmes

Le dossier de la prévention des ITSS ne serait pas intégré dans l'ensemble de la mission des CSSS, comme il serait souhaité dans le PNSP. Les dossiers des ITSS et d'éducation à la sexualité seraient encore portés strictement par les intervenants rattachés à quelques domaines spécifiques de santé publique. Leurs rôles et mandats seraient définis uniquement par les acteurs de la santé publique plutôt que conjointement avec les dirigeants des CSSS[5,9]. Généralement peu en contact avec leurs

¹⁰ Les services intégrés de dépistage et de prévention en ITSS (SIDEP) consistent en une offre de service de dépistage des ITSS, de vaccination, de notification aux partenaires, d'accessibilité aux traitements ainsi que de soutien aux personnes pour l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires. Cette offre de service en CSSS et hors les murs (milieu de vie) s'adresse aux populations vulnérables. Elle est censée s'intégrer au continuum des services et suppose des relations étroites avec les ressources du réseau de la santé et des services sociaux[13].

collègues des CSSS, les intervenants des SIDEP verraient leurs possibilités d'influencer leur milieu de pratique réduites[13].

Une fracture subsisterait entre le secteur social et celui de la santé. Peu de place serait occupée par les acteurs de l'intervention sociale dans le suivi et le traitement des personnes atteintes ou vulnérables aux ITSS. Peu de références seraient effectuées entre les ressources respectives des deux secteurs au point où l'accès aux services psychosociaux pour les personnes infectées par une ITSS serait aussi difficile qu'il y a 10 ans[9].

Les acteurs des CSSS éprouveraient des difficultés à prendre en considération les cibles d'interventions de santé publique qu'ils disent fragmentées, sans vision d'ensemble, et accompagnées de redditions de comptes laborieuses et coûteuses en temps[5,7,9].

L'intégration difficile de la prévention et des soins et services de 1^{re}, 2^e, et 3^e lignes

Plusieurs embûches se dresseront à l'encontre de l'intégration des pratiques cliniques préventives (PCP) aux soins et services. Les guides de pratiques s'accumuleraient sans qu'il y ait une réelle intégration des savoirs adaptée aux contraintes d'une pratique clinique[21]. La difficulté d'accès à un médecin pour le suivi des personnes symptomatiques ITSS[7] et aux laboratoires pour l'analyse des tests de dépistage, les délais trop longs d'intervention[9] et l'application partielle du programme d'intervention préventive auprès des partenaires des personnes infectées[14,17] réduiraient la capacité de briser la chaîne de transmission et l'efficacité même des programmes de dépistage[9].

Les populations suivies et référées par les organismes communautaires ITSS auraient difficilement accès aux soins et services des CSSS[5,17]. Ce serait encore plus difficile pour les personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI), à cause de leur comportement parfois instable, leur faible observance des traitements et le manque d'empressement de médecins ayant peu d'expertise en toxicomanie à suivre cette population[14,17]. Dans plusieurs régions, l'accès aux soins et aux services de 1^{re} ligne ou spécialisés demeurerait ardu même pour les personnes dépistées ou symptomatiques[7].

Les relations ne seraient pas bien établies entre les ressources en prévention des ITSS et les autres ressources de 1^{re} ligne[5,9,13], comme les professionnels, les médecins, les intervenants d'organismes communautaires non ITSS, les pharmaciens, ainsi que les ressources spécialisées notamment dans les unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS), et celles en santé mentale et en toxicomanie. Peu de médecins accepteraient de suivre et de traiter les personnes infectées très vulnérables présentant une comorbidité VIH et VHC. Peu de ressources spécialisées en santé mentale et en toxicomanie offriraient de suivre les personnes très vulnérables infectées par les ITSS en raison de leur instabilité, leur non-observance des traitements et l'exigence d'adapter les pratiques aux besoins et aux spécificités de ces populations[17].

Malgré le nombre croissant d'acteurs convaincus du bien-fondé d'intégrer les interventions en ITSS dans les CSSS et particulièrement dans les soins et services, de nouvelles façons de faire resteraient à découvrir pour y parvenir[7].

La difficulté d'endosser un rôle de soutien pour le palier régional

Le rôle de soutien à exercer par les directions régionales de santé publique à l'endroit des CSSS pour favoriser l'intégration des efforts de prévention en ITSS n'irait pas de soi[34]. Des acteurs régionaux de santé publique assureraient encore, dans plusieurs cas, les interfaces avec les acteurs locaux, les organismes communautaires et leurs partenaires de l'intersectoriel. Craignant une possible dilution des crédits ITSS dans d'autres programmes ou pour d'autres populations, ils

conserveraient la main mise sur la gestion des budgets en prévention des ITSS au palier régional plutôt que de les décentraliser dans les CSSS[5]. Ils se maintiendraient ainsi au cœur des relations avec les organismes communautaires en prévention des ITSS ainsi qu'avec les écoles et les commissions scolaires en éducation à la sexualité[18].

3.1.2 LA CAPACITÉ DE JOINDRE LES POPULATIONS VULNÉRABLES

L'intervention auprès des populations vulnérables serait censée aller au-delà des comportements individuels à risque et considérer certaines conditions de vulnérabilité de manière à agir sur l'ensemble des déterminants de la santé et à établir des collaborations intersectorielles nécessaires[24]. L'introduction d'une vision plus large du problème des ITSS et de nouvelles pratiques en promotion de la santé ne se ferait pas naturellement. Les ITSS sont rattachées traditionnellement à la fonction de protection de la santé qui imprègnerait largement les façons de concevoir, de gérer et de mettre en œuvre la prévention. Les acteurs de ce secteur auraient tendance à s'en tenir à leurs pratiques habituelles de dépistage et de protocoles de traitement alors que les acteurs du secteur de la promotion de la santé ne se sentiraient généralement ni intéressés ni concernés par les ITSS[5].

Des caractéristiques contextuelles à tenir en compte

L'adaptation des pratiques s'opère selon les contextes d'intervention. La fréquence et la nature des problématiques sociales et de santé, le volume des personnes vulnérables aux ITSS, la nature et la quantité des ressources disponibles diffèrent selon les territoires[5,7,24]. Il n'existe pas sur tous les territoires d'organismes communautaires sida¹¹, de ressources spécialisées en toxicomanie ou de cliniques ITSS. Dans les régions où la prévalence des ITSS est relativement faible, il n'y aurait souvent qu'un porteur de dossier ITSS à l'agence, qui cumule souvent d'autres fonctions[9].

De plus, dans des CSSS, les populations vulnérables aux ITSS obtiendraient difficilement les soins et services dont elles ont besoin parce qu'elles ne les expriment pas, le plus souvent[9], et qu'elles sont parfois victimes d'exclusion et de stigmatisation, même dans le réseau de la santé et des services sociaux[17]. Sans porte-parole fort, les populations vulnérables aux ITSS disposeraient d'un faible pouvoir d'attraction comparativement à d'autres populations jugées prioritaires, plus faciles à joindre et plus « rentables », compte tenu des budgets limités[5,9,13].

Sur le terrain, d'autres considérations seraient en jeu en prévention des ITSS. L'approche de réduction des méfaits¹², centrée sur le risque d'infection et portée par les instances de santé publique, se confronterait à l'approche de santé plus globale misant sur l'« empowerment » des personnes vulnérables promue par les organismes communautaires. Il y aurait un potentiel plus grand de changement à la situation des personnes, si la distribution de matériel stérile d'injection était considérée comme un outil pour joindre les personnes ciblées et susciter leur participation sociale. Ainsi, cette façon de faire participerait à contrer le lien souvent inévitable entre le risque, la personne sur laquelle il pèse et le mépris social qui en résulte[1,5]. Des incertitudes demeuraient quant aux stratégies et moyens efficaces pour joindre les populations vulnérables. L'intervention ciblée sur un facteur de risque ainsi que sur un groupe spécifique et les moyens utilisés pour contrer le passage à l'acte d'injection chez les jeunes de la rue pourraient avoir des effets pervers et poser des problèmes si on ne tient pas compte d'autres situations dans le contexte, dont la prévention de

¹¹ Leur mission peut comprendre la défense des droits, la prévention, le soutien et l'hébergement.

¹² L'approche de réduction des méfaits se traduit notamment par la recherche de personnes à risque et la distribution de matériel sécuritaire.

la toxicomanie[23]. Enfin, la sous-estimation de la pratique de dépistage hors les murs¹³ en matière de temps et d'efforts requis, ne favoriserait pas une implantation adéquate[9,13,17].

L'approche planificatrice de la santé publique, la tendance à la standardisation des pratiques et des processus, la promotion d'interventions reconnues efficaces en vertu de données probantes, le travail normé, notamment par les règles syndicales et professionnelles, laisseraient peu de place à l'expérimentation d'approches et de pratiques innovantes adaptées permettant de mieux joindre les populations vulnérables aux ITSS[5,9].

Les relations fragiles entre la santé publique et les organismes communautaires

Bien que les organismes communautaires soient reconnus comme des partenaires incontournables dans le PNSP, les collaborations entre les CSSS et les organismes communautaires en prévention des ITSS seraient généralement fragiles, reposeraient sur des individus plutôt que sur des ententes formelles et seraient menacées par le roulement élevé du personnel.

Sur le terrain, l'implantation de projets initiés seulement par les acteurs de santé publique ne favoriserait pas la collaboration avec les organismes communautaires[5,23]. Sollicités, le plus souvent, une fois que les décisions sont prises, les organismes communautaires ne contribueraient pas à définir le problème et à identifier des solutions[5,9]. Plusieurs éléments limiteraient les possibilités de réels projets communs : la sous-estimation du temps et des efforts de ces derniers par les acteurs de santé publique pour s'adapter aux conditions d'intervention induites par la répression policière ou la prolifération de nouvelles drogues, l'absence de soutien pour « gérer » après-coup les conséquences des interventions, la duplication des interventions, la sous-utilisation des travailleurs de rue des organismes et l'absence de consensus entre les deux parties sur les façons de faire[9,23].

Les organismes communautaires sont financés notamment par le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) géré par le MSSS et les agences et par un Programme régional de prévention des ITSS-volet communautaire dans certaines directions régionales de santé publique. Cette structure de financement par problématique et par populations vulnérables nuirait à l'intervention concertée et intégrée des organismes communautaires. Elle favoriserait le cloisonnement des interventions et des problématiques, la concurrence entre les organismes communautaires pour l'accaparement des ressources ITSS et les inégalités entre les organismes communautaires financés en totalité ou en partie par les budgets ITSS et les autres organismes communautaires du PSOC qui interviennent auprès des mêmes populations[5,9]. Enfin, la non-récurrence des budgets, problème de longue date, contraindrait les organismes communautaires à investir une part importante de leurs efforts à la renégociation régulière de leur financement, réduisant leur capacité d'action à plus long terme[9].

La réponse des organismes communautaires aux populations très vulnérables, souvent aux prises avec d'autres problèmes plus importants (p. ex. : toxicomanie, itinérance) que la prévention des ITSS, irait bien au-delà des mandats spécifiques généralement confiés par la santé publique en matière de prévention des ITSS[1,5,9]. Peu reconnue, pareille expertise assortie au travail de rue et à une capacité adaptative rapide aux besoins de ces personnes et aux aléas de l'environnement,

¹³ Cette pratique nécessiterait de développer des collaborations avec des intermédiaires tels que les travailleurs de rue, de se faire accepter dans les milieux fréquentés par les personnes vulnérables et de traiter aussi d'autres problèmes jugés plus prioritaires par ces personnes avant de proposer le dépistage des ITSS. Elle imposerait ses propres règles difficilement compatibles avec les conditions de travail de la pratique infirmière telles que des horaires de travail plus souples ou des lieux de pratique qui peuvent inclure les bars et les piqueries.

représenterait un atout indéniable, complémentaire à l'expertise des CSSS. Répété inlassablement, ce constat ne donnerait pas lieu à des changements tangibles[9].

Des collaborations intersectorielles à la pièce

Les collaborations intersectorielles en ITSS seraient conçues à la pièce, au gré des besoins et de l'initiative de professionnels convaincus. Prenant plusieurs formes telles que l'échange d'informations, la coconstruction du problème, la recherche de solutions ou l'expérimentation en contexte, elles ne seraient pas sans susciter des questions quant au leadership à exercer, au chef d'orchestre à désigner et à la vision d'ensemble de l'action à développer[9].

Les collaborations intersectorielles en ITSS qui concernent les populations dites « socialement dérangeantes » seraient initiées pour résoudre des conflits au « cas par cas » et ne mèneraient guère à des actions intersectorielles[24]. Les acteurs n'auraient pas de légitimité politique, de mandat formel ou de ressources spécifiques pour amorcer les partenariats nécessaires. Les acteurs de santé publique ne disposeraient pas des leviers nécessaires pour intervenir. Les policiers invoqueraient l'absence de mandats à cet effet. Et les acteurs municipaux soutiendraient un discours sur la réduction des problèmes sociaux, sans ancrages concrets dans l'action[24]. Les logiques d'action pourraient se trouver carrément en conflit, comme en milieu carcéral où les autorités et des intervenants seraient réticents à fournir le matériel stérile d'injection et à faciliter l'accès aux programmes de substitution par la méthadone[17,9].

Avec le milieu de l'éducation, les collaborations bilatérales ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS)/MSSS, dans l'approche « École en santé », se référeraient à des logiques institutionnelles différentes qui conduiraient à deux modes de gestion : plus programmée et centralisée dans le cas du MSSS, du type « *make it happen* », et non programmée et décentralisée dans le cas du MELS, du type « *let it happen* »[11]. Malgré le consensus dans les deux réseaux, éducation et santé, sur l'importance d'intensifier les efforts en matière d'éducation à la sexualité auprès des jeunes dans les écoles, des divergences demeureraient quant à la finalité de ces interventions : d'un côté, la réussite scolaire dont la santé sexuelle serait un des déterminants, de l'autre, la promotion de la santé et de la santé sexuelle ainsi que la prévention des ITS et des grossesses[9,18].

Leviers et pouvoirs décisionnels entre les mains des acteurs du milieu de l'éducation, les acteurs de santé publique sont en position de susciter des collaborations en la matière[8]. Toutefois, l'éducation à la sexualité n'a pas d'ancrage explicite dans le réseau scolaire. Elle s'inscrit dans le domaine général de la formation « santé et bien-être » et s'intègre sur une base transversale. En santé publique, l'éducation à la sexualité n'a pas non plus de place spécifique, ni en tant que cible d'intervention prioritaire dans le PNSP, ni en tant que domaine d'action distincte dans l'approche « École en santé ». De plus, sur le terrain, les interventions d'éducation à la sexualité ne seraient pas toujours arrimées au programme « École en santé » qui, lui, serait susceptible d'avoir un effet structurant positif pour autant que ce programme assouplisse ses règles de fonctionnement[18].

À défaut de règles claires du milieu scolaire en matière d'éducation à la sexualité, le type d'intervention, la façon de faire de même que les ressources à déployer entre les différents paliers d'un même réseau et entre les deux réseaux éducation/santé resteraient nébuleux. L'information circulerait mal et les relations entre les acteurs des deux réseaux seraient complexes. Dans les CSSS, une diminution des préoccupations et des efforts concernant ce dossier ainsi qu'un effritement des relations avec les milieux scolaires seraient observés. Dans les écoles, la variabilité des ressources et des expertises disponibles donnerait lieu à une grande hétérogénéité de pratiques et de contenus[9,18].

3.2 La prévention de l'obésité

3.2.1 LA MOBILISATION INTERSECTORIELLE

Le PAG favoriserait une mobilisation intersectorielle et une cohérence d'ensemble de l'action en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité. Cadre conceptuel commun[28], le PAG permettrait de développer une vision cohérente et intégrée qui influencerait la collaboration entre les différents partenaires sur le terrain et au palier régional[4]. Les structures¹⁴ de concertation nationale, pour faciliter sa mise en œuvre, auraient permis de développer des synergies qui doivent se déployer selon un axe vertical, du national au régional et au local, et selon un axe horizontal comprenant les différents secteurs d'activités (p. ex. : l'éducation, l'alimentation)[16].

Le difficile partage d'une vision avec les partenaires

Toutefois, l'obésité ne serait pas un problème important aux yeux des partenaires[10]. Malgré l'ampleur et l'étendue d'action du PAG ainsi que la création d'un fonds bipartite qui donnent un signal fort visant à prioriser cette lutte[27,28], la prévention de l'obésité n'apparaîtrait pas comme une priorité pour les ministères et organismes interpellés dans le cadre du PAG[27] et occuperait une place très limitée dans ces organisations[10]. Certains dirigeants ne reconnaîtraient pas d'emblée le rôle des déterminants environnementaux sur les saines habitudes de vie. La perception qu'il s'agirait surtout d'une question de responsabilité individuelle sur laquelle le gouvernement n'a que des pouvoirs limités justifierait une implication restreinte de ce dernier[4,10].

Le temps limité, six mois, accordé par les autorités politiques à l'élaboration du PAG, n'aurait pas favorisé l'appropriation nécessaire des enjeux et des défis perçus par chacun des partenaires[28]. Les gestionnaires et les professionnels des différents ministères et organismes concernés ne se percevraient pas comme parties prenantes à la prise de décision centralisée et hiérarchique liée à la mise en œuvre du PAG, mais comme de simples exécutants. Ils auraient eu l'impression de ne pas avoir été consultés ni bien informés des décisions prises au palier supérieur[27].

Par rapport aux divergences de missions, de mandats, de logiques, de cultures, de langages et de modes de fonctionnement des divers ministères et organismes concernés par le PAG et la santé publique[4,10,27,28], il arriverait aux acteurs de santé publique du palier régional d'imposer aux partenaires une vision, un langage, des objectifs et des populations cibles plutôt que de consulter et d'établir des consensus[20,22,25,26]. L'angle de prise, pour la plupart des partenaires, serait rarement la prévention de l'obésité, mais davantage l'amélioration des habitudes de vie, la qualité de vie ou le développement durable[10]. La traduction des préoccupations de santé en concepts pertinents pour les autres secteurs d'activités[16] de même que leurs préoccupations et leurs leviers d'action ne seraient pas suffisamment pris en compte. Cela est déterminant dans l'appropriation des enjeux et des défis par les partenaires pour une vision commune de l'action à accomplir[16,28].

La logique de fonctionnement de l'appareil public peu propice à l'action intersectorielle

La mise en œuvre du PAG met à l'épreuve la culture organisationnelle des ministères et des directions d'un même ministère qui serait peu propice aux collaborations intersectorielles[10,27,28]. Le mode de fonctionnement en silo nuirait à la concertation, à la collaboration ainsi qu'au partenariat et rendrait difficile la gestion horizontale[27]. La culture organisationnelle des ministères se prêterait très peu[10] au travail en partenariat ou en interdisciplinarité. Le système bureaucratique ne serait pas construit pour travailler de cette façon[4]. Le mode de gestion sectorielle placerait les secteurs

¹⁴ Les principales structures de concertation nationale sous la coordination du MSSS consistent en un comité des sous-ministres adjoints, comité des répondants, comité de communication et comité d'évaluation[27].

portant une mission semblable en concurrence les uns par rapport aux autres pour l'octroi des ressources[4,10,26,28] et plongerait ceux ayant des missions éloignées, dans l'oubli[28]. Sans changements de fond aux modes de gestion, il apparaîtrait difficile de composer avec des initiatives pangouvernementales dont la gestion horizontale nécessaire s'avère une approche contre-culturelle[28] et un paradoxe structurel[10].

Au sujet de la reddition de comptes, les multiples plans d'action produits dans les différents ministères engendreraient trop d'activités de cet ordre[16]. Au palier local, la reddition de comptes actuelle s'inscrirait dans une logique de services rendus à l'individu, mesurables et comptabilisables. Les actions de promotion/prévention cadreraient mal dans cette logique et relèveraient plutôt d'une logique de gestion de la complexité pour laquelle il existerait peu d'évaluation de la performance et peu d'indicateurs adéquats pour rendre compte du travail en partenariat. L'absence de visibilité de ce travail serait un empêchement pour certains intervenants à s'engager dans ce travail[10].

Les difficultés à mobiliser les partenaires

La mise en œuvre des programmes intersectoriels ne serait pas sans poser des difficultés de mobilisation de certains milieux. Il y aurait peu de liens naturels des CSSS avec les milieux municipaux et scolaires[2,6,25] pour la prévention de l'obésité. Les approches « Écoles en santé » et « Villes et Villages en santé » qui ont une tradition de collaboration bien établie avec ces milieux seraient peu mises à profit[2,12,29].

Le degré élevé d'implication demandée aux acteurs des milieux scolaires, le trop grand nombre de ressources humaines nécessaires, des services offerts et des activités de sensibilisation inadéquats freineraient parfois la mise en œuvre des programmes[25]. La démarche de planification de la stratégie environnementale du « Programme 0-5-30 » combinaison-prévention¹⁵ trop détaillée avec trop d'exigences de la santé publique refroidirait la réponse des milieux municipaux au point où certains refuseraient même de participer. Les motifs invoqués par les acteurs municipaux seraient le contexte municipal non favorable, des priorités d'actions concurrentes et l'impression de ne pas être interpellés par le problème ni responsables de cette problématique et des interventions à mettre en œuvre dans le domaine de la santé[20,26].

De plus, le « Programme 0-5-30 » afficherait un important taux de refus dans les milieux de travail en raison du manque d'incitatifs, de l'indisponibilité des partenaires, des différences de valeurs et de priorités ainsi que du contexte organisationnel inopportun[12].

La mobilisation citoyenne

Maintenir la prévention de l'obésité à l'agenda politique représenterait un défi en raison notamment de l'alternance des ministres et des gouvernements. La mobilisation des citoyens ou des alliés externes aux gouvernements (p. ex. : organisation philanthropique, milieu communautaire, etc.) serait souvent négligée comme force potentielle d'influence visant l'engagement des autorités à l'égard de la prévention et la mise à l'ordre du jour politique et administratif de causes moins urgentes comme la promotion des saines habitudes de vie[28]. Miser sur les groupes d'intérêt et de pression tels que les regroupements de citoyens et la Coalition Poids, les leaders d'opinion et la population en général pourrait accroître les capacités d'action[4,28]. La connaissance de ces groupes et de ces personnes

¹⁵ Il s'agit d'une approche intégrée en promotion des saines habitudes de vie en vue de prévenir les maladies chroniques adoptée par des directions régionales de santé publique. En bref, elle se traduit par 0 fumée de tabac dans l'environnement ; 5 fruits et légumes par jour et la pratique de 30 minutes d'activité physique par jour combinant des stratégies visant les individus (p. ex. : pratiques cliniques préventives) et les environnements/milieus de vie (p. ex. : milieu de travail, communautés). Cette approche illustre la façon dont peut être organisé le travail aux niveaux régionaux et locaux avec les CSSS (MSSS, 2008).

qui occupent des rôles pivots dans leur entourage serait de première importance afin d'unir ces forces et de susciter l'engagement des autorités politiques à l'égard de la prévention de l'obésité[4].

Pour favoriser une prise de conscience citoyenne par rapport aux enjeux de santé publique et aux enjeux individuels, il faudrait aborder la question de manière à toucher les citoyens et à les intéresser. Communications publiques, utilisation des médias sociaux, infiltration dans les réseaux sociaux ou autres stratégies, si les approches étaient intégrées, elles auraient davantage de chance de porter des fruits. Toutefois, ces moyens s'avèreraient généralement sous-utilisés[10]. La pression citoyenne atteindrait sa pleine mesure avec un message clair aux élus, le maintien de leur attention comme celle des médias sur les enjeux de santé publique en présence et leur engagement politique durable à l'égard de la prévention de l'obésité[10].

3.2.2 LA COORDINATION

Le mode de gouvernance peu favorable à l'action intersectorielle

L'atteinte des objectifs du PAG se mesurerait à l'ampleur des actions à réaliser, soit 75. Si le nombre peut dépasser les capacités de réalisation des différents paliers et des divers secteurs concernés, le peu de portée structurante de certaines actions dénoterait l'engagement timide de la part de ministères et d'organismes[16,27,28]. Le mode de gouvernance à caractère normatif du PAG, la prise de décision centralisée au palier national et le leadership dans la prévention de l'obésité assumé presque exclusivement par le MSSS tendraient à positionner les acteurs des autres paliers et des autres secteurs que la santé dans un rôle d'exécutants dotés de peu de marge de manœuvre[4,16,27,28] plutôt que dans un rôle de participants actifs. Du reste, le transfert d'information du national au régional, tant ce qui touche au volet administratif qu'au contenu, s'effectuerait par le secteur de la santé, faute d'une participation plus grande des autres secteurs[16].

Sur le plan régional, peu d'activités de sensibilisation sur la promotion des saines habitudes de vie, les déterminants de la santé et la vision stratégique du PAG ainsi que peu d'événements rassembleurs et de transfert de connaissances pour les partenaires auraient présidé au processus de démarrage des tables intersectorielles régionales en saines habitudes de vie¹⁶ (TIR-SHV) en vue d'acquiescer un langage commun. Le dispositif en expérimentation dans le contexte poserait un défi d'arrimage et de complémentarité d'action avec les autres stratégies de soutien à l'action intersectorielle et au développement des communautés déjà en place ainsi qu'avec les différents lieux actifs de concertation tels que le regroupement local de partenaires ou la conférence régionale des élus[16]. Aux dires des responsables de ces tables, peu de liens formels les relieraient avec la gouvernance nationale du PAG[16]. L'absence de cadre de référence et de soutien pour les tables intersectorielles régionales en saines habitudes de vies serait déplorée[16].

Les dynamiques intersectorielles seraient exigeantes à plusieurs égards, notamment en ce qui a trait au temps consacré, aux mécanismes, aux compétences particulières et aux conditions favorables pour atteindre des objectifs d'efficacité d'action. Elles ne seraient pas à l'abri de la multiplicité des mécanismes, des menaces d'hyperconcertation et des risques de duplication des efforts[16]. Leur gestion serait incontournable.

¹⁶ Mises sur pied, fin 2009, dans l'optique d'améliorer la coordination, ces tables mobilisent les partenaires, favorisent la concertation et établissent un plan d'action régional sur les saines habitudes de vie en conformité avec le PAG. Il s'agit d'un maillon important dans la volonté de mettre en place un mouvement de société visant à rendre les environnements favorables à une saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids.

Les rôles et responsabilités des acteurs, dans un contexte complexe de coexistence des logiques de mobilisation obligatoire (*top-down*) et volontaire (*bottom-up*) propre au projet de concertation du PAG, ne seraient pas bien compris, particulièrement sous l'angle de la complémentarité[4,16,19,27]. Parfois, les mandats ne seraient pas clairs. Parfois, il y aurait absence d'attentes signifiées du MSSS ainsi que des autres ministères et organismes. Si bien que certains acteurs de ces secteurs se contenteraient de faire tout simplement acte de présence aux rencontres de concertation[10].

Les capacités d'expérimentation et d'innovation en situation de complexité seraient plutôt restreintes dans les milieux[28] quoiqu'il existe, au palier local, un potentiel d'expérimentation du côté du partenaire Québec en Forme. S'il y a innovation ou changements de pratique, ils se concevraient et se gèreraient surtout par addition plutôt que réaménagement de tâches[16].

Aux yeux des professionnels des autres ministères et des organismes, le MSSS exercerait trop de pression et de contrôle en ce qui a trait à la reddition de comptes qui est engendrée par la multiplicité des plans d'action gouvernementaux[27]. La tendance serait à l'empilage plutôt qu'à l'intégration ou à une transformation en profondeur des façons de faire les rapports de gestion[28].

La continuité des efforts de prévention compromise

Par ailleurs, la continuité des actions serait compromise en raison de plusieurs situations.

En matière d'orientations en santé publique, les liens de complémentarité entre le PAG et le PNSP ne seraient pas clairement établis[27]. Divers plans d'action, politiques et programmes relatifs à la promotion de saines habitudes de vie coexisteraient sans qu'il y ait des efforts significatifs d'harmonisation[16,27]. L'approche centralisée directive de type *top-down* du PAG ne serait pas garante d'une cohérence aux trois paliers du réseau de santé et de services sociaux. Les actions seraient peu intégrées dans les PAR et les PAL ainsi que dans les structures aux paliers régionaux et locaux, dans le projet clinique, le continuum de services et les réseaux locaux de services[16]. Dans les autres sphères d'activités, les plans d'action, politiques et programmes gouvernementaux impliquant les partenaires intersectoriels seraient peu incorporés, particulièrement ceux qui s'adressent aux jeunes. Plusieurs initiatives transversales ne seraient pas arrimées en termes d'objectifs et de ressources, notamment celles associées au PAG et celles de Québec en forme. Des liens seraient à tisser avec les stratégies mises en place pour favoriser la réussite éducative, le développement en santé des enfants, l'intervention auprès des jeunes, ainsi que le développement social et la lutte contre la pauvreté pour éviter d'accroître les inégalités sociales de santé[10].

Entre les paliers régionaux et locaux, les relations de complémentarité et d'influence réciproque auraient de la difficulté à s'établir en prévention de l'obésité[16]. Les liens seraient d'intensité variable d'une région à l'autre[16,27] jusqu'à être pratiquement inexistantes avec le local[10]. Dans certaines régions, le palier local hésiterait à collaborer avec le régional par crainte de se faire dicter une marche à suivre. Dans un continuum entre le national et le local, le rôle charnière du régional serait sous-estimé et sous-valorisé[16].

La circulation de l'information touchant le PAG se ferait difficilement du national au local et d'un secteur à l'autre[16,27]. Trop peu de stratégies et de mécanismes de communication seraient appliqués[16]. Les informations parviendraient difficilement au palier régional, parfois considérablement ralenties par des démarches administratives[27]. Notamment, la vision stratégique et l'argumentaire du PAG au regard de l'importance des environnements comme élément d'influence des choix personnels[4,10] ne seraient pas promus avec assez d'intensité et de continuité auprès des directions régionales par les voies hiérarchiques. Les gestionnaires de certains CSSS ne seraient pas mis au courant de ce qui se fait dans la lutte contre l'obésité[10]. À l'intérieur des ministères et

organismes, faute de mécanismes de transmission, il arriverait que le dossier n'atterrisse pas dans la bonne direction. Le travail de collaboration entre les différentes directions internes serait perçu comme difficile et exigeant[27].

Le roulement de personnel aurait des répercussions à plusieurs niveaux. Que ce soit aux niveaux politiques et administratifs[27,28] ou au sein des comités intersectoriels[28], parmi les représentants des partenaires intersectoriels[16], il toucherait tous les paliers du réseau de santé et ralentirait l'instauration d'un climat de confiance, l'appropriation des dossiers et l'exercice de leadership dans les dossiers de prévention de l'obésité[28].

Les difficultés d'adaptation aux besoins et caractéristiques des milieux

Les actions promues par le PAG ne seraient pas nécessairement adaptées aux réalités régionales et locales ni compatibles aux cultures et réalités organisationnelles[16,20,27]. Le travail d'ajustement de ces actions aux divers contextes de mise en œuvre serait souvent escamoté. Ce travail d'adaptation se ferait plus difficilement quand il manque d'information offrant un portrait d'ensemble des actions sur le terrain et que l'accès à des données probantes pour appuyer des décisions à l'échelle locale est défaillant[10]. Bien que le besoin soit de plus en plus présent, il ne serait pas de pratique courante de vulgariser les connaissances de manière à ce que les acteurs se les approprient et les utilisent davantage. Le soutien en la matière, quand il est offert, serait encore embryonnaire[10]. Il reviendrait aux acteurs du terrain d'adapter les outils à leurs réalités[16,27,28].

Certaines tables intersectorielles régionales seraient peu sensibilisées aux besoins et préoccupations du palier local et des partenaires. Bien que les jeunes de 0 à 25 ans et leurs familles constituent la population cible du PAG, le secteur jeunesse serait peu présent à ces tables[16]. De plus, des efforts resteraient à faire pour joindre les populations vulnérables[10].

La recherche de capacités et de compétences accrues pour l'action intersectorielle et la prévention

Tous les intervenants et gestionnaires ne disposeraient pas nécessairement des connaissances et des compétences recherchées pour soutenir la mise en œuvre d'actions intersectorielles et pour s'engager ainsi dans un changement de pratiques. Bon nombre d'entre eux auraient été recrutés en prévention de l'obésité à partir d'une formation disciplinaire spécialisée[10]. Toutefois, travailler à créer des environnements favorables exigerait des compétences polyvalentes telles que l'animation de processus, la capacité de parler le langage des autres, de créer des messages d'utilisation facile pour les autres, d'intégrer différents points de vue, la connaissance des environnements, la gestion de changement[10], etc. Un plan de développement des compétences[27] et des connaissances[16] pertinent à soutenir le changement souhaité prendrait en considération ces divers besoins.

Par ailleurs, beaucoup d'incertitudes subsisteraient sur le comment faire pour soutenir des collaborations intersectorielles fructueuses permettant d'atteindre les objectifs de santé publique. Peu de connaissances seraient disponibles sur les façons de calibrer les interventions de santé publique et de concevoir des processus misant sur des plans de suivi et d'évaluation[28] et portant, entre autres, sur le fonctionnement des mécanismes de concertation[16].

4 Les pistes d'amélioration relatives à la mise en œuvre du Programme national de santé publique (PNSP)

Si les échanges avec les participants aux collectifs d'évaluation se sont avérés essentiels pour maximiser la pertinence, enrichir l'état des deux problèmes de santé et en approfondir la compréhension, ils sont apparus limités pour identifier des cibles d'actions à portée systémique favorisant les changements. Ainsi, les solutions proposées étaient formulées le plus souvent à l'inverse des problèmes identifiés et dans l'ordre du souhaitable.

Toutefois, à partir de l'analyse transversale des construits des deux cas traceurs, il est possible de dégager des pistes d'amélioration de la mise en œuvre du PNSP. Celles-ci se profilent au regard de l'intégration des efforts de prévention dans le secteur de la santé publique, dans le SSSS et dans les autres secteurs d'activités ainsi que de la transformation de pratiques souhaitées par le PNSP 2003-2012 pour joindre les populations vulnérables et les partenaires de la prévention.

4.1 Intégrer davantage les efforts de prévention

La capacité d'action du secteur de la santé publique sur les déterminants de la santé dépend de sa capacité à intégrer les efforts de prévention en fonction des populations ciblées ainsi que des acteurs et des organisations mobilisés. Cette intégration peut se décliner sous l'angle des savoirs pour leur utilisation accrue dans les pratiques, des programmes de prévention pour plus de cohérence sur le terrain auprès de la population, des services pour assurer un continuum de soins et de services, ainsi que des communautés pour mobiliser les acteurs qui détiennent des leviers[9].

Mettant en lumière les dynamiques entre les acteurs, Denis[53] et Contandriopoulos[54] définissent l'intégration comme un processus de redéfinition des frontières entre les acteurs ou les organisations autonomes qui reconnaissent leur interdépendance et leur besoin de collaborer pour résoudre un problème commun. Des « rapports efficaces »[32] doivent s'établir non seulement entre les acteurs de santé publique qui ont une responsabilité légale en matière de prévention, mais aussi avec les acteurs du SSSS, des autres ministères, des organismes communautaires, privés et publics ainsi qu'avec ceux de la société civile qui détiennent les leviers nécessaires pour agir sur les déterminants de la santé. Les trois secteurs examinés fournissent des précisions sur la nature de ces rapports.

4.1.1 RENFORCER LA PRIORISATION ET LA COHÉRENCE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ PUBLIQUE

L'intégration des efforts de prévention dans le secteur de la santé publique se fait surtout verticalement, du national en passant par le régional jusqu'au local avec une plus grande responsabilité donnée aux ressources de 1^{re} ligne. Le dispositif du PNSP, des PAR et des PAL détermine l'offre de service et fournit les balises pour une priorisation et une cohérence dans la mise en œuvre des efforts de prévention. D'autres mécanismes s'y greffent comme les tables de concertation nationale et régionale qui structurent en partie les rapports entre les acteurs.

Les deux cas traceurs présentent des informations complémentaires. Leur examen laisse voir des lacunes dans le rattachement vertical des paliers du secteur de la santé publique.

Promouvoir des relations de complémentarité entre le régional et le local

Le cas obésité fait ressortir que les relations de complémentarité et d'influence réciproque entre le local et le régional peinent à s'établir. Crainte du local de se faire dicter une marche à suivre, sous-valorisation, sous-estimation et exercice partiel du rôle charnière du régional dans le rattachement

des paliers, sont autant de signaux en ce sens[16]. Le cas ITSS met en relief, de surcroît, que ce n'est pas si aisé pour les acteurs de la direction de santé publique d'élargir leur rôle traditionnel d'expertise et de contrôle pour un rôle de soutien au palier local. Conservant parfois leur rôle traditionnel dans les relations avec les partenaires de première ligne, ces acteurs ne contribuent pas à consolider la chaîne locale – école, CSSS, commission scolaire – et la relation entre la direction régionale de santé publique (DRSP) et le CSSS, tel qu'il est attendu dans un rôle de soutien[5,9,18].

Arrimer plus étroitement les orientations, les programmes et les interventions

Les leviers essentiels que sont le PNSP, les PAR et les PAL n'assurent pas à eux seuls la priorisation et la cohérence des interventions en santé publique. La promotion des saines habitudes de vie, dans laquelle se loge le cas obésité, révèle la coexistence de multiples programmes, politiques et plans d'action, dont le PAG, qui ne sont pas arrimés ou très peu au PNSP sur le plan national. L'approche centralisée de type « *top-down* » n'est pas garante d'une cohérence aux trois paliers, même si la marge de manœuvre est restreinte au palier régional et surtout si les programmes ne sont pas adaptés au palier local. Tant le cas obésité que celui ITSS montrent que, sur le terrain, les diversités d'approches et de programmes pour une même population, sans ligne de conduite favorisant l'intégration, mettent à rude épreuve la cohérence verticale souhaitée. Quant à la cohérence entre le PAR et le PAL, elle n'est pas nécessairement continue même si la Stratégie de lutte contre les ITSS est intégrée au PNSP. En effet, le cas ITSS fait état de services intégrés de dépistage jugés prioritaires dans la plupart des PAR et non retenus dans de nombreux PAL. Enfin, les deux cas rendent compte d'informations qui ne circulent pas suffisamment entre les paliers faute de stratégies et de mécanismes.

De plus, le cas obésité indique que l'arrimage vertical des mécanismes horizontaux de concertation jusqu'au palier local est essentiel pour que le réseau local de partenaires sous le leadership de Québec en Forme et une table intersectorielle régionale sous celui de la direction de santé publique puissent travailler de concert[16].

Somme toute, ces observations illustrent que dans le secteur de la santé publique, la cohérence au sein des trois paliers et entre les paliers en matière d'orientations, de programmes, d'interventions et de relations mérite d'être renforcée. Les CSSS et les réseaux locaux de services restent le maillon le plus fragile du rattachement alors qu'ils sont un point de convergence important de la mise en œuvre du PNSP[7].

4.1.2 DÉVELOPPER DAVANTAGE DES RAPPORTS TRANSVERSAUX DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (SSSS)

L'intégration des efforts de prévention dans le SSSS présente des défis. Déjà, il est rapporté dans la mise à jour du PNSP[32] que les activités de prévention sont peu intégrées à celles du système de soins et services. Pour ce faire, des relations étroites de collaboration doivent s'établir entre les acteurs de la santé publique et les décideurs de leurs propres organisations, et ce, aux trois paliers.

Mettre en valeur la place de la prévention dans les CSSS

Or, les deux cas traceurs font état, en dépit de caractéristiques différentes, que la place de la prévention dans le SSSS n'est pas acquise. Suivant le cas ITSS, la prévention n'obtient pas d'emblée la faveur des acteurs en raison notamment de sa charge morale, du manque d'aisance des acteurs à en traiter et des populations vulnérables aux ITSS peu attrayantes, des ressources limitées et du cloisonnement entre les approches[9]. Dans le cas obésité, malgré l'ampleur de l'action du PAG, les fonds afférents et l'absence d'une charge aussi négative accolée au dossier ou à la population comme dans le cas ITSS, la place accordée à la prévention n'est guère meilleure dans les

organisations du réseau de la santé et des services sociaux[10,12]. Les pressions sont grandes pour investir dans les services curatifs plutôt que préventifs considérant notamment le développement de projets cliniques, les demandes de soins et services pour les personnes âgées, l'éclosion récente de nouvelles maladies contagieuses et la volonté politique de réduire les temps d'attente dans les urgences[7]. La prévention, plutôt que d'infiltrer le secteur curatif et d'influencer les modes de pratique, semble de plus en plus se « médicaliser » et être utilisée au service du curatif[9].

Travailler à positionner les services de prévention dans les CSSS et à lever les embûches

Au sujet des services de prévention en vigueur, le cas traceur ITSS fait voir des difficultés à prendre la place souhaitée dans l'organisation des CSSS. Portés seulement par les acteurs de santé publique dont le mandat et les rôles sont exclusivement définis par leur secteur plutôt que conjointement avec les dirigeants des CSSS, les services de prévention ne sont pas bien positionnés pour exercer une influence dans l'organisation. Les services intégrés de dépistage et de prévention ITSS sont très souvent isolés dans leur milieu de pratique[5,9,13]. Quant au cas obésité, il montre des centres de santé qui travaillent toujours à se faire une place dans les CSSS[15].

De plus, le cas ITSS rend compte, comme signalé précédemment, de plusieurs embûches à l'intégration des pratiques cliniques préventives qui dépassent les services en soi et parfois l'organisation des CSSS. Pour les résoudre et assurer la mise en œuvre des activités, il faut souvent faire de multiples démarches et contacts avec d'autres acteurs. À défaut de porteur pour faire les liens nécessaires, plusieurs embûches demeurent. Il faut travailler à intégrer la prévention dans les services et s'assurer d'un leader du dossier qui contribue à lever les embûches.

Mobiliser les acteurs des services de 1^{re}, 2^e et 3^e lignes

Si le cas obésité ne nous permet pas d'observer l'intégration de la prévention dans le continuum de soins et services de 1^{re}, 2^e et 3^e lignes, en revanche, le cas ITSS montre certaines entraves. La fracture entre le social et le médical limite les références de patients d'un secteur à l'autre. Des lacunes dans le réseautage entre les ressources communautaires et publiques réduisent l'accès aux services pour les populations vulnérables aux ITSS. Des relations tendues ou inexistantes entre les ressources du CSSS et les autres ressources de 1^{re} ligne et les ressources spécialisées comme celles en maladies chroniques et en VIH rendent la trajectoire du patient plus incertaine dans le SSSS[5,7,9].

La consolidation des services préventifs dans les CSSS et les réseaux locaux de services et leur intégration aux soins et services demeurent une grande préoccupation. Ce n'est pas seulement une question de relations d'individus, mais aussi d'organisation. Beaucoup d'acteurs engagés s'interrogent toujours sur les façons d'y arriver au profit d'une prévention renforcée. Ces indications laissent voir que le virage menant à l'exercice de la responsabilité populationnelle et à l'implantation des réseaux locaux de services n'est pas pleinement achevé[5,7,9,10].

4.1.3 NOURRIR LES INTERFACES AVEC LES AUTRES SECTEURS D'ACTIVITÉS EXTÉRIEURS AU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Enfin, l'intégration des efforts de prévention à l'extérieur du SSSS suppose des interfaces étroites entre les acteurs d'autres ministères et d'organismes publics, privés et communautaires, ainsi qu'entre ceux de la société civile. Seul le cas obésité éclaire la question.

Influencer au moyen d'un plan d'action gouvernemental

L'avènement du PAG marque une avancée indéniable en matière d'efforts pour intégrer la prévention dans les secteurs d'activités extérieurs au secteur de la santé et des services sociaux au moyen de l'action intersectorielle, étant donné son cadre conceptuel à même de créer une synergie d'actions et d'acteurs ainsi qu'une cohérence d'ensemble autour des saines habitudes de vie. Sa mise en œuvre suscite une prise de conscience de certains milieux de la société civile comme l'industrie agroalimentaire ou l'industrie de la mode, au point où des améliorations sont apportées et où le discours sur les saines habitudes de vie est récupéré[10].

Exercer un leadership de mobilisation et de soutien

Toutefois, le cas obésité met en lumière qu'il faut plus qu'un plan d'action gouvernemental pour une réelle intégration des efforts de prévention dans les autres secteurs d'activités. Les acteurs connaissent les actions à faire, mais ne semblent pas se les être pleinement appropriées. L'expérience actuelle appelle à ce que les acteurs de santé publique, dans le cadre d'une action intersectorielle, soient davantage des partenaires, exercent un leadership partagé et prennent en compte les réalités des autres secteurs pour développer avec eux un langage et une vision communs de l'action[3,27,28].

Des ajustements sont à considérer dans le rapport entre les acteurs de santé publique et les acteurs des autres secteurs. La recherche de leviers plus fermes pour agir auprès des industries, à l'instar de la lutte contre le tabac, et de stratégies plus élaborées pour miser davantage sur la mobilisation citoyenne s'inscrit dans les perspectives d'avancement[10].

En somme, sous l'éclairage des cas traceurs, l'intégration des efforts de prévention semble plus susceptible de se réaliser au sein du secteur de santé publique par un rattachement plus serré en termes d'orientations, d'activités et de relations entre les paliers avec une considération plus grande des réalités terrain de mise en œuvre. Dans le SSSS, l'intégration des efforts de prévention renvoie au positionnement des services de prévention dans l'organisation, à l'influence exercée par les acteurs ainsi qu'à la capacité de surmonter des embûches, de décloisonner les services et de mobiliser les acteurs de 1^{re}, 2^e, et 3^e lignes. Enfin, dans les autres secteurs d'activités, l'intégration des efforts de prévention semble obliger les acteurs de santé publique à se déplacer davantage vers leurs partenaires pour s'inscrire dans leur réalité. S'il y a un intérêt indéniable à intégrer la prévention dans les soins et services et en dehors du réseau de la santé et des services sociaux pour étendre la capacité d'action dans le domaine, des risques de dilution et de dispersion subsistent.

4.2 Transformer certaines pratiques

Les deux cas traceurs font ressortir les différentes caractéristiques relatives aux contextes de complexité dans lesquels les acteurs interviennent et la transformation nécessaire de certaines pratiques pour mobiliser les acteurs et joindre les populations vulnérables ainsi que la population en général.

4.2.1 ADAPTER LES PRATIQUES AUX CONTEXTES D'ACTION

S'il est largement reconnu qu'il faut adapter les interventions de prévention aux réalités des milieux, qu'ils soient favorisés ou défavorisés, urbains ou ruraux, multiethniques ou uniethniques, plusieurs défis liés aux contextes d'intervention doivent être relevés pour y arriver.

Le cas ITSS, axé surtout sur des populations vulnérables incluant les jeunes, donne à voir une grande variabilité de conditions d'un territoire à l'autre pour joindre ces populations dans leur milieu de vie, approche jugée plus adaptée pour ces populations. L'ampleur du problème, du territoire à couvrir et de la population à joindre, la disponibilité de ressources humaines, financières et organisationnelles de même que la reconnaissance du problème et des populations vulnérables par les CSSS sont autant de variables qu'un modèle unique d'intervention ne peut satisfaire. Adapter les pratiques aux contextes d'action exige de la créativité, de l'entrepreneuriat et des marges de manœuvre.

Le cas obésité, axé davantage sur les jeunes et la population en général, met aussi en évidence la nécessité d'adapter les actions du PAG aux contextes de mise en œuvre. Il rappelle la pertinence d'inclure le secteur jeunesse aux tables intersectorielles régionales (TIR) et d'accentuer les efforts pour joindre les populations vulnérables sans quoi, selon Frolich et Potvin[55], la prévention axée seulement sur la population en général pourrait contribuer à accroître l'écart de santé entre la population en général et les populations vulnérables.

Les cas traceurs éclairent d'autres conditions sur le terrain avec lesquelles les acteurs doivent composer telles que le roulement de personnel, les incertitudes quant aux stratégies et aux moyens pour joindre les populations vulnérables, la pluralité d'approches et de philosophies d'intervention ainsi que la résistance d'acteurs à sortir de leurs pratiques habituelles et à adopter une vision plus large des problèmes[5]. Enfin, les cas traceurs rapportent des conditions peu favorables aux transformations de pratique comme le fait de concevoir l'innovation surtout par addition et non-réaménagement de tâches et de faire peu de place à l'expérimentation[28] et au soutien d'interventions atypiques comme les services de dépistage des ITSS hors les murs[13].

4.2.2 CONSENTIR DES EFFORTS À PLUSIEURS NIVEAUX POUR ACTUALISER DES COLLABORATIONS INTERSECTORIELLES

Dans la collaboration intersectorielle, la reconnaissance par les acteurs de leur interdépendance pour résoudre un problème commun sous-tend une égalisation circonstancielle de pouvoir entre les partenaires[5]. Imprégnés d'expériences différenciées de collaboration intersectorielle, les cas traceurs exposent des situations tantôt différentes, tantôt semblables ou complémentaires pour ce qui est de la transformation de pratiques.

Égaliser les rapports avec les organismes communautaires

Seul le cas ITSS fournit des informations quant aux interfaces fragiles entre la santé publique et les organismes communautaires pourtant essentielles pour joindre les populations vulnérables. Les interfaces, dont peu d'ententes formelles en tiennent lieu, reposent sur les individus qui, de part et d'autre, sont soumis au roulement élevé de personnel. Des approches divergentes font plus souvent l'objet de tension que de conciliation ou d'addition d'expertises qui peuvent être une condition stratégique[56]. Les projets initiés unilatéralement par la santé publique peuvent porter ombrage à la collaboration avec les organismes communautaires. La duplication des interventions, la sous-utilisation des travailleurs de rue et l'absence de consensus sur certaines façons de faire qui sont engendrées réduisent leurs portées. De plus, le financement des organismes communautaires par problématique et par population vulnérable ne favorise pas la concertation entre ces organismes

autour d'un projet commun au contraire d'un financement par projet. Une reconnaissance tangible de l'expertise des organismes communautaires, réclamée depuis plusieurs années, pourrait contribuer au rééquilibrage des rapports entre les deux parties pour une collaboration plus profitable[5,9].

Assouplir les modes de gestion avec les ministères et les organismes

Le cas obésité fait apparaître le choc que représente l'introduction de la collaboration intersectorielle dans les ministères et organismes mobilisés par le PAG et caractérisés par une culture sectorielle, un travail en silo et une reddition de comptes en conséquence. Des transformations dans les modes de gestion doivent s'opérer concurremment au mode dominant pour introduire des mesures appropriées à la collaboration intersectorielle et permettre des initiatives pangouvernementales.

Mobiliser les milieux municipaux et scolaires

Le cas ITSS met en relief la quasi-impossibilité de l'action intersectorielle pour les populations dites « socialement dérangeantes » quand la municipalité, les organismes communautaires, la sécurité publique et la santé publique sont incapables d'aller au-delà de leur propre logique d'action. Sans légitimité politique ni mandat formel et spécifique pour instaurer les partenariats nécessaires, les collaborations se résument souvent à de simples échanges d'informations[24].

Le cas obésité jette un éclairage sur la faible réponse des milieux municipaux à la démarche de planification de la stratégie environnementale du « Programme 0-5-30 » trop détaillée de la santé publique et peu appropriée en contexte de complexité. Des règles minimales[33] conviennent davantage pour assurer une cohérence et laisser une place à l'adaptation. De plus, les exigences trop élevées de la santé publique en matière d'implication d'acteurs des milieux scolaires, de ressources nécessaires notamment, contraignent la mise en œuvre d'un programme[25]. Le cas ITSS en matière d'éducation à la sexualité fait plutôt valoir que l'absence d'ancrage explicite en milieu scolaire et de place spécifique dans le PNSP ainsi que de règles claires du milieu scolaire donne lieu à une grande hétérogénéité de pratiques, de contenus et un flou contre-productif concernant les ressources à déployer entre les différents paliers d'un même réseau et entre les deux réseaux éducation/santé[18].

La collaboration intersectorielle s'avère une capacité essentielle à développer et à actualiser pour influencer les milieux[8]. Si elle constitue en soi une source de transformations de pratiques, les observations issues des cas traceurs traduisent la nécessité de consentir des efforts à plusieurs niveaux, conceptuel, structurel, opérationnel et relationnel, tels que rapportés par Denis[35], pour opérer des changements et établir des collaborations fructueuses.

4.2.3 PUISER À MÊME LES PRATIQUES EN ÉMERGENCE

Dans un contexte de complexité, le cas obésité, par son action intersectorielle, révèle tout particulièrement de nouvelles pratiques afin d'aller plus loin dans la mise en œuvre du PNSP, l'intégration de la prévention dans le SSSS et à l'extérieur ainsi que dans le soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle.

Aller au-delà des intérêts respectifs pour construire une vision partagée

Une vision commune de l'action à accomplir est un idéal à réaliser, compréhensible et crédible, pour les acteurs concernés[33]. La mise en œuvre du PAG révèle les difficultés auxquelles les acteurs de santé publique sont confrontés dans l'élaboration de cette vision. Aller au-delà des divergences de missions, de mandats, de culture, de langages et des modes de fonctionnement des différents secteurs pour construire une vision commune et partagée par les partenaires et leur propre secteur

entraîne les acteurs dans un changement de pratique. Les attentes sont multiples au sujet de cette vision, plus sociétale[16,27], politique, administrative, et communautaire[4], plus adaptée à la réalité régionale[16], positive, axée sur l'amélioration de la qualité de vie, le plaisir de bouger et de bien manger pour une société plus prospère[4,10].

Pour y arriver, les acteurs de santé publique sont ainsi incités à intégrer davantage les points de vue des partenaires afin de les intéresser, les enrôler et les mobiliser, comme le suggère Callon[57]. Il s'agit notamment de pratiques de coconstruction reposant sur la participation. Ces processus de concertation sont déterminants dans la mobilisation d'acteurs. Le cas obésité est explicite à cet égard : il faut travailler à les simplifier[27] de manière à éviter la multiplication de mécanismes et de structures, la duplication des efforts, les pièges de l'hyper-concertation et l'essoufflement des acteurs[16] pour une plus grande efficacité.

Exercer un leadership de santé publique accru

Quant à l'exercice souhaité d'un plus grand leadership des instances de santé publique à soutenir le PNSP, les cas traceurs reflètent des situations différentes à cet égard. Le cas obésité fait voir que ce leadership est exercé et reconnu dans le cadre du PAG[4] alors que le cas ITSS présente les acteurs en questionnement sur le leadership à exercer dans son ensemble, bien que des intervenants l'assument à la pièce dans des dossiers particuliers[9]. Toutefois, sous la loupe du cas obésité, il semble toujours difficile de faire en sorte que la prévention soit à l'agenda politique et portée par le politique[4]. Il est souhaité que les hauts dirigeants de santé publique aient plus d'influence pour que le politique fasse une priorité de la prévention[10]. Il semble également que l'exercice du leadership doive se moduler en fonction des contextes et se partager avec les ministères et organismes[4,16,27,28].

Quoi qu'il en soit, comme les deux cas traceurs le démontrent, la place de la prévention n'est pas acquise dans le SSSS ni la mise en œuvre du PNSP, son principal levier. Le leadership actif de la santé publique à tous les paliers et dans les autres secteurs extérieurs au SSSS apparaît de première importance, dans les circonstances, pour permettre une meilleure intégration de la prévention et accroître la capacité d'action à l'interne et à l'externe du SSSS.

Jouer de nouveaux rôles

Dans pareil contexte de transformation et d'ouverture aux partenaires[36], les rôles des acteurs de santé publique évoluent et des frontières sont à négocier avec les acteurs[53,54]. Des zones grises demeurent. D'une part, le cas obésité montre que, particulièrement sous l'angle de la complémentarité[4,16,27], les rôles ne sont pas bien compris par tous les acteurs. D'autre part, le cas ITSS met en évidence que la culture d'accompagnement n'est pas si acquise par les acteurs de santé publique et que les rôles de ces acteurs doivent aussi se définir en fonction des projets et des contextes. L'expérimentation d'une stratégie de facilitation visant à intégrer des pratiques cliniques préventives ITSS dans les services de 1^{re} ligne montre que de nouveaux rôles complémentaires se définissent en cours de collaboration par les acteurs des milieux cliniques, des CSSS et de la DRSP pour la bonne marche du projet[21].

Si un cadre de référence est souhaité pour les tables intersectorielles régionales[16], il importe que les acteurs de santé publique disposent de marges de manœuvre pour ajuster leurs rôles en fonction des projets et des partenaires[33].

Développer de nouvelles compétences

La collaboration intersectorielle requiert plus de compétences polyvalentes que celles qui ont servi à recruter bon nombre d'acteurs de santé publique, soit une formation disciplinaire spécialisée et une expertise de contenu[10]. Le cas obésité rend bien compte du besoin de nouvelles compétences pour participer à créer des environnements favorables et animer des collaborations intersectorielles qui portent des fruits : notamment des connaissances et des habiletés en communication ainsi que des compétences en ce qui a trait à la coordination d'action, la gestion de conflits, l'évaluation, etc.

Levier important de transformation des pratiques, le développement des compétences, comme d'autres volets de la mise en œuvre du PNSP, nécessite d'être arrimé aux besoins du terrain, aux projets stratégiques des organisations et à l'évolution de l'action de santé publique. Diverses stratégies peuvent être privilégiées : la formation de type classique, les apprentissages collectifs, l'organisation apprenante et l'accompagnement. De plus, une condition opérationnelle de la collaboration intersectorielle devrait s'ajouter, à l'instar du développement des communautés, soit l'addition des expertises des acteurs : expertise de contenus, expertise de processus et expertise citoyenne[56]. Cette dernière s'apparente à l'expertise des partenaires, en termes de valeurs et de conscience de leur milieu, nécessaire à la mise en œuvre des interventions en santé publique.

Stimuler la circulation de l'information, le développement et le transfert des connaissances

La circulation de l'information, le développement et le transfert des connaissances sont d'autres leviers pour favoriser la transformation des pratiques. Le cas obésité fait apparaître des difficultés concernant la circulation de l'information du national au local et d'un secteur à l'autre, à tous les paliers[16,19,27]. Par ailleurs, le MSSS sait peu de choses sur ce qui se passe aux paliers régionaux et locaux, faute de mécanismes de communication, de données et d'indicateurs de gestion pertinents qui rendent compte des actions sur les environnements, notamment à l'échelle locale[10].

Au sujet du développement des connaissances, le cas ITSS met en évidence l'importance d'apprécier les retombées des actions réalisées par les organismes communautaires afin de faciliter l'intégration de ces savoirs et le développement d'approches innovantes. Il y aurait lieu de privilégier des travaux ancrés dans des contextes réels ayant des retombées immédiates sur les populations visées[9]. Le cas obésité soulève le besoin de connaissances relatives au calibrage des interventions de santé publique et au fonctionnement de processus efficaces de concertation[10].

Enfin, le cas obésité souligne que le transfert des connaissances n'est pas optimal. Peu d'outils sont adaptés aux réalités du terrain[16,27,28]. La vulgarisation des connaissances de manière à ce que les acteurs se les approprient et les utilisent davantage n'est pas encore une pratique très courante. Le besoin est présent, mais le soutien en la matière, quand il est offert, est encore embryonnaire[10].

Ces connaissances recueillies sur les nouvelles pratiques, dans le cadre de la collaboration intersectorielle, témoignent indéniablement d'un contexte en transformation. Elles rendent visible l'ajustement nécessaire des rapports entre les acteurs de santé publique et les autres acteurs. Des leviers sont ainsi mis au jour, tels que l'élaboration d'une vision commune, l'exercice du leadership, l'exercice de nouveaux rôles, le développement des compétences, l'addition des expertises, la circulation de l'information ainsi que le développement et le transfert des connaissances. Mais, tout n'est pas encore explicite sur la façon de les activer pour faire avancer sur le terrain la collaboration intersectorielle dans une perspective de mise en œuvre du PNSP. Ces signes d'ouverture aux autres acteurs comportent par ailleurs des enjeux de direction, de coordination et de cohérence pour atteindre les objectifs de santé publique.

Conclusion

Le rapport est le résultat d'une mobilisation et d'une mise à profit de connaissances pour comprendre les conditions de mise en œuvre du PNSP. Il rend compte de métasynthèses de 27 études qualitatives sélectionnées en matière de prévention des ITSS et de l'obésité : les deux cas traceurs pour examiner la mise en œuvre du PNSP. Le concours de collectifs d'évaluation vient enrichir et valider les analyses interprétatives effectuées, à partir d'un cadre donné, sur les résultats des études. Les métasynthèses à portée évaluative ne couvrent pas l'ensemble de la mise en œuvre du PNSP 2003-2012. Elles ne rendent pas compte du chemin parcouru ni des bons coups, mais elles mettent en relief l'importance du PNSP à la consolidation du champ d'action de la santé publique et des divers dispositifs utilisés pour le mettre en œuvre. Elles fournissent des renseignements utiles pour comprendre certaines conditions de mise en œuvre du PNSP et envisager certains ajustements dans les façons de faire et poursuivre la réflexion et l'action au sujet de l'intégration de la prévention dans le SSSS et dans les autres secteurs d'activités.

L'observation des cas traceurs fait ressortir les difficultés de parcours rattachées aux pratiques de gouvernance, de gestion et d'intervention et éclaire les efforts d'ouverture vers les acteurs des autres secteurs dans un contexte en transformation. L'intégration de la prévention dans le SSSS passe d'abord par le secteur de la santé publique. Le rattachement vertical avec le palier local mérite d'être renforcé pour accroître la mise en œuvre et son efficacité. Il est certes question de cohérence accrue entre les paliers, de relations étroites entre les acteurs et de circulation de l'information entre les paliers, mais aussi de prise en considération des réalités, des capacités et des connaissances du palier local. Sans renier l'importance des connaissances scientifiques, l'apport de connaissances expérientielles relatives au contexte, aux valeurs, aux habitudes, etc. appropriées en zone de complexité[33] permet de mieux comprendre la mise en œuvre du PNSP et de l'ancrer davantage dans l'action sur le terrain.

L'explosion des connaissances, les multiples actions dans différents domaines au sein du PNSP, les différentes populations à joindre ainsi que les différents acteurs et partenaires à solliciter commandent le recours à des stratégies et dynamiques de convergence plutôt que de fragmentation pour tirer le maximum des efforts de prévention. L'identification de cibles, l'élaboration d'une vision commune des actions à accomplir, l'exercice d'un leadership et d'une coordination adaptés ainsi que la mise en place de processus efficaces tiennent de ces stratégies et de l'exercice d'un rôle d'intégrateur[33] en santé publique pour assurer une cohérence et maintenir le cap.

Si les effets attendus de la mise en œuvre du PNSP, dont une contribution plus grande d'expertise et de leadership des trois paliers à l'exercice de la responsabilité populationnelle, le développement d'actions transversales et intersectorielles, le décroisement des secteurs d'activités, ne se font pas pleinement sentir, c'est qu'ils renvoient notamment à la transformation de pratiques. Les cas traceurs font voir des résistances et des obstacles à modifier le statu quo dans les rapports entre les acteurs de santé publique et les autres acteurs intra et intersectoriels. Ils mettent aussi en évidence des tentatives d'amélioration de ces rapports qui ont pour conséquence des changements de cultures organisationnelles et de pratiques de gestion et de gouvernance.

Il faut du temps pour ajuster les dispositifs de gouverner, les pratiques de gestion et d'intervention. Il faut aussi du temps pour que les acteurs développent leur compréhension du changement, s'approprient les composantes pertinentes et l'implantent. Il reste un chemin à parcourir et des façons de faire à mettre au jour pour améliorer la mise en œuvre. L'expérimentation de nouvelles pratiques en contexte peut être une source utile d'information et d'apprentissage pour les trois paliers du secteur de santé publique.

Bibliographie

Études sélectionnées et collectifs

1. BELLOT, C., et l'Équipe de recherche vers la reconnaissance de l'action communautaire des Programmes d'échange de seringues. *Rendre visible, l'invisible*. Université de Montréal, École de travail social, Rapport de recherche, 2012.
 2. BELZILE, D., et A. FAFARD. *Évaluation d'implantation du nouveau modèle de promotion de l'activité physique du programme Kino-Québec*, Sainte-Marie, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2009.
 3. BERGERON, P., et S. REYBURN. *L'impact de l'environnement bâti sur l'activité physique, l'alimentation et le poids*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2010.
 4. BERNIER, S. *La notion de leadership dans le cadre de la gouvernance interministérielle pour la promotion des saines habitudes de vie : les perceptions des hautes autorités politiques*, Étude exploratoire dans le cadre de la maîtrise internationale pour le leadership en santé (IMHL), Montréal, Université McGill, 2011.
 5. BILODEAU, A., J. BEAUCHEMIN, D. BOURQUE et M. GALARNEAU. *L'intervention en prévention des ITSS à Montréal : potentialités, limites et défis de la collaboration dans le contexte de la création des CSSS. Démarche évaluative en soutien à la mise en œuvre de la Stratégie québécoise de lutte contre le VIH, le VHC et les ITS*. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux, Direction de santé publique, 2011.
- et
- BILODEAU, A., M. GALARNEAU, J. BEAUCHEMIN et D. BOURQUE. *L'expérimentation de stratégies de partage et utilisation des connaissances dans le champ montréalais de la prévention des ITSS*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux, Direction de santé publique, de Montréal, 2012.
6. BOUCHER, D., H. SYLVAIN et L. PELLETIER. *Rapport d'évaluation de l'implantation du plan d'action 2010-2011 de Lévis en Forme*. Laboratoire de recherche sur la santé en région (LASER), Lévis, Université du Québec à Rimouski (campus de Lévis), 2012.
 7. BOYER, G., M. MORIN, P.B. LORTIE et M.A. ROY. *Oser faire autrement : Rapport de l'étude des besoins au regard des ITSS et du travail en RLS*, Collection Pour mieux travailler ensemble dans la lutte contre les ITSS, no 3, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014.
 8. CARON, F., et D. MOORE. *Évaluation de l'implantation d'un projet d'éducation à la sexualité en regard des rôles et stéréotypes sexuels dans deux écoles primaires situées en Montérégie*. Longueuil : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, 2004.
 9. COLLECTIF D'ÉVALUATION ITSS, soutien à l'évaluation du PNSP, rencontres du 14 juin 2012 et 2 novembre 2012.
 10. COLLECTIF D'ÉVALUATION OBÉSITÉ, soutien à l'évaluation du PNSP, rencontres du 3 juillet 2013 et 9 octobre 2013.

11. DESCHESNES, M., Y. COUTURIER, S. LABERGE *et al.* *Les facteurs influençant la dissémination et l'adoption de l'approche École en santé*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2008.
12. DUBOIS, N., et M. MASSE JOLICOEUR. *Évaluation de la mise en œuvre du programme 0-5-30 combinaison prévention*. Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides et CREXE, École nationale d'administration publique, Saint-Jérôme et Québec, 2008.
13. IMBLEAU, M., et C. ROSSI. *Un portrait des Services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (SIDEPE) 2004-2005*. Montréal et Québec : Institut national de santé publique du Québec et Direction de la santé publique de la Capitale-nationale, 2006.
14. LABERGE, A., P. BERGERON et C. ROSSI. *Évaluation des « Services intégrés de dépistage et de prévention » des infections transmissibles sexuellement et par le sang – Résultats de l'étude de faisabilité*. Québec : Institut national de santé publique du Québec et Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale, 2004.
15. LEBLANC, E., V. LEAUNE et M.C. GÉLINEAU *Évaluation des Centres d'éducation pour la santé*, Direction de santé publique, Agence de santé et de services sociaux de Montréal, 2012.
16. LELIÈVRE, P. *Projet de soutien aux tables intersectorielles régionales en saines habitudes de vie (TIR SHV). Élaboré dans le cadre du déploiement du Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, Investir pour l'avenir (PAG), rapport remis à la Table de concertation nationale prévention-promotion (TNCPP), 2012.*
17. NOËL, L., J. LAFOREST, et P.R. ALLARD. *L'accès au suivi et au traitement pour les personnes atteintes de l'hépatite C au Québec. Analyse de l'offre de service*, Montréal : Institut national de santé publique du Québec, 2007.
18. OTIS, J., L. GAUDREAU, F. DUQUET, F. MICHAUD et É. NONN. *L'intégration et la coordination des actions en éducation à la sexualité en milieu scolaire dans le contexte en transformation des réseaux de l'éducation et de la santé*. Démarche évaluative en soutien à la mise en œuvre de la Stratégie québécoise de lutte contre le VIH, le VHC et les ITS, Montréal, Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé, Université du Québec à Montréal, 2012.
19. POISSANT, C. *L'approche intégrée, globale et concertée de la promotion des saines habitudes de vie dans Lanaudière. Évaluation participative et formative de représentations et de pratiques en évolution – Volet adaptation lanaudoise de l'approche*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 2010a.
20. POISSANT, C, et C. RICHARD. *L'approche intégrée, globale et concertée de la promotion des saines habitudes de vie dans Lanaudière. Évaluation participative et formative de représentations et de pratiques en évolution – Volet réceptivité des milieux aux offres de services proposées*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 2010b.
21. PROVOST, M.H., L. MOREAULT et L. CARDINAL. *Accompagner un changement dans les pratiques cliniques préventives : apprentissages et conditions critiques*, rapport de recherche-action. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux (coll. L'intégration de pratiques cliniques préventives), 2013.
22. RACINE, M. *Évaluation de l'implantation du projet Communautés locales en forme et en santé (CLEFS)*, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, Québec, 2012.

23. ROY, É., V. DENIS, N. GUTIÉRREZ, N. HALEY et C. MORISSETTE. *Projet de prévention du passage à l'injection de drogues chez les jeunes de la rue. Volume 4 : Rapport sur l'évaluation du processus de la campagne de prévention*. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux, Direction de santé publique, 2007.
24. ROY, S., M. PERREAULT, P.A. LÉVESQUE, I. BILLETTE et V. VANASSE. *Représentations des actions intersectorielles dans la lutte contre le VIH/sida – Volet 1 : Les points de vue des acteurs-clés de divers secteurs du centre-ville de Montréal*. Montréal : Université du Québec à Montréal, 2005.
et
ROY, S., M. PERREAULT, G. THOMAS, P.A. LÉVESQUE, I. BILLETTE et V. VANASSE. *Représentations des actions intersectorielles dans la lutte contre le VIH/sida – Volet 2 : Les points de vue des acteurs-clés de divers secteurs de Québec et de Sherbrooke*. Montréal : Université du Québec à Montréal, 2006.
25. ROYER, A., L. M. MANCEAU, G. GILBERT et R. BARBONNE. *Évaluation de la mise en œuvre du programme Mon école à pied, à vélo! Dans 40 écoles primaires des régions de la Capitale-Nationale et de Montréal*, Québec, Direction régionale de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2011.
26. ROYER, A., M. TURCOTTE, L.M. MANCEAU et S. DUGAL. *Évaluation d'une mobilisation régionale et locale sur les saines habitudes de vie, le poids et la santé. Dans le cadre de l'approche 0-5-30 combinaison prévention de la région de la Capitale-Nationale*, Québec, Direction régionale de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2009.
27. SAINT-LAURENT, L. *Évaluation de l'implantation du Plan gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes liés au poids 2006-2012, Investir pour l'avenir*, Québec, Direction de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012.
28. ST-PIERRE, L. *L'approche pangouvernementale pour la santé. Le cas du Plan d'action gouvernemental pour la promotion des saines habitudes de vie et la prévention des problèmes liés au poids du Québec*, Centre collaborateur de l'OMS sur les politiques relatives à la prévention des maladies chroniques non transmissibles, Agence de la santé publique du Canada, Organisation panaméricaine de la santé, 2012.
29. TURCOTTE, M., P. CHAUMETTE et J. MORISSET. *Rapport final d'évaluation 2005 – Programme « Chaque jour, moi j'croque 5 fruits et légumes »*, Québec, Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale, 2005.

Autres références

30. MORISSET, J., L. JOBIN, H. VALENTINI et P. JOUBERT. « La prévention dans le système de santé québécois », *Traité de prévention*, chapitre 55 (sous la direction de François Bourdillon), France, Médecine-Science Flammarion, 2009, p. 386-393.
31. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 2003.
32. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012 Mise à jour 2008*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 2008.
33. ROY, D.A., E. LITVAK et F. PACCAUD. *Des réseaux responsables de leur population. Moderniser la gestion et la gouvernance en santé*, Mascouche, Le point en administration de la santé et des services sociaux, 2010.

34. BRETON, M., J.F. LÉVESQUE, R. PINAULT, L. LAMOTHE et J.L. DENIS. « L'intégration de la santé publique à la gouverne locale des soins de santé au Québec : enjeux de la rencontre des missions populationnelle et organisationnelle », *Pratiques et organisation des soins*, volume 39 n° 2, 2008, avril-juin, p. 113-124.
35. DENIS, J.L. Travail institutionnel et implantation des réformes : le cas des CSSS, présentation le 16 février 2012.
36. LABERGE, A. et J. MORISSET, en collaboration avec M. IMBLEAU. *Une lecture stratégique des conditions de mise en œuvre*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et Institut national de santé publique du Québec, janvier, 2007.
37. AUBRY, F., et L. POTVIN, *Construire l'espace sociosanitaire. Expériences et pratiques de recherche dans la production locale de la santé*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2012.
38. GREENHALGH, T, G. ROBERT, F. MACFARLANE, P. BATE et O. KYRIAKIDOU. « Diffusion of Innovations in Service Organisation: Systematic review and Recommendations », *Milbank Quarterly*, 82 (4), 2004, p. 581-629.
39. SMITH, G.R. JR., E.P. FISCHER, C.R. NORDQUIST, C.L. MOSLEY et N.S. LEDBETTER. « Implementing Outcomes Management Systems in Mental Health Settings », *Psychiatry Services*, 48(3), 1997, p. 364-368.
40. NEUHAUSER, D. « Assessing Health Quality: The Case for Tracers », *Journal of Health Services Research and Policy*, 9(4), 2004, p. 246-247.
41. NOLTE, E., S. WAIT et M. MCKEE, *Investing in Health: Benchmarking Health Systems*. Nuffield Trust, 2006.
42. PINEAULT, R., P. TOUSIGNANT, D. ROBERGE, P. LAMARCHE, D. REINHARZ, D. LAROUCHE, G. BEAULNE et D. LESAGE. « The research collective: a tool for producing timely, context-linked research syntheses », *Healthcare Policy*, 1(4), 2006, p. 58-75.
43. PINEAULT, R., P. TOUSIGNANT, D. ROBERGE, P. LAMARCHE, D. REINHARZ, D. LAROUCHE, G. BEAULNE et D. LESAGE. « Involving decision-makers in producing syntheses: The case of the research collective on primary healthcare in Québec », *Healthcare Policy*, 2(4), 2007, p. 2-17.
44. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'épidémie silencieuse. Les infections transmissibles sexuellement et par le sang. Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Québec, Direction des communications du MSSS, 2010.
45. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*, Rapport d'une consultation de l'OMS. (Publication No 894). Genève, OMS-Organisation mondiale de la santé, 2003.
46. LAMONTAGNE, P. et D. HAMEL. *Le poids corporel chez les enfants et adolescents du Québec : de 1978 à 2005*. Institut national de santé publique du Québec, Québec, 2009.
47. MONGEAU, L. *L'excès de poids dans la population québécoise de 1987 à 2003*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, Québec, 2005.
48. STATISTIQUE CANADA, CANSIM, <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=eng&retrLang=eng&id=1050501&paSer=&pattern=&stByVal=1&p1=1&p2=-1&tabMode=dataTable&csid>, 2015.

49. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Investir pour l'avenir. Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 2006.
50. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC) (2011). *Obesity. Halting the epidemic by making health easier. At A Glance 2011*, Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 2011.
51. KATZMARZYK, P.T., and I. JANSSEN. « The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: An update », *Canadian Journal of Applied Physiology* 29(1), 2004, p. 90-115.
52. DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA MONTRÉGIE, *Rapport de la directrice de santé publique 2011. Penser, aménager, réinventer nos environnements pour des générations en santé*, Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2011.
53. DENIS, J.L., L. LAMOTHE, A. LANGLEY et A. VALETTE. « The struggle to redefine boundaries in health care systems », dans Brock, D. et al. (Eds), *Restructuring the Professional Organization Accounting*, Health Care and Law, London, Routledge, 1999, p.105-130.
54. CONTANDRIOPOULOS, A.P., J.L. DENIS ET N. TOUATI. « Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre ». *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8 (2), 2003, p. 56-73.
55. FROLICH, K.L., et L. POTVIN. « Transcending the known in public health practice. The inequality paradox: The population approach and vulnerable populations », *Am J Public Health*, Vol. 98, N° 2, 2008, p. 216-221.
56. BOURQUE, D., et L. FAVREAU. « Le développement des communautés et la santé publique au Québec », *Service social*, vol. 50, n° 1, 2003, p. 295-308.
57. CALLON, M. « Éléments pour une sociologie de la traduction ». *L'année sociologique*, 36, 1986, p.169-208.
58. LEMIRE, M. *Rapport d'analyse sur le déploiement du Programme national de santé publique (PNSP) : perspective sociohistorique et d'innovation*, document de travail, Montréal, Institut national de santé publique du Québec, 2014.
59. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement. Orientations 2003-2009*, Direction des communications du MSSS, 2004.
60. LABERGE, A. *Évaluation du cas traceur ITSS*, réalisée dans le cadre d'un mandat de soutien à l'évaluation du PNSP, Institut national de santé publique du Québec, document de travail, 2013.
61. DEMERS, M. *Intégration des études sur l'évaluation de la mise en œuvre des actions de santé publique visant à lutter contre l'obésité*, Institut national de santé publique du Québec, document de travail, 2013.
62. BAUCHER, V. et F. JUTRAS. « Étude comparative de la métasynthèse et de la méta-analyse qualitative », *Avancées en méthodologies qualitatives*. Recherches qualitatives-Vol. 27(2), 2007, pp. 58-77.

Annexe 1

Description des études primaires

Description des études primaires

Rapports d'évaluation ou de recherche en prévention des ITSS

Auteur/titre/année	Objet	Principaux thèmes relatifs à la mise en œuvre
1. Bellot C., <i>et al.</i> / Rendre visible l'invisible* 2012	Recherche-action pour la reconnaissance des personnes et organismes à la base des programmes d'échange de seringues comme ressources pour leur communauté	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Approche globale et sociale de la prévention et de la santé ▪ Participation des personnes vulnérables pour contrer l'exclusion sociale et favoriser la prévention
5. Bilodeau A., <i>et al.</i> / L'intervention en prévention des ITSS à Montréal 2011 / L'expérimentation de stratégies de partage et utilisation de connaissances dans le champ montréalais de la prévention des ITSS 2012	Recherche-intervention autour de processus innovants au regard des collaborations entre le réseau public et les organismes communautaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Place des ITSS dans le système de santé ▪ Cloisonnement des programmes ▪ Rôle de soutien des DSP ▪ Accès des populations vulnérables aux soins et services ▪ Collaborations intra et intersectorielle entre la santé publique et les organismes communautaires
7. Boyer G., <i>et al.</i> / Oser faire autrement. Rapport de l'étude des besoins au regard des ITSS et du travail en RLS 2014	Étude de besoins auprès d'intervenants et de gestionnaires pour l'intégration des interventions en ITSS dans les CSSS et les RLS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Collaborations intersectorielles entre le CSSS et le RLS ▪ Accès aux soins et services ▪ Adaptation des pratiques pour les populations vulnérables aux ITSS
8. Caron F., <i>et al.</i> / Évaluation de l'implantation d'un projet d'éducation à la sexualité en regard des rôles et stéréotypes sexuels dans les deux écoles primaires situées en Montérégie 2004	Étude des processus d'adoption et de mise en œuvre du projet dans 2 écoles primaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Collaborations intersectorielles entre les intervenants du réseau de l'éducation et de la santé
11. Deschênes M. <i>et al.</i> / Les facteurs influençant la dissémination et l'adoption de l'approche École en santé 2008	Étude sur le déploiement de l'approche : réceptivité, adoption, facteurs en cause et adéquation des mécanismes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Collaboration entre MELS et le MSSS : logiques institutionnelles
13. Imbleau M., <i>et al.</i> / Un portrait des Services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEP) des ITSS 2004-2005 2006	Étude sur l'organisation des SIDEP	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ressources disponibles ▪ Efforts régionaux ▪ Réalité du travail «hors les murs» ▪ Positionnement dans les CSSS ▪ Capacité de joindre les populations vulnérables

* Le numéro du rapport correspond au numéro de la référence bibliographique.

Rapports d'évaluation ou de recherche en prévention des ITSS (suite)

Auteur/titre/année	Objet	Principaux thèmes relatifs à la mise en œuvre
14. Laberge A. <i>et al.</i> / Évaluation des « Services intégrés de dépistage et de prévention » des ITSS- Résultats de l'étude de faisabilité 2004	Étude de faisabilité touchant surtout les enjeux d'implantation des SIDEP	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conditions de mise en œuvre ▪ Collaboration d'une multiplicité d'acteurs ▪ Positionnement par rapport aux autres services de dépistage ITSS
17. Noël L. <i>et al.</i> / L'accès au suivi et au traitement pour les personnes atteintes de l'hépatite C au Québec 2007	Cartographie de l'offre de service en hépatite C et points de vue des acteurs relatifs à la prestation de services	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ressources disponibles ▪ Intervention auprès des partenaires des personnes infectées ▪ Accès aux soins et services pour les populations vulnérables
18. Otis J. <i>et al.</i> / L'intégration et la coordination des actions en éducation à la sexualité en milieu scolaire dans le contexte en transformation des réseaux de l'éducation et de la santé 2012	Étude de cas multiples sur les pratiques au regard de la coordination et l'intégration en matière d'éducation à la sexualité en milieu scolaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Collaborations avec le milieu de l'éducation ▪ Ancrage de l'éducation à la sexualité ▪ Rapports et pratiques multiples des acteurs
21. Provost MH <i>et al.</i> / Accompagner un changement dans les pratiques cliniques préventives : apprentissages et conditions critiques 2013	Recherche-action sur l'expérimentation et l'appréciation d'une stratégie de facilitation pour intégrer la prévention des ITSS dans les pratiques courantes de GMF	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intégration de la prévention dans les services de première ligne ▪ Collaboration DSP, CSSS et GMF ▪ Accompagnement ▪ Transformation de pratiques
23. Roy É <i>et al.</i> / Projet de prévention du passage à l'injection de drogues chez les jeunes de la rue 2007	Évaluation du processus de la campagne de prévention	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Effets pervers de stratégies de prévention très ciblées sans tenir compte du contexte de mise en œuvre
24. Roy S. <i>et al.</i> / Représentations des actions intersectorielles dans la lutte contre le VIH/sida- Volet 1 Les points de vue des acteurs-clés de divers secteurs du centre-ville de Montréal 2005 Volet 2 Les points de vue des acteurs-clés de divers secteurs de Québec et de Sherbrooke 2006	Étude sur les formes de collaboration intersectorielle effective dans trois villes au sujet des populations vulnérables au VIH/sida	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Collaboration intersectorielle ▪ Logique d'action propre à chaque secteur ▪ Légitimité politique, mandat et ressources accordés

Rapports d'évaluation et de recherche en prévention de l'obésité

Auteur/titre/année	Objet	Principaux thèmes relatifs à la mise en œuvre
2. Belzile D. <i>et al.</i> / Évaluation d'implantation du nouveau modèle de promotion de l'activité physique du programme Kino-Québec 2009	Bilan du processus d'implantation du nouveau modèle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Liens entre les CSSS et les milieux scolaires
3. Bergeron P. <i>et al.</i> / L'impact de l'environnement bâti sur l'activité physique, l'alimentation et le poids 2010	Avis sur l'impact de l'environnement bâti (routes, bâtiments, infrastructures, etc.) fondé sur une méta-synthèse des plus récentes connaissances sur le sujet	<ul style="list-style-type: none"> ■ Collaboration intersectorielle ■ Exercice de leadership
4. Bernier S. / La notion de leadership dans le cadre de la gouvernance interministérielle pour la promotion des saines habitudes de vie : les perceptions des hautes autorités politiques 2011	Étude exploratoire sur le leadership nécessaire des hautes autorités pour la mise en œuvre du PAG	<ul style="list-style-type: none"> ■ Exercice de leadership des hautes autorités ■ Collaborations intersectorielles ■ Partage d'une vision avec les partenaires ■ Conditions organisationnelles ■ Mobilisation citoyenne ■ Partage des rôles et responsabilités entre les acteurs dans une action intersectorielle
6. Boucher D. <i>et al.</i> / Rapport d'évaluation de l'implantation du plan d'action 2010-2011 de Lévis en Forme 2012	Étude évaluative normative de l'implantation du plan d'action tel que prévu	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mobilisation des partenaires du milieu municipal
12. Dubois N. <i>et al.</i> / Évaluation de la mise en œuvre du programme 0-5-30 combinaison prévention 2008	Étude évaluative sur le mode de fonctionnement du programme dans les 7 CSSS des Laurentides	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conditions de mobilisation des partenaires
15. Leblanc E. <i>et al.</i> / Évaluation des Centres d'éducation pour la santé. 2012	Étude évaluative sur la caractérisation de la clientèle des centres, de leur satisfaction et des effets des interventions	<ul style="list-style-type: none"> ■ Positionnement des services dans les CSSS
16. Lelièvre P. / Projet de soutien aux tables intersectorielles régionales en saines habitudes de vie (TIR SHV) 2012	Étude sur le travail intersectoriel des TIR-SHV, forces et limites de la mobilisation	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mobilisation intersectorielle au palier régional ■ Mode de gouvernance ■ Liens avec autres paliers et autres instances de concertation régionale ■ Partage d'une vision avec les partenaires ■ Adaptation des actions ■ Circulation de l'information ■ Reddition de comptes ■ Développement de compétences collectives

Rapports d'évaluation et de recherche en prévention de l'obésité (suite)

Auteur/titre/année	Objet	Principaux thèmes relatifs à la mise en œuvre
19. Poissant C. / L'approche intégrée, globale et concertée de la promotion des saines habitudes de vie dans Lanaudière 2010a	Évaluation sur l'adaptation lanaudoise de l'approche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rôles et responsabilités des acteurs dans une action intersectorielle
20. Poissant C. <i>et al.</i> / L'approche intégrée, globale, concertée de la promotion des saines habitudes de vie dans Lanaudière 2010b	Évaluation participative sur la réceptivité des milieux municipaux et de travail aux services des CSSS et de la DSPE ainsi que sur l'adoption de l'approche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobilisation des partenaires municipaux ▪ Adaptation des actions aux besoins
22. Racine M. <i>et al.</i> / Évaluation de l'implantation du projet Communautés locales en forme et en santé (CLEFS) 2012	Étude évaluative sur les stratégies du projet d'expérimentation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Partage d'une vision avec les partenaires
25. Royer A. <i>et al.</i> / Évaluation de la mise en œuvre du programme Mon école à pied, à vélo! Dans 40 écoles primaires des régions de la Capitale-Nationale et de Montréal 2011	Étude évaluative sur la mise en œuvre et la pérennisation du programme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobilisation intra et intersectorielle ▪ Partage d'une vision avec les partenaires ▪ Liens entre les CSSS et les milieux scolaires ▪ Implication des acteurs
26. Royer A. <i>et al.</i> / Évaluation d'une mobilisation régionale et locale sur les saines habitudes de vie, le poids et la santé 2009	Étude évaluative sur l'implantation de la démarche de mobilisation relative l'approche 0-5-30 Combinaison prévention	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobilisation intersectorielle ▪ Partage d'une vision avec les partenaires ▪ Logique de fonctionnement de l'appareil public
27. Saint-Laurent <i>et al.</i> / Évaluation de l'implantation du Plan gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes liés au poids 2006-2001 2012	Étude de cas holistique sur l'implantation du PAG aux paliers national interministériel et ministériel ainsi que régional intersectoriel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobilisation intersectorielle ▪ Conditions organisationnelles et de gestion ▪ Intéressement des partenaires ▪ Circulation de l'information ▪ Partage des rôles et responsabilités entre les acteurs dans une action intersectorielle ▪ Développement de compétences
28. St-Pierre L <i>et al.</i> / L'approche pangouvernementale pour la santé. Le cas du Plan d'action gouvernemental pour la promotion des saines habitudes de vie et la prévention des problèmes liés au poids du Québec 2012	Étude de cas descriptive et explicative sur les stratégies et mécanismes pour soutenir la collaboration intersectorielle inhérente au PAG	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Structures de collaboration ▪ Exercice de leadership ▪ Logique de fonctionnement ▪ Culture organisationnelle et processus de gestion ▪ Développement de compétences ▪ Mobilisation citoyenne
29. Turcotte M. <i>et al.</i> / Rapport final d'évaluation 2005 – Programme « Chaque jour, moi j'croque 5 fruits et légumes » 2005	Étude de cas sur les résultats et le processus de mise en œuvre du programme dans 11 écoles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intégration du programme dans l'approche École en santé ▪ Liens avec les partenaires ▪ Exercice de leadership

Annexe 2

Liste des participants aux deux rencontres

Liste des participants aux deux rencontres

Collectif d'évaluation ITSS

Johanne Archambault	CSSS-IUGS, Sherbrooke
Céline Bellot	Université de Montréal
Angèle Bilodeau	DSP/Agence de Montréal
Ginette Boyer	CSSS-IUGS, Sherbrooke
Dominique Harvest	CSSS Jeanne-Mance, Montréal
Richard Cloutier	MSS/DGSP
Louise de la Boissière	DSP/Agence Montérégie
Émilie Dionne	MSSS/DSP
Mario Gagnon	Point de Repères, Québec
Danielle Gélinas	DSP/Agence Abitibi-Témiscamingue
Lise Guérard	MSSS/SLITSS
Andrée Laberge	Consultante/experte
Joanne Otis	Université du Québec à Montréal
Thérèse Richer	MIELS-Québec
Robert Rousseau	Rézo-Montréal
Shirley Roy	Université du Québec à Montréal
Paule Simard	INSPQ/DDIC

Collectif d'évaluation obésité

Lilianne Bertrand	Association pour la santé publique du Québec
Rémi Coderre	Québec en forme
Marie Demers	Consultante/experte
Carole Després	Université Laval
Sonia Dugal	CSSS Alphonse-Desjardins, Chaudière-Appalaches
Marie-Claude Fournier	CSSS Cœur-de-l'Île, Montréal
Yves G, Jalbert	INSPQ/DDIC
Judith Lapierre	Université Laval et UQ en Outaouais
Lyne Mongeau	MSSS/DGSP
Marie-Claude Paquette	INSPQ/DDIC
Claude Pelletier	Québec en forme
Marie Josée Pinault	DSP/Agence du Bas-Saint-Laurent
Marie-Andrée Roy	CSSS-IUGS, Sherbrooke
Ann Royer	DSP/Agence de la Capitale nationale

Deux cas traceurs pour évaluer la mise en œuvre du Programme national de santé publique
du Québec : la prévention de l'obésité et des infections transmissibles sexuellement et par le sang

Nathalie Sasseville

INSPQ/DDIC

Louise St-Pierre

INSPQ/CCNPPS, UIPES

Animation

Pierre Joubert

Expert conseil

Organisation

Maria Bouzidi

INSPQ/VPAS

Monique Imbleau

INSPQ/DRBST

Marc Lemire

INSPQ/VPAS

Josée Morisset

INSPQ/VPAS

services maladies infectieuses santé services
et innovation microbiologie toxicologie prévention des maladies chroniques
santé au travail innovation santé au travail impact des politiques publiques
impact des politiques publiques développement des personnes et des communautés
promotion de saines habitudes de vie recherche services
santé au travail promotion, prévention et protection de la santé impact des politiques
sur les déterminants de la santé recherche et innovation services de laboratoire et diagnostic
recherche surveillance de l'état de santé de la population

www.inspq.qc.ca