



CENTRE DE RECHERCHE ET D'EXPERTISE EN ÉVALUATION

Rapport final

Évaluation de la mise en oeuvre
du programme 0-5-30
COMBINAISON PRÉVENTION

Document présenté
à la Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux
des Laurentides

Par
Nathalie Dubois
et Mathieu Masse Jolicoeur

Mars 2008

Rapport final

**Évaluation de la mise en oeuvre
du programme 0-5-30
COMBINAISON PRÉVENTION**

L'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides est propriétaire de la recherche. Toutefois, le CREXE conserve ses droits d'auteur et de propriété intellectuelle sur le processus séquentiel d'évaluation ainsi que sur les modèles et outils développés dans le cadre de la recherche. Si ce processus d'évaluation, ces modèles et ces outils sont utilisés, en tout ou en partie, le CREXE doit être cité.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-----------|
| LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES..... | V |
| INTRODUCTION..... | 1 |
| 1 LA PROBLÉMATIQUE D’INTERVENTION..... | 3 |
| 2 LA MÉTHODOLOGIE..... | 7 |
| 2.1 LA PLANIFICATION DE LA COLLECTE DES DONNÉES..... | 7 |
| 2.2 LA COLLECTE DES DONNÉES..... | 9 |
| 2.3 LES MÉTHODES D’ANALYSE..... | 9 |
| 2.4 LES PRÉOCCUPATIONS ÉTHIQUES..... | 10 |
| 3 LES RÉSULTATS..... | 11 |
| 3.1 LA PERTINENCE DU PROGRAMME 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION..... | 11 |
| 3.2 LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME..... | 16 |
| 3.3 L’INFLUENCE DES FACTEURS EXTERNES AU PROGRAMME..... | 50 |
| 3.4 LES EFFETS À COURT TERME..... | 61 |
| CONCLUSION..... | 63 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 71 |

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

| | |
|---------|--|
| ASSS : | Agences de santé et de services sociaux |
| ASSSL : | Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides |
| CH : | Centre hospitalier |
| CHSLD : | Centre hospitalier de soins de longue durée |
| CLSC : | Centre local de services communautaires |
| CREXE : | Centre de recherche et d'expertise en évaluation |
| CSSS : | Centre de santé et de services sociaux |
| DG : | Directeur général |
| DSP : | Direction de santé publique |
| ENAP : | École nationale d'administration publique |
| ETC : | Équivalent temps complet |
| MRC : | Municipalité régionale de comté |
| MSSS : | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| PAR : | Plan d'action régional en santé publique |
| PCP : | Pratique clinique préventive |
| PIPMC : | Programme intégré de prévention des maladies chroniques |
| SST : | Santé et sécurité au travail |

LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DU PROGRAMME

Judith Légaré, chef de l'équipe d'évaluation et de recherche de la Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides;

Mylène Drouin, coordonnatrice du Programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides;

Monique Thérien, chef du Service famille, enfance, jeunesse, adulte, Centre de santé d'Argenteuil;

Chantal Beaudoin, nutritionniste, CSSS de Saint-Jérôme;

Suzanne Rivard, travailleuse sociale, CSSS des Sommets.

INTRODUCTION

Le programme intégré de prévention des maladies chroniques (PIPMC) 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION des Laurentides s'inscrit dans le contexte du Programme national de santé publique 2003-2012. Le programme met l'accent sur la relation étroite qui existe entre la prévention des maladies chroniques, d'une part, et d'autre part, l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie à l'égard du tabagisme, de l'alimentation, du poids santé et de l'activité physique. Plus précisément, le programme vise (1) la réduction de la consommation de tabac ainsi que de la fumée de tabac dans l'environnement, (2) l'augmentation de la consommation de fruits et de légumes et (3) la pratique régulière d'activités physiques. À cet égard, le nom du programme rappelle les comportements de santé visés pour la prévention des maladies chroniques : 0 tabagisme, 5 portions de fruits et légumes par jour et 30 minutes d'activités physiques par jour.

Le programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION fait la promotion des saines habitudes de vie à l'aide de trois stratégies d'intervention complémentaires : (1) la stratégie éducationnelle qui intervient auprès des professionnels de la santé, (2) la stratégie environnementale qui agit sur les milieux de vie au travail et sur les milieux de vie municipaux et (3) la stratégie de communication qui diffuse les informations auprès de la population adulte des Laurentides. Ces différentes stratégies favorisent l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie dans un environnement favorable à la santé et au renforcement des comportements sains ciblés.

Le CREXE a été mandaté, à l'automne 2005, pour réaliser une évaluation formative de la mise en œuvre du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Dans le cadre de ce mandat, l'équipe du CREXE a privilégié une évaluation menée selon une approche participative. Cette approche favorise la collaboration régulière entre l'équipe du CREXE et les acteurs participant activement à la mise en œuvre du programme et au suivi de son évaluation. La constitution d'un comité de suivi de l'évaluation et la participation des membres de ce comité au processus d'évaluation répondent à cette approche. Pour les membres de l'équipe d'évaluation, ce comité était essentiel afin de favoriser la réussite de l'évaluation et d'accroître la crédibilité de la démarche.

Le rapport d'évaluation est subdivisé en trois chapitres. À la suite de cette introduction, la première section présente le modèle de problématique utilisé par l'équipe d'évaluation. Comme base de travail et cadre de référence aux étapes ultérieures de l'évaluation du programme, l'équipe du CREXE a d'abord établi le modèle de problématique du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Pour y arriver, les membres de l'équipe ont rencontré à plusieurs reprises le gestionnaire du programme, la responsable de l'évaluation à l'Agence des Laurentides ainsi que le comité de suivi d'évaluation. Ces rencontres ont permis de valider les outils mis au point et d'obtenir des renseignements additionnels au sujet du programme, du contexte de sa mise en œuvre au sein des CSSS et des premiers effets attendus à la suite de l'instauration du programme. Le modèle de

problématique proposé par l'équipe du CREXE vise non seulement à décrire le programme, mais aussi à comprendre les variables dépendantes du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION, en fonction des réalités administratives, politiques, sociales et économiques.

La deuxième section expose la méthodologie utilisée pour recueillir et traiter les renseignements utilisés dans ce rapport. Dans cette section, l'équipe d'évaluation présente les indicateurs, les différentes sources d'information, les outils de collecte de données et les méthodes d'analyse qui nous ont permis de traiter l'information recueillie. Enfin, cette section brosse aussi un portrait de la collecte de données effectuée pour l'évaluation du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION.

La troisième section présente les principaux constats découlant de l'évaluation de la mise en œuvre et des effets à court terme du programme. La présentation des résultats de l'évaluation reprend les grandes composantes de l'évaluation de la mise en œuvre : les ressources investies, les activités de production et les services offerts par le programme. L'étude de ces composantes permet à l'équipe d'évaluation de présenter un portrait de ce qu'était le programme au moment de la collecte des données, de constater son état d'avancement et les contributions relatives des différents partenaires impliqués dans la mise en œuvre du programme.

Enfin, une conclusion offrira un bilan des informations recueillies. À cette étape, l'équipe du CREXE se propose de répondre à trois questions d'évaluation :

- 1) Est-ce que le programme a atteint les objectifs opérationnels fixés pour l'année 2006-2007?
- 2) Quel est le degré de mise en œuvre des différentes stratégies?
- 3) Quels sont les principaux facteurs facilitant et contraignant la mise en œuvre du programme?

LA PROBLÉMATIQUE D'INTERVENTION

1 La problématique d'intervention

L'étude de la mise en œuvre du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION s'appuie sur une analyse de la problématique d'intervention. L'analyse vise à synthétiser les principaux facteurs explicatifs de la problématique d'intervention et leurs relations avec les composantes du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Pour ce faire, l'équipe d'évaluation a consulté les documents administratifs du programme et elle a recensé les écrits concernant les maladies chroniques ainsi que les interventions en promotion de la santé et en prévention associées à ces maladies. Enfin, elle a réalisé des entrevues exploratoires auprès de la responsable du programme et du comité de suivi et d'évaluation du programme.

L'étude de la problématique inventorie des connaissances issues de diverses disciplines. Ces connaissances contribuent, à différents égards, à l'élaboration de la problématique d'intervention. Les propositions théoriques de Green et Kreuter (2005) ont principalement influencé l'étude de la problématique. Issu de la discipline de la santé publique, ce modèle théorique vise à faciliter la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes d'éducation, de promotion et de prévention en matière de santé. Les théories de l'administration publique et du management public ont complété l'étude de la problématique. Plus précisément, les travaux de Hafsi et Demers (1997) et de Bédard, Benoit et Viens (2005) ont guidé l'équipe d'évaluation dans l'étude des facteurs facilitant ou contraignant la mise en œuvre du programme.

Les résultats de ces travaux sont présentés dans le modèle explicatif de la problématique (figure 1). Le modèle résume schématiquement la problématique d'intervention en décrivant le programme ainsi que les variables explicatives de la problématique à l'étude. Il permet d'établir les variables et de mettre en évidence les relations de cause à effet qui les unissent. D'un point de vue méthodologique, le modèle de la problématique permet :

- de modéliser la problématique d'intervention
- de hiérarchiser les variables indépendantes en fonction de leur influence sur la variable dépendante;
- de préciser les questions d'évaluation;
- de formuler les hypothèses de recherche quant aux changements qui devraient être observés sur la variable dépendante;
- de favoriser une compréhension partagée du programme entre les différentes parties prenantes, cette compréhension partagée devenant ainsi un soutien efficace à la communication tout au long du processus d'évaluation.

Selon la logique élaborée par Green et Kreuter (2005), le modèle explicatif doit être lu de la gauche vers la droite. Les variables reconnues dans le modèle explicatif sont en relation linéaire. Ainsi, les variables situées à gauche du modèle explicatif ont une

incidence sur celles situées plus à droite dans l'illustration. Le programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION est le premier élément situé en haut à gauche dans le modèle explicatif. Cette variable décrit les intentions du programme et la nature de son intervention (les stratégies d'intervention et les campagnes promotionnelles nationales intégrées au programme).

La deuxième variable du modèle explicatif concerne l'offre publique de services de santé et de services sociaux en ce qui a trait au programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION dans les Laurentides. Conformément à la structure administrative du programme, cette variable est subdivisée en deux parties : le niveau régional correspond à l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides et le niveau local concerne les CSSS. L'offre publique de services de santé et de services sociaux se traduit par l'analyse des ressources, des activités de production, des extrants, des caractéristiques de l'organisation et des caractéristiques des partenaires participant à la mise en œuvre du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION.

La troisième variable représente les partenaires locaux impliqués dans la mise en œuvre du programme : les milieux municipaux et les milieux de travail. Cette variable se traduit par l'étude des ressources, des activités de production, des services offerts, des caractéristiques de l'organisation et des caractéristiques des acteurs. Les milieux municipaux et les milieux de travail sont en étroite relation avec l'offre publique de services de santé et de services sociaux. De plus, tout comme l'offre publique de services de santé et de services sociaux et la variable du programme, ils sont influencés par le financement externe, les orientations stratégiques et les décisions administratives prises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (les deux variables sont situées en bas à gauche du modèle explicatif).

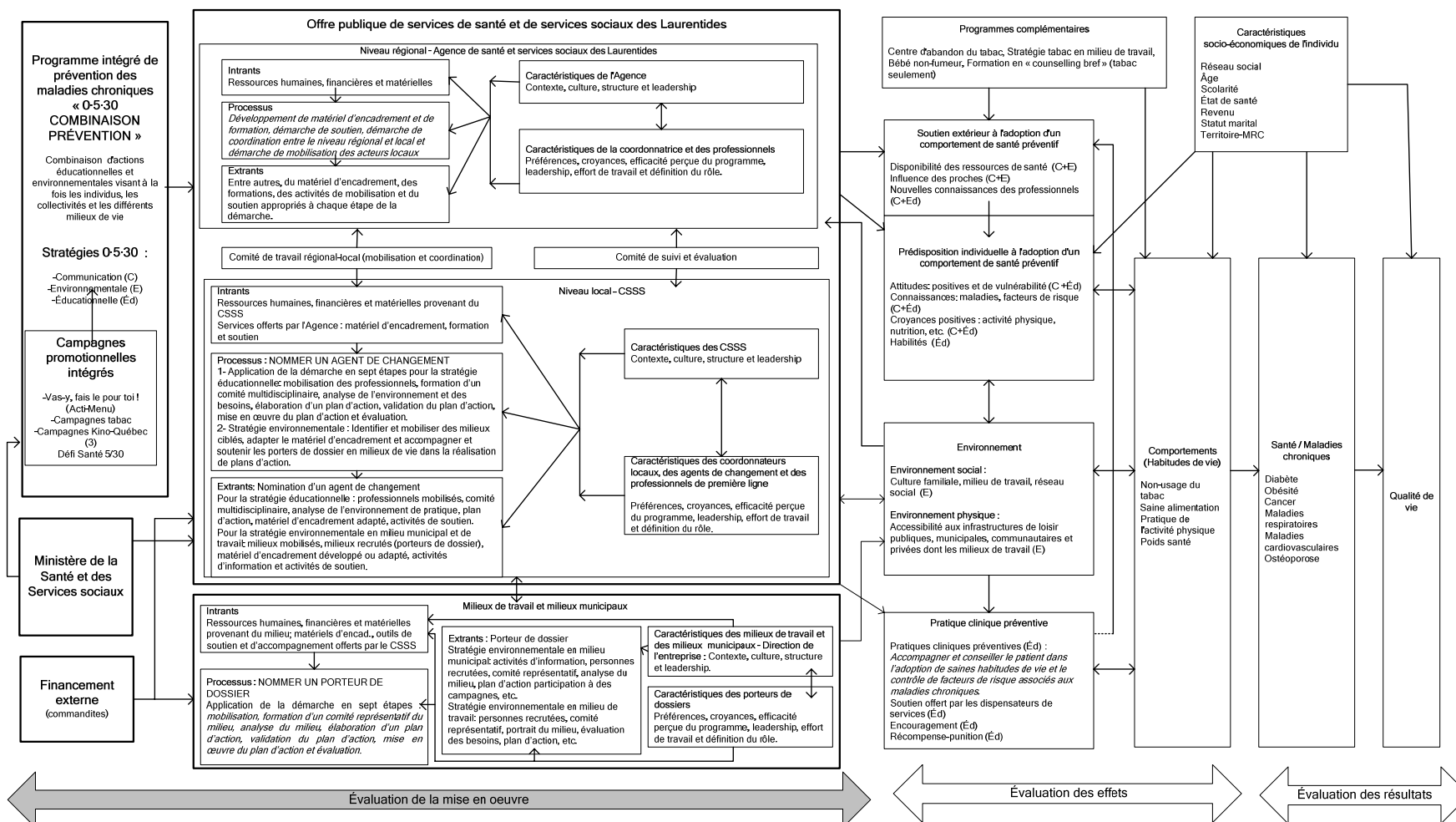
Le programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION, l'offre publique de services de santé et de services sociaux, les milieux municipaux et les milieux de travail visent à modifier quatre grandes variables influant sur le comportement des individus. Premièrement, ils tentent d'améliorer les facteurs de soutien qui encouragent les individus à adopter et à maintenir des comportements préventifs en santé. Deuxièmement, ils cherchent à modifier les facteurs de prédisposition à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie. Troisièmement, ils visent à produire des transformations environnementales. Les transformations environnementales peuvent toucher quatre types d'environnements : les environnements physiques, économiques, socioculturels et politiques. Quatrièmement, ils encouragent la mise en œuvre des pratiques cliniques préventives dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Par l'introduction de changements à l'égard de ces quatre variables, les planificateurs du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION souhaitent que la population adulte des Laurentides adopte et maintienne de saines habitudes de vie. Ces nouvelles habitudes contribueraient à restreindre l'incidence des maladies chroniques dans cette région et à améliorer l'état de santé de sa population ainsi que son bien-être. Cependant, les programmes concurrents et complémentaires au programme et les caractéristiques socioéconomiques des individus peuvent exercer une influence sur la mise en œuvre du

programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION et les effets observés sur l'état de santé et le bien-être des individus.

**Figure 1 : Modèle de la problématique du programme
0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION**

Modèle de la problématique du programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION (version du 7 janvier 2008)



Sources d'inspirations : Adaptation du modèle de Green et Kreuter (1999); Hafsi et Demers (1997); Bédard, Benoit et Viens (2005); Drouin et Delisle (2005); Agence de développement des Laurentides (2005); Guide d'implantation 2005-2012 du programme intégré de prévention des maladies chroniques « 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION »; Programme national de santé publique (2003).

LA MÉTHODOLOGIE

2 La méthodologie

La méthodologie d'évaluation repose sur une démarche systématique et rigoureuse. Elle est enrichie par l'apport des écrits scientifiques de même que des renseignements fournis par les partenaires impliqués dans la mise en œuvre du programme. La démarche vise à soutenir la mise en œuvre du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION en se concentrant principalement sur les modes de fonctionnement du programme (ressources investies, activités de production et services offerts). S'appuyant sur le modèle de la problématique, la méthodologie vise (1) à présenter ce qui a été réalisé dans le cadre du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION, (2) à comparer ce qui a été réalisé par rapport à ce qui était prévu, (3) à mettre en évidence les facteurs qui ont contraint ou qui ont facilité sa mise en œuvre et (4) à reconnaître les enjeux méritant une attention particulière pour la suite de la mise en œuvre du programme.

Le présent chapitre est subdivisé en quatre sections. La première section présente la planification de la collecte des données et la deuxième résume les outils employés au cours de la collecte des données. La troisième section aborde ensuite les méthodes d'analyse et, finalement, la quatrième propose une analyse critique de la démarche méthodologique.

2.1 La planification de la collecte des données

La planification de la collecte des données repose sur les travaux réalisés par l'équipe de recherche du CREXE au moment de l'étude préparatoire. L'équipe du CREXE a produit l'étude en étroite collaboration avec le comité de suivi et d'évaluation du programme. Le 31 août 2006, elle a déposé son rapport devant le comité. Les membres du comité ont approuvé les propositions théoriques et méthodologiques proposées par le CREXE dans le cadre de cette étude. Les décisions entérinées par le comité concernent principalement la formulation des questions d'évaluation, la définition et l'opérationnalisation des variables et les outils de collecte des données à employer dans le cadre de l'étude de la mise en œuvre du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION.

2.1.1 Les questions d'évaluation

Trois questions d'évaluation ont guidé la planification de la méthodologie :

- 1) Est-ce que le programme a atteint les objectifs opérationnels fixés pour l'année 2006-2007?
- 2) Quel est le degré de mise en œuvre des différentes stratégies?
- 3) Quels sont les principaux facteurs facilitant et contraignant la mise en œuvre du programme?

Ces questions permettent à l'équipe d'évaluation d'étudier l'état d'avancement de la mise en œuvre du programme tout en contrôlant des variables telles que le rôle et les contributions des différents partenaires impliqués dans le programme, les caractéristiques des organisations responsables de la mise en œuvre du programme et les caractéristiques des professionnels participant à la mise en œuvre du programme.

2.1.2 Les variables

La méthodologie s'appuie sur une connaissance théorique de la problématique d'intervention ainsi que sur une analyse du cadre logique du programme. Les connaissances ainsi regroupées ont permis à l'équipe d'évaluation de sélectionner les variables les plus significatives dans l'étude de la mise en œuvre d'un programme de prévention des maladies chroniques. L'équipe de recherche a retenu deux types de variables : celles concernant le fonctionnement du programme et celles facilitant ou contraignant la mise en œuvre du programme. Les variables qui touchent le fonctionnement du programme sont les ressources investies dans la mise en œuvre du programme, les activités de production régionales et locales et les services offerts par le programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Par ailleurs, en ce qui concerne la mise en œuvre du programme, l'équipe de recherche a retenu les facteurs suivants : la solvabilité du programme, le contexte administratif du système de la santé et des services sociaux, les caractéristiques des organisations et des personnes responsables de la mise en œuvre du programme et les facteurs environnementaux.

En collaboration avec le comité de suivi et d'évaluation, l'équipe d'évaluation a opérationnalisé les variables sélectionnées en indicateurs. Les indicateurs choisis permettent à l'équipe du CREXE de mesurer les variables identifiées comme importantes dans la compréhension de la mise en œuvre du programme. Ces variables et ces indicateurs sont présentés à l'annexe II du présent rapport.

2.1.3 Les outils de collecte des données

L'équipe de recherche a proposé une méthodologie rigoureuse permettant de valider les constatations qui découleront de l'interprétation des résultats. Ainsi, la méthodologie retenue utilise plusieurs types de données (primaires et secondaires) et des sources d'information diversifiées (l'équipe régionale responsable de la planification et de la mise en œuvre du programme, les coordonnateurs locaux (CSSS), les agents de changement, les professionnels de première ligne qui participent aux équipes multidisciplinaires consultatives en CSSS et les porteurs de dossier en milieu de vie).

L'annexe III présente la matrice qui a conduit à l'édification des outils de collecte de données. Cette matrice permet de statuer sur le lien entre les différentes questions et les composites du modèle de la problématique. Pour chacune des sources d'information, un outil de collecte de données a été élaboré : entrevue de groupe, entrevues individuelles en personne, entrevues téléphoniques et questionnaires auto-administrés. Ces outils ont été sélectionnés en fonction des objectifs poursuivis par l'étude de la mise en œuvre, de la capacité de l'outil à recueillir l'information nécessaire et des ressources financières et humaines disponibles. De plus, les outils de collecte ont été créés en tenant compte de la

réalité (connaissance, participation, disponibilité, etc.) des répondants. Les grilles d'entrevue et les questionnaires sont présentés à l'annexe IV du présent rapport.

Les questions formulées dans les entrevues et les questionnaires correspondent aux composantes du modèle de la problématique. Cette façon de faire a permis à l'équipe d'évaluation de croiser les renseignements recueillis, d'accroître la rigueur méthodologique et de valider plus aisément les constatations découlant de l'interprétation des résultats. Les entrevues et les questionnaires proposaient des questions de plusieurs types : questions ouvertes, choix de réponses fermées dichotomiques et polymiques et échelles de Likert. Cependant, le mode de distribution des questionnaires variait pour favoriser un bon taux de réponse tout en évitant de mettre le fardeau de la collecte de données sur les épaules d'un tiers. Ainsi, le responsable de la collecte des données au CREXE (1) a remis en main propre aux agents de changement les questionnaires adressés aux professionnels de première ligne pour qu'ils les distribuent à l'interne et (2) a envoyé les questionnaires adressés aux porteurs de dossier en milieu de travail par la poste. En ce qui concerne le mode de retour, il était identique pour tous ces envois. Tous les questionnaires étaient accompagnés d'une enveloppe affranchie où étaient indiquées les coordonnées du professionnel de recherche responsable de la collecte des données au CREXE. Les entrevues individuelles en personne, l'entrevue de groupe et les entrevues téléphoniques ont toutes été enregistrées électroniquement et elles ont fait l'objet de comptes rendus d'entrevue. Le calendrier des réalisations est présenté à l'annexe V (tableau 1).

2.2 La collecte des données

La collecte des données s'est déroulée du 3 avril au 7 juin 2007. Le processus a permis à l'équipe d'évaluation de rencontrer les intervenants travaillant à la mise en œuvre du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION dans les sept CSSS des Laurentides (annexe V, tableau 1.2). Dans son ensemble, l'équipe d'évaluation a recueilli l'information auprès de 91 partenaires du programme (annexe V, tableau 3).

Toutes les personnes ciblées (équipe régionale, coordonnateurs locaux et agents de changement) pour les entrevues en personne ont pu se libérer afin de répondre au mieux de leurs connaissances aux questions posées. En ce qui concerne les questionnaires autoadministrés, 70 % des personnes ciblées (agents de changement, membres des comités 0•5•30, porteurs de dossier et coordonnatrice régionale du programme) ont rempli et retourné les questionnaires au CREXE. Les entrevues téléphoniques auprès des partenaires municipaux ont aussi connu un taux de participation satisfaisant (50 % pour les préfets des MRC et 88 % pour les directeurs généraux des MRC).

2.3 Les méthodes d'analyse

L'équipe d'évaluation a analysé et interprété les informations recueillies à l'aide de méthodes quantitatives et de méthodes qualitatives. L'équipe du CREXE a sélectionné les méthodes d'analyse en fonction du type de données recueillies. Sans généraliser, l'équipe d'évaluation croit que les données recueillies par questionnaires se prêtaient plus à l'analyse quantitative, alors que celles provenant des entrevues répondaient davantage aux exigences de l'analyse qualitative. Les réponses quantitatives ont été traitées avec le

programme statistique SPSS, version 14. Le logiciel a permis d'étudier les distributions et les dispersions des différentes variables du modèle de la problématique ainsi que les relations qui les unissent. Les réponses qualitatives ont, quant à elles, été analysées à l'aide de l'analyse de contenu. Comme les données relatives aux variables contrôlées sont homogènes, l'équipe d'évaluation n'a pu trouver de variables discriminantes pour expliquer les changements observés sur les variables dépendantes. L'équipe d'évaluation attribue l'homogénéité des réponses obtenues au récent démarrage du programme, à l'état d'avancement de sa mise en œuvre et à l'expérience, encore nouvelle, des personnes responsables du programme. Les annexes VI et VII du présent rapport proposent les plans d'analyse des données quantitatives et qualitatives retenus. L'étude des données s'est déroulée entre le 30 avril et le 14 septembre 2007.

2.4 Les préoccupations éthiques

L'équipe du CREXE a accordé une attention particulière aux normes d'éthique. L'équipe d'évaluation a respecté les propositions et les recommandations formulées dans l'*Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. De plus, l'étude de mise en œuvre du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION a été déposée devant le comité d'éthique à la recherche de l'École nationale d'administration publique et approuvée par ce dernier.

Dans le cadre de la présente évaluation, l'équipe d'évaluation s'est assurée du respect de trois grandes exigences en matière d'éthique : (1) le volontariat des participants à l'évaluation, (2) la confidentialité des données recueillies et le respect de la vie privée des participants et (3) la confidentialité des résultats. Pour ce faire, l'équipe a utilisé différents moyens pour informer adéquatement les répondants de la démarche d'évaluation. Elle a rédigé et a fait signer aux participants, avant le début de chaque entrevue, des protocoles d'entente sur la confidentialité. Elle a également fait signer des formulaires de confidentialité aux chercheurs, aux professionnels et aux assistants de recherche dès l'amorce du contrat d'évaluation.

LES RÉSULTATS

3 Les résultats

La présentation des résultats s'appuie sur la logique du modèle de la problématique. Cette formule de rédaction permet, premièrement, de décrire les variables étudiées et d'apprécier les relations qui unissent les différentes variables du modèle. Deuxièmement, elle propose un portrait de ce qu'était le programme au moment de la collecte des données, permet de constater son état d'avancement et de relever les contributions des différents partenaires participant à la mise en œuvre du programme. Troisièmement, elle illustre les effets perçus à court terme par les différents partenaires du programme.

Le présent chapitre se divise en quatre parties. La première partie documente la pertinence du programme, tandis que la deuxième partie résume la mise en œuvre du programme aux niveaux régional et local. La troisième partie aborde l'influence des facteurs externes au Programme et enfin, la quatrième partie présente les effets perçus à court terme par les partenaires participant à la mise en œuvre du programme.

3.1 La pertinence du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION

L'évaluation a permis d'interroger plusieurs partenaires quant à la pertinence du programme. L'étude de la pertinence s'appuie sur trois composantes du programme : la raison d'être, les cibles et les objectifs et la nature d'intervention. La raison d'être renvoie au problème à l'origine de l'intervention publique. Une fois la raison d'être établie, il est possible de déterminer les situations que l'on souhaite modifier et par quels moyens on prévoit y arriver. Les situations que le programme vise à modifier se révèlent dans les cibles et les objectifs du programme, tandis que les moyens utilisés pour y parvenir sont décrits par la nature d'intervention.

3.1.1 La raison d'être

La prévalence des maladies chroniques demeure un problème de santé publique important. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que 60 % de l'ensemble des décès sont attribuables à des maladies chroniques¹ (OMS, 2007²). Des 57 millions de décès survenus dans le monde l'an dernier, 33 millions étaient attribuables à ces maladies (OMS, 2004³). On s'attend à ce que ce nombre augmente de 17 % au cours des 10 prochaines années, ce qui veut dire que 388 millions de personnes dans le monde mourront d'une maladie chronique au cours de la prochaine décennie (Calgary Health Region, 2007⁴).

Au Québec, en 2001, près de 75 % des décès étaient attribuables aux maladies chroniques (Lachance et Colgan, 2004). Selon le Plan d'action régional en santé publique 2004-2007 de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, la situation qui prévaut dans la

¹ Les principales maladies chroniques mortelles au Canada sont les maladies cardiovasculaires (MCV), le cancer, les maladies respiratoires chroniques (MRC) et le diabète (Centres for Disease Control, 1999).

² http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/fr/index1.html

³ http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2004/who_2004_f.html

⁴ <http://www.cdmcalgary.ca/fr-ca/documents/CDM-SponsorProgram-Francais.pdf>

région s'apparente à celle du reste du Québec (2004). Soixante-dix-huit pour cent des décès dans la région sont attribuables aux maladies chroniques, soit principalement aux maladies cardiovasculaires, aux cancers, aux maladies pulmonaires obstructives chroniques et au diabète.

Dans cette foulée, le ministère de la Santé et des Services sociaux publie, en 2002, le Programme national de santé publique 2003-2012 dans lequel il retient les maladies chroniques comme un domaine prioritaire d'intervention en santé publique (MSSS, 2005). Influencés par cette initiative, les directions régionales de santé publique, l'INSPQ et le MSSS rédigent un cadre de référence visant à guider les actions en prévention des maladies chroniques (MSSS, 2005). De plus, le programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION, développé et mis en œuvre par la région de la Capitale-Nationale, montre des résultats plus qu'intéressants. Dès l'hiver 2005, sept régions sociosanitaires, dont la région des Laurentides, planifient et proposent une approche préventive nommée 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION (MSSS, 2005). Le Plan d'action régional en santé publique 2004-2007 (PAR 2004-2007) propose de réduire la morbidité et la mortalité associées aux principales maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, cancers, maladies pulmonaires obstructives chroniques, diabète et maladies buccodentaires) Le programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION vise à diminuer la prévalence des maladies chroniques chez la population adulte de 18 à 64 ans des Laurentides. Le programme est conforme aux priorités internationales, nationales et régionales. De plus, il répond aux dernières orientations stratégiques du gouvernement québécois.

Dans le cadre de l'évaluation, toutes les personnes rencontrées (100 %) ont affirmé qu'il était pertinent de planifier et de mettre en œuvre des activités en prévention des maladies chroniques auprès de la population adulte de 18 à 64 ans des Laurentides. Les agents de changement (84,6 %), les membres des comités multidisciplinaires consultatifs en CSSS (88,9 %), les porteurs de dossier (91,7 %) et les décideurs municipaux (100 %) sont tout à fait d'accord pour dire que le programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION vise des problèmes importants de santé et que nous devons intervenir afin de les prévenir (annexe IX, tableau 1). Les décideurs municipaux ajoutent que la santé et le bien-être des citoyens sont des priorités importantes pour leur municipalité et que celle-ci a un rôle à jouer dans la mise en œuvre d'activités favorisant la santé et le bien-être de la population.

3.1.2 Les cibles et les objectifs du programme

Les cibles représentent les situations inadéquates que le programme a identifiées et qu'il cherche à améliorer. Les cibles servent à estimer les effets du programme : elles correspondent aux changements attendus. Cependant, les cibles reflètent, d'abord et avant tout, les intentions du programme.

À long terme, le programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION vise à contribuer à la réduction de la prévalence des maladies chroniques au sein de la population des Laurentides. Bien que cette cible soit clairement mentionnée dans les documents administratifs, l'équipe d'évaluation n'a pu établir un objectif chiffré à atteindre pour cette cible ultime.

À moyen terme, le programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION vise à influencer les trois principaux facteurs de risque modifiables liés aux maladies chroniques : le tabagisme, la mauvaise alimentation et l'inactivité physique. Dans le but de diminuer la prévalence des maladies chroniques, il semble juste d'intervenir sur ces cibles. Selon plusieurs auteurs, les maladies chroniques partagent les mêmes facteurs de risque évitables, notamment le tabagisme,

la forte consommation d'alcool, l'inactivité physique et le surpoids (Choi et Shi, 2001; Magnus, 2001; Rennard, 1998; Santé Canada, 2001; OMS, 2002⁵). De plus, ces habitudes de vie sont régulièrement observées simultanément chez des individus (Klein-Geltink, Choi et Fry, 2006).

Devant ces résultats, l'OMS adopte, en 2004, la Stratégie mondiale pour l'alimentation et l'activité physique, laquelle, combinée à des mesures de lutte antitabac efficaces, devrait servir de base à une prévention efficace des maladies chroniques. Dans les Laurentides, l'Agence de la santé et des services sociaux mentionne, dans son Plan d'action régional en santé publique 2004-2007, qu'il demeure essentiel de mettre en œuvre des interventions globales et intégrées pour lutter contre les trois principales habitudes de vie (tabagisme, mauvaise alimentation et sédentarité) responsables du fardeau croissant associé aux maladies chroniques. Le programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION vise (1) la réduction de la consommation de tabac ainsi que de la fumée de tabac dans l'environnement, (2) l'augmentation de la consommation de fruits et de légumes et (3) la pratique régulière d'activités physiques. À cet égard, le nom du programme rappelle les comportements de santé visés pour la prévention des maladies chroniques : 0 tabagisme, 5 portions de fruits et légumes par jour et 30 minutes d'activités physiques par jour.

La consultation des documents administratifs du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION n'a pas permis à l'équipe d'évaluation d'établir les objectifs chiffrés pour ces trois cibles intermédiaires. Toutefois, la Direction de santé publique de la région des Laurentides mentionne, dans son Plan d'action régional en santé publique 2004-2007, vouloir réduire la morbidité et la mortalité associées aux principales maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, cancers, maladies pulmonaires obstructives chroniques, diabète et maladies buccodentaires). Pour ce faire, elle souhaite améliorer le profil de risque de la population adulte des Laurentides pour les principaux facteurs de risque des maladies chroniques (tabagisme, fumée de tabac dans l'environnement, sédentarité, mauvaise alimentation). Plus précisément, l'Agence désire (1) réduire de 31 à 28 % la proportion des adultes qui font usage du tabac, (2) augmenter de 47 à 50 % la proportion des adultes qui consomment au moins cinq fruits et légumes par jour et (3) réduire de 50 à 45 % la proportion des adultes sédentaires (Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, 2004).

En ce qui concerne les cibles directes du programme, elles correspondent (1) aux facteurs de prédisposition individuelle à l'adoption d'un comportement, (2) aux pratiques cliniques préventives (PCP) par l'intégration du counselling bref dans les milieux de la santé et (3) aux environnements physique, social, culturel, organisationnel, législatif, politique et économique. Ces cibles d'intervention sont conformes aux propositions formulées par l'OMS⁶. Selon l'organisation internationale, il est indispensable de communiquer aux professionnels de santé qui sont en première ligne et au grand public les connaissances et les données les plus récentes et les plus exactes concernant les maladies chroniques et leurs facteurs de risque. De plus, l'OMS mentionne l'importance de mettre en œuvre des interventions qui agiront directement auprès de l'individu, mais aussi sur ses environnements afin de les rendre plus favorables aux choix santé.

⁵ Organisation mondiale de la Santé (2002). *Rapport sur la santé dans le monde, 2002 – Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève.

⁶ http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/fr/index.html

L'équipe d'évaluation n'a pu établir d'objectifs chiffrés pour ces cibles. Cependant, selon la section 5 du guide d'implantation du programme, des objectifs d'intervention sont proposés aux partenaires et devront être atteints en 2012:

◆ **Stratégie éducationnelle (pratiques cliniques préventives)**

- Améliorer la prestation du counselling bref (tabac, activité physique et nutrition) et des pratiques de contrôle des facteurs de risque associés aux maladies chroniques (HTA, obésité, dyslipidémies, intolérance au glucose, etc.) par les intervenants de première ligne des CSSS travaillant auprès de la clientèle adulte.

◆ **Stratégie environnementale**

- Créer des environnements favorables (économique, physique, politique et socioculturel) en lien avec l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie en milieu de travail et en milieu municipal.

◆ **Stratégie de communication**

- Faire connaître le PIPMC 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION auprès des milieux cliniques et des milieux de vie;
- Soutenir les milieux cliniques et les milieux de vie engagés dans le programme;
- Sensibiliser les adultes à l'importance de l'adoption et du maintien de saines habitudes de vie ainsi qu'aux bénéfices qui y sont associés;
- Communiquer à la population adulte les moyens ainsi que les ressources disponibles pour les soutenir dans l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie.

Une partie des répondants se sont exprimés quant à la clarté des objectifs du programme. Globalement, les agents de changement et les membres des comités multidisciplinaires consultatifs en CSSS estiment que les objectifs du programme sont clairement énoncés. Plus précisément, 61,5 % des agents de changement se disent tout à fait en accord et 23,1 % se disent plutôt en accord avec l'énoncé « Les objectifs du programme sont clairs ». En ce qui concerne les membres des comités multidisciplinaires consultatifs en CSSS, 61,1 % se disent tout à fait en accord et 27,8 % se disent plutôt en accord avec ce même énoncé.

Les répondants ont aussi été interrogés sur le degré de réalisme des objectifs du programme par rapport aux réalités locales et organisationnelles. Pour l'équipe régionale, les objectifs ont été conçus en fonction des ressources que l'on croyait disponibles dans les organisations. De cette manière, l'équipe estime que les objectifs sont réalistes et qu'ils permettent d'accroître la crédibilité du programme. En ce qui concerne les agents de changement et les membres des comités multidisciplinaires consultatifs en CSSS, ils demeurent plus prudents dans l'appréciation du réalisme de ces objectifs. Ainsi, 38,5 % des agents de changement et 33,3 % des membres des comités multidisciplinaires consultatifs en CSSS se disent tout à fait en accord avec cette idée et 30,8 % des agents de changement et 55,6 % des membres des comités multidisciplinaires consultatifs en CSSS se disent plutôt en accord avec cet énoncé. Contrairement à l'énoncé précédent, 23,1 % des agents de changement et 11,1 % des membres de comités multidisciplinaires consultatifs en CSSS ont dit être indécis relativement au réalisme des objectifs du programme.

3.1.3 La nature de l'intervention

La nature de l'intervention fait référence aux instruments choisis par les concepteurs du programme pour agir sur l'offre publique de services de santé et de services sociaux. Le programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION combine différentes actions éducatives, environnementales et de communication. Les stratégies d'intervention du programme ciblent à la fois l'individu et les environnements qu'il côtoie.

« En plus des interventions d'éducation à la santé centrées sur l'individu, il est plus que jamais nécessaire de mener des actions avec les partenaires de l'intersectoriel afin de rendre nos milieux de vie plus compatibles avec des choix santé »⁷.

Cette façon de faire correspond aux récentes propositions scientifiques et administratives en ce qui concerne la planification d'une intervention efficace en prévention des maladies chroniques. Cette intervention doit s'appuyer sur un programme intégrant la promotion et la mise en œuvre de pratiques cliniques préventives.

◆ Un programme intégré de prévention des maladies chroniques

Au Québec, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (commission Clair) est la première instance à proposer « un programme intégré de prévention des principales maladies chroniques [...] incluant le développement de saines habitudes de vie », dans le cadre des interventions préventives réalisées auprès des adultes (Québec, 2001). En 2002, le ministère de la Santé et des Services sociaux publie le Programme national de santé publique 2003-2012 qui tente de décloisonner les interventions sur les différents déterminants communs aux maladies chroniques. De là est rédigé le cadre de référence sur la prévention des maladies chroniques (Lachance, Colgan et Martel (à paraître). Toujours en document de travail, 2005).

Le programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION intègre trois mesures dans un message unifié faisant la promotion du non-tabagisme, de la consommation de fruits et de légumes et de la pratique d'activités physiques. Il combine aussi trois stratégies d'intervention complémentaires (stratégies éducationnelle, environnementale et de communication)

Ces choix d'intervention semblent reconnus par les partenaires régionaux et locaux participant à la mise en œuvre du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Au cours des entrevues, certains coordonnateurs ont précisé que le programme risquait d'atteindre plus facilement ses objectifs que les autres interventions de santé ciblant une seule habitude de vie. Selon eux, en ciblant plus d'une habitude de vie, le programme permet de montrer les liens qui existent entre diverses pratiques de santé et d'accroître sa capacité à améliorer l'état de santé de la population.

« [...] Quand il faut que tu changes tes habitudes de vie, tout est relié. [...] On ne peut pas dissocier les [différentes] habitudes de vie. »

« [...] c'est une approche responsabilisante et très positive. On demande [aux individus] d'avoir du plaisir dans ces habitudes de vie. »

⁷ Agence des services de la santé et des services sociaux des Laurentides (2006). Bilan de la tournée régionale du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION.

3.2 La mise en œuvre du programme

Le programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION propose trois stratégies d'intervention complémentaires : (1) la stratégie éducationnelle qui intervient auprès des professionnels de la santé, (2) la stratégie environnementale qui agit sur les milieux de travail et sur les milieux municipaux et (3) la stratégie de communication qui diffuse les informations auprès de la population adulte des Laurentides. Ces stratégies favorisent l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie dans un environnement favorable à la santé et au renforcement des comportements ciblés.

La présente section documente la mise en œuvre du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Dans un premier temps, elle résume la mise en œuvre des aspects plus généraux du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Par la suite, et conformément au mandat d'évaluation, l'étude résume la mise en œuvre des stratégies éducationnelle et environnementale. Chacune de ces parties permet de comprendre le rôle et les contributions particulières des partenaires participant à la mise en œuvre du programme et de résumer les ressources et les activités découlant du programme.

3.2.1 Le programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION d'un point de vue global

La présente partie résume la mise en œuvre des éléments généraux du programme. Cette étude permet de déterminer les premiers acteurs participant à la mise en œuvre du programme et de faire ressortir les ressources globales du programme. Elle permet aussi d'établir les activités mises de l'avant afin de démarrer le programme et de faciliter l'application des trois stratégies d'intervention dans les CSSS, les milieux de travail et les milieux municipaux.

3.2.1.1 Le rôle des partenaires

La mise en œuvre du programme résulte de l'investissement de plusieurs partenaires. De par leur mission, les acteurs assument un rôle et des responsabilités différents et leurs accomplissements se manifestent à divers niveaux. Au niveau régional, le programme est principalement mis en œuvre par l'Agence, alors qu'au niveau local, le programme intervient dans trois milieux : les CSSS, les milieux de travail et les milieux municipaux. L'équipe régionale est responsable de la planification et de la coordination du programme au niveau régional. Au niveau local, les équipes locales 0•5•30 assument la mise en œuvre de la stratégie éducationnelle dans les CSSS, en collaboration avec les membres du comité multidisciplinaire consultatif en CSSS. Aussi, elles assurent la mise en œuvre de la stratégie environnementale dans les milieux de travail et dans les milieux municipaux, en collaboration avec les porteurs de dossier de ces milieux respectifs. Les partenaires participant à la mise en œuvre du programme se répartissent comme suit :

- au niveau régional : l'équipe régionale de la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides;
- au niveau local en CSSS : l'équipe locale 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION (incluant le coordonnateur local et le(s) agent(s) de changement) et les membres du comité multidisciplinaire consultatif en CSSS;
- au niveau local en milieu de travail et en milieu municipal : le porteur de dossier et les membres des comités représentatifs.

Selon leur rôle et de leurs fonctions, les partenaires participent à la mise en œuvre globale du programme et à la mise en place d'une ou de plusieurs stratégies d'intervention. La mise en œuvre globale du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION est sous la responsabilité de deux partenaires centraux : l'équipe régionale et les équipes locales 0•5•30. La mise en œuvre de la stratégie éducationnelle est sous la responsabilité d'un agent de changement et des membres du comité multidisciplinaire consultatif en CSSS, alors que la stratégie environnementale est sous la gouverne d'un porteur de dossier et des membres du comité représentatif du milieu de travail ou du milieu municipal. Ces derniers sont aussi accompagnés par un agent de changement qui exerce des fonctions en CSSS.

a) Au niveau régional : l'équipe régionale

Le rôle de l'équipe régionale est d'organiser et de faciliter la mise en œuvre du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION dans l'ensemble des territoires de la région. Selon les documents administratifs, l'équipe régionale est responsable (1) de la formation et du ressourcement des agents de changement, (2) du soutien et de l'accompagnement des équipes locales 0•5•30 participant à la mise en œuvre du programme, (3) du plan de communication régional et (4) du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre du programme (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides, 2005d). Selon les membres de l'équipe régionale, le rôle actuel de l'équipe est de soutenir les agents de changement et les équipes locales dans la mise en œuvre du programme, de développer des activités de réseautage et de transmettre des connaissances relatives à la problématique, au programme et aux milieux. Les équipes locales 0•5•30 (coordonnateurs locaux et agents de changement) résumant le rôle confié à l'équipe régionale sensiblement de la même manière. Ils insistent pourtant sur le rôle de soutien et de transfert des connaissances.

b) Au niveau local : l'équipe locale du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION en CSSS

Le CSSS se situe au cœur du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION : il agit comme un « chef d'orchestre » des actions entreprises dans les trois milieux d'intervention (CSSS, milieux de travail et milieux municipaux). Le CSSS a comme rôle de mobiliser, d'accompagner et de soutenir les milieux dans la mise en œuvre d'actions de promotion de saines habitudes de vie et de changements environnementaux durables. Deux composantes de l'équipe locale 0•5•30 participent à la mise en œuvre globale du programme : le coordonnateur local et les agents de changement.

◆ Les coordonnateurs locaux

Selon le guide d'implantation du programme, le rôle confié aux coordonnateurs locaux dans la mise en œuvre du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION se définit ainsi :

- Nommer et libérer des agents de changement responsables de la mise en œuvre des diverses stratégies du programme;
- Suivre la mise en œuvre des actions menées dans les trois stratégies du programme sur son territoire;
- Rendre des comptes et participer à l'évaluation.

L'étude des données montre aussi l'absence de consensus quant au rôle des coordonnateurs. Selon l'équipe régionale, les coordonnateurs locaux en CSSS coordonnent la mise en œuvre du programme au niveau local, libèrent les ressources nécessaires à la mise en œuvre du programme, autorisent la participation aux journées de formation et de ressourcement, appuient les agents de changement dans les activités de mobilisation et de soutien des acteurs locaux et sont responsables des relations à établir avec la direction et les comités du CSSS. En fonction des coordonnateurs locaux interrogés, la compréhension de leur rôle est soit similaire à celle proposée par l'équipe régionale ou plus simple. Ainsi, un premier groupe de répondants a l'impression de devoir intervenir significativement dans la mise en œuvre du programme: ils doivent octroyer des ressources humaines, matérielles et financières au programme, mobiliser les ressources humaines du CSSS, établir une structure de projet; déterminer les besoins budgétaires, encadrer les nouvelles ressources; faire le lien entre la direction du CSSS et l'équipe régionale, favoriser le lancement des campagnes de communication, expliquer le programme aux autres cadres, coordonner les trois stratégies et soutenir les agents de changement. Quatre coordonnateurs définissent de cette manière leurs rôles mais quelques uns témoignent de leur faible participation au programme. Un second groupe résume le rôle des coordonnateurs locaux à celui de courroie de liaison entre l'équipe régionale, le comité directeur du CSSS et les agents de changement. Trois coordonnateurs locaux se situent dans le second groupe.

◆ **Les agents de changement**

Les équipes locales sont composées d'un coordonnateur local en CSSS et d'un ou de plusieurs agents de changement. Selon les documents administratifs, les agents de changement ont comme rôle (1) d'appliquer les trois stratégies d'intervention du programme, (2) de participer aux formations et aux journées de ressourcement et (3) de participer au suivi et à l'évaluation du programme. Selon les coordonnateurs locaux, le rôle confié aux agents de changement est plus diversifié puisqu'ils doivent : informer et éduquer la population, promouvoir de saines habitudes de vie, sensibiliser et mobiliser les acteurs locaux (milieux de travail et milieux municipaux), favoriser la communication entre l'équipe régionale et les partenaires locaux, assurer l'application des démarches en sept étapes et soutenir les partenaires dans la mise en œuvre du programme. Selon les agents de changement, ils doivent aussi assumer la création et l'adaptation du nouveau matériel d'encadrement et surtout, soutenir les partenaires locaux et les motiver pour qu'ils persévèrent dans la mise en œuvre du programme.

3.2.1.2 Les ressources investies

a) Au niveau régional : l'Agence de la santé et des services sociaux

Avant le lancement du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION, l'Agence a appuyé financièrement la MRC d'Argenteuil dans la mise en œuvre d'une phase d'expérimentation. Cette aide s'est traduite par le transfert de 10 000 \$ visant à soutenir l'embauche d'une personne responsable de la mise en œuvre du programme à la MRC.

À la suite de ce projet pilote, l'Agence a constitué une équipe régionale responsable de la planification et de la mise en œuvre du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Le programme est alors offert à l'ensemble des sept CSSS du territoire des Laurentides. L'équipe régionale est composée d'un médecin et de trois professionnelles. Le médecin est responsable de la coordination du programme et de la mise en œuvre de la stratégie éducationnelle. La coordonnatrice du programme consacre aussi une journée par semaine aux activités de soutien et

d'accompagnement. Les trois professionnelles travaillent à raison de cinq jours par semaine, quatre jours par semaine et trois jours par semaine. Ces professionnelles sont responsables de la stratégie de communication et de la stratégie environnementale du programme.

À notre connaissance, aucun budget global et récurrent n'a été octroyé au programme. Il semble que le programme profite d'un financement « à la pièce ». L'équipe régionale estime à 35 000 \$ les sommes qui ont été investies chaque année dans la planification et la mise en œuvre du programme. Cette somme correspond aux transferts de fonds provenant des budgets des programmes Tabac et Kino-Québec de la Direction de santé publique de l'Agence. L'Agence a aussi alloué des ressources financières aux CSSS afin de les soutenir dans la mise sur pied d'équipes locales 0•5•30. Extraites à même le budget de développement de l'Agence, ces sommes récurrentes se chiffrent à 400 000 \$ et serviront à l'embauche de ressources humaines pour créer une équipe locale 0•5•30 dans chaque CSSS. L'équipe d'évaluation ne peut témoigner ni de la méthode employée pour répartir la somme d'argent entre les sept CSSS des Laurentides, ni de l'enveloppe budgétaire confiée aux CSSS chaque année.

En plus de ces investissements, l'Agence a intégré au programme cinq campagnes promotionnelles visant l'ensemble de la population : (1) le Mois de la marche de Kino-Québec, (2) la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac, (3) le Défi J'arrête, j'y gagne!, (4) Plaisirs d'hiver de Kino-Québec et (5) le Mois de la nutrition.

Finalement, dans le but d'encourager la participation des partenaires locaux à la mise en œuvre du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION, l'équipe régionale a offert des incitatifs. Tout d'abord, aux milieux de travail et aux milieux municipaux, elle a offert gratuitement la réalisation d'une analyse du milieu. Ensuite, l'équipe régionale a remis divers produits promotionnels (par exemple des podomètres) aux agents de changement chargés de les distribuer aux partenaires locaux qui participent au programme.

◆ L'appréciation

De manière générale, les ressources humaines font défaut autant au niveau régional qu'au niveau local. Ce manque de ressources et d'expertise ralentit la mise en œuvre du programme en allongeant les délais de réalisation des étapes d'implantation et en limitant l'intégration de nouvelles expertises. Le fait que le programme ne bénéficie pas d'un budget global et récurrent nuit à la motivation et à la participation des partenaires. Pour certains répondants, l'absence de ce type de budget rend la mobilisation difficile et met en péril la pérennité du programme.

L'étude a permis de constater que moins de la moitié des agents de changement ont intégré les campagnes nationales au programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Selon les données recueillies, 77 % des porteurs de dossier (14 personnes sur 18) ont mentionné que leur milieu de travail a participé, dans le cadre du programme, aux campagnes promotionnelles. Plus précisément, ils ont participé au Défi Santé 5/30, au Défi J'arrête, j'y gagne! et à la campagne le Mois de la marche de Kino-Québec. Les campagnes Journée nationale du sport et de l'activité physique et Plaisirs d'hiver ont été moins utilisées par les comités représentatifs des milieux de travail.

Pour plusieurs partenaires, l'intégration des campagnes promotionnelles au programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION représente une idée ingénieuse pour diverses raisons. Premièrement, la communication de masse (télévision et matériel promotionnel) permet

d'informer une grande partie de la population de la nécessité d'adopter et de maintenir de saines habitudes de vie. Deuxièmement, la grande visibilité, la répétition des messages et la récurrence des campagnes promotionnelles permettent de renforcer les activités de formation et d'éducation auprès de la population. Troisièmement, l'intégration des campagnes promotionnelles permet aussi d'offrir aux agents de changement des outils faciles à utiliser et accessibles rapidement. Ces outils, ces informations et ce matériel aident les agents de changement et les porteurs de dossier à mobiliser plusieurs acteurs locaux. Quatrièmement, l'intégration des campagnes promotionnelles au programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION permet aux agents de changement de faire des liens entre les campagnes nationales et les objectifs du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Finalement, cette intégration donne l'impression aux acteurs locaux que le programme 0•5•30 est commandité et produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Ces actions renforcent la nature « combinée et intégrée » du programme en démontrant l'utilisation de divers programmes pour l'atteinte de cibles communes.

Toutefois, cette intégration pose certains problèmes. Premièrement, elle nécessite un investissement important d'heures de travail. L'ensemble des agents de changement ont relevé avoir consacré plusieurs heures à lire et à assimiler les informations fournies afin d'être en mesure d'intégrer adéquatement les campagnes promotionnelles au programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. La seconde difficulté se rapporte à la confusion qui se crée dans l'esprit des gens conséquemment à l'utilisation des campagnes promotionnelles.

« Les acteurs locaux consultés s'attendent à participer à des programmes nationaux comme le Défi J'arrête, j'y gagne! et le Défi Santé 5/30, et non pas à s'engager dans un programme régional. »

Finalement, les incitatifs offerts par l'équipe régionale ont encouragé la mobilisation des acteurs locaux et la participation au programme. La réalisation des analyses du milieu par l'Agence « a constitué un argument de poids auprès des dirigeants municipaux ». L'utilisation d'un discours insistant sur la constitution de nouveaux partenariats et d'un réseau 0•5•30 a aussi influencé positivement plusieurs partenaires dans leur décision d'adhérer au programme.

« Dire à un participant : "Vous ne serez pas seul", a été un bon moyen d'encourager la participation. »

◆ Le point de vue de l'équipe régionale

Malgré une charge de travail importante, l'équipe régionale prétend « livrer la marchandise ». Les membres de l'équipe s'entendent pour dire que les ressources sont insuffisantes au niveau régional. Entre autres, l'équipe régionale a souligné le manque d'expertise en matière de nutrition et de tabagisme.

L'étude a permis de préciser que les campagnes nationales s'insèrent dans la stratégie de communication. L'équipe régionale est consciente des efforts consentis par les agents de changement pour l'intégration des campagnes promotionnelles au programme. Cependant, elle insiste sur les retombées de ces campagnes sur l'enrichissement des connaissances et la mobilisation des acteurs locaux.

« Comme le matériel de communication est déjà constitué pour ces campagnes, ça nous a donné un bon coup de main. »

◆ Le point de vue des coordonnateurs locaux

Bien que plusieurs coordonnateurs locaux jugent que l'Agence a investi suffisamment de ressources pour la mise en œuvre du programme, ils précisent que ces sommes permettent une mise en œuvre « à sa plus simple expression ». À long terme, les répondants soulignent que les ressources financières seront insuffisantes.

« Plus le projet avance, plus il demande des ressources. »

« Il va nous falloir de l'argent d'en haut. »

◆ Le point de vue des agents de changement

L'ensemble des agents de changement estime que l'Agence n'investit pas suffisamment de ressources dans la mise en œuvre du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Ils souhaitent que l'Agence transfère des sommes d'argent plus importantes aux équipes locales 0•5•30.

Les agents de changement estiment qu'à long terme, l'intégration des campagnes nationales facilitera la mise en œuvre du programme. Ils reconnaissent les retombées positives des campagnes promotionnelles : elles offrent des outils faciles à utiliser et accessibles rapidement.

« Les campagnes nationales aident à la mise en œuvre du programme par l'ampleur des moyens de communication de masse (télévision et matériel promotionnel). »

« Les gens s'approprient rapidement les campagnes nationales à cause de leur plus grande visibilité, de la répétition des messages et de la continuité dans le temps. »

« Une fois que les campagnes nationales seront intégrées au programme, on ne sera plus à court de temps! »

Cependant, la quantité d'informations a effrayé plusieurs répondants : « Il y a trop d'informations durant le temps des campagnes nationales ». Trois agents de changement se disent submergés par la quantité d'informations. À ces moments de pointe, ils ont redéfini leurs tâches. Certains ont mentionné n'avoir pu faire l'ensemble du travail : « [...] on m'a demandé de faire un choix entre mes tâches courantes [et] la diffusion des campagnes promotionnelles ». Ensuite, les agents de changement ont relevé la confusion découlant de l'intégration des campagnes promotionnelles au programme. Entre autres, ils ont mentionné les difficultés éprouvées au cours de l'application de la démarche en sept étapes dans les milieux de travail et dans les milieux municipaux après l'utilisation des campagnes promotionnelles.

b) Au niveau local : le Centre de santé et de service sociaux

Les ressources humaines (ETC) investies par les CSSS dans la mise en œuvre du programme varient d'un établissement à un autre. Deux coordonnateurs locaux estiment qu'en réunissant l'ensemble des effectifs consacrés au programme, ils ont libéré un équivalent à temps complet pour la mise en œuvre du programme. Cinq coordonnateurs peuvent difficilement évaluer les ressources humaines consacrées au programme. Trois d'entre eux mentionnent avoir été dans l'incapacité de respecter les balises proposées par l'équipe régionale.

Les agents de changement quantifient avec plus de précision les ressources humaines (ETC) investies par leur CSSS (annexe IX, tableau 4). Pour deux CSSS, le cumul des heures de travail

consacrées par les agents de changement à la mise en œuvre du programme équivaut à un ETC. Pour deux autres CSSS, la somme des heures investies pour la mise en œuvre correspond à 0,8 ETC pour l'ensemble des agents de changement. Dans les trois autres CSSS, les agents de changement investissent 0,3, 0,4 et 0,6 ETC.

Les CSSS autorisent aussi des transferts de fonds provenant d'autres postes budgétaires. Les valeurs et les provenances ne peuvent être précisées par l'équipe d'évaluation. D'autres moyens de financement sont aussi exploités par les CSSS. Par exemple, un CSSS a réservé dans son budget une somme de 15 000 \$ par année pour permettre à un employé de mettre en œuvre la stratégie environnementale en milieu municipal. Il est important de noter que cette somme ne représente qu'une partie du salaire de l'employé et elle n'est effective que pour deux années. Un second CSSS a établi une structure financière consacrée uniquement à la mise en œuvre du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Le budget correspond à une valeur de 25 000 \$ pour la première année d'implantation et de 15 000 \$ pour les années suivantes. L'obtention de ces sommes d'argent a permis d'accroître et de solidifier les équipes locales 0•5•30.

◆ L'appréciation

Selon les documents administratifs, il est proposé que les équipes locales disposent de 0,8 équivalent temps complet (ETC) pour la mise en œuvre du programme dans les petits CSSS et de 1 ETC pour les CSSS plus importants. La moyenne des ressources humaines investies par CSSS est de 0,7 ETC. Plus précisément, quatre CSSS respectent les investissements demandés par l'équipe régionale, alors que trois CSSS n'atteignent pas les objectifs fixés. Au sein de l'équipe locale 0•5•30, les agents de changement ne reçoivent pas toujours les libérations établies par l'équipe régionale et estimées nécessaires à la mise en œuvre de leur stratégie. Ensuite, un déséquilibre semble se créer entre les agents de changement quant au temps de libération accordé à chacune des stratégies d'intervention. Cette répartition des heures de travail accordées semble être tributaire des priorités organisationnelles et des croyances de la direction du CSSS. Finalement, quelques coordonnateurs locaux et agents de changement ont mentionné que les budgets devant être consentis au programme ne sont pas toujours respectés par l'organisation. Ces sommes d'argent peuvent être allouées à d'autres priorités au sein de l'organisation. Cette situation nuit à la constitution de l'équipe locale 0•5•30 et à la mise en œuvre du programme.

À long terme, les répondants estiment que les CSSS devront investir des sommes beaucoup plus importantes pour maintenir le développement du programme.

« On va bientôt avoir besoin de plus! »

◆ Le point de vue des coordonnateurs locaux

Quatre coordonnateurs locaux considèrent que leur CSSS a mobilisé un nombre suffisant de ressources humaines pour la mise en œuvre du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Deux coordonnateurs demeurent indécis. Un seul coordonnateur est convaincu que le CSSS n'a pas investi les sommes nécessaires à la mise en œuvre du programme. Plusieurs estiment que les besoins financiers et humains grandiront au même rythme que le programme. Plus précisément, quatre coordonnateurs locaux ont l'impression que plus le programme se développera et plus il nécessitera un nombre important de ressources humaines.

La principale cause évoquée pour expliquer le sous-financement des équipes locales concerne la complexité du processus de libération des professionnels. Le contexte organisationnel est le principal moteur de cette difficulté. Ensuite, les coordonnateurs locaux mentionnent que le non-respect des demandes formulées par l'équipe régionale découle d'un manque d'information et d'une mauvaise compréhension des besoins du programme.

« [...] l'information n'a pas été clairement explicitée par l'équipe régionale. »

« Il y a une différence entre ce qu'on nous a dit et la réalité. »

◆ Le point de vue des agents de changement

Plusieurs agents de changement s'entendent pour dire que, dans leur CSSS, seulement une petite partie des sommes disponibles a été consentie à la mise en œuvre du programme. L'explication de ce manque à gagner est souvent associée aux décisions prises par la direction du CSSS.

« [...] la faute incombe à notre direction qui n'a absolument rien fait à ce jour. »

3.2.1.3 Les activités instaurées

a) Au niveau régional : l'Agence de la santé et des services sociaux

Au cours de la mise en œuvre du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION, l'équipe régionale et la Direction de santé publique de l'Agence ont travaillé en étroite collaboration avec divers partenaires. Ce travail a conduit à la mise en place de cinq types d'activités : (1) la mobilisation des acteurs régionaux et locaux, (2) la formation et les journées de ressourcement, (3) l'accompagnement, (4) la rédaction d'un plan de communication régional et (5) le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du programme.

1- La mobilisation des acteurs régionaux et locaux

Les activités de mobilisation réalisées par l'équipe régionale visent principalement à présenter le programme et ses objectifs aux acteurs régionaux des milieux de travail ciblés et des milieux municipaux. Dans les milieux de travail et dans les milieux municipaux, l'équipe d'évaluation a constaté que, depuis le démarrage du programme, l'équipe régionale a établi neuf contacts auprès des intervenants locaux (ex. : préfets des MRC, table des directeurs des loisirs, table des directeurs des commissions scolaires, table des directeurs des ressources humaines des CSSS).

Dans les milieux de travail, différents moyens de mobilisation ont été employés : la participation à des rencontres, la présentation du programme, les remises de documents promotionnels et d'argumentaires. Dans les milieux municipaux, les moyens utilisés comprennent : la présentation du programme, la participation à des rencontres avec les préfets et les directeurs généraux de municipalité, l'envoi de lettres aux maires, la réalisation de portraits de santé de MRC et l'envoi de « merci-grammes » personnalisés.

Différents incitatifs ont aussi été proposés. Pour les milieux de travail, l'équipe régionale a proposé son expertise pour la réalisation de portraits 0•5•30 des employés et du milieu de travail. Elle a aussi offert des ressources publicitaires (association aux campagnes nationales, conférences de presse, publicités locales, etc.) et quelques produits promotionnels (podomètres et sacs recyclables à l'effigie du programme). Pour les milieux municipaux, l'analyse de l'environnement a constitué l'incitatif le plus significatif.

L'étude réalisée auprès des décideurs municipaux montre que les efforts de l'équipe régionale ont conduit à la mobilisation de cinq milieux municipaux. Les renseignements obtenus auprès de l'équipe régionale permettent d'accroître à huit le nombre de milieux mobilisés par le programme en ajoutant deux commissions scolaires et un cégep.

2- La formation et les journées de ressourcement

L'équipe régionale estime avoir investi entre 2 000 \$ et 4 000 \$ par année pour la préparation des sessions de formation. Ces investissements ont permis d'offrir sept sessions de formation aux agents de changement (une journée de formation en juin 2005; deux journées de formation pour la stratégie éducationnelle; deux journées de formation pour la stratégie environnementale et deux journées de ressourcement) et trois sessions de formation aux professionnels de la santé. Dans l'ensemble, 25 personnes ont reçu la formation de base pour pouvoir mettre en œuvre le programme sur leur territoire.

Les sujets abordés dans ces sessions de formation sont principalement le counselling bref 0•5•30, les pratiques cliniques préventives et l'entrevue motivationnelle, les changements environnementaux, la mobilisation des milieux et la démarche en sept étapes.

3- L'accompagnement

L'équipe régionale offre différents outils d'accompagnement aux agents de changement, aux comités multidisciplinaires consultatifs en CSSS et aux comités représentatifs des milieux de travail. Ainsi, l'équipe régionale a premièrement élaboré des guides sous forme de cartables constitués d'outils conçus pour accompagner le partenaire local dans la réalisation de chacune des sept étapes de la démarche participative. Le premier cartable intitulé *Le Guide de transformation du milieu de travail - Tome 1* est une édition révisée et adaptée d'un document produit en 2002 par la DSP de l'Agence de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. Ce premier document s'adresse aux agents de changement responsables d'appliquer la démarche participative en sept étapes en milieu de travail. Le deuxième cartable a pour titre *Le guide de transformation du milieu de travail - Tome 2*. Il est remis aux milieux de travail qui s'engagent dans le programme. Complémentaire au premier cartable, ce document contient un répertoire d'outils et d'informations concernant les trois habitudes de vie ciblées par le programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Le troisième cartable, *Le Guide de soutien à l'intégration du counselling bref 0•5•30*, s'adresse aux professionnels de première ligne participant aux comités multidisciplinaires consultatifs en CSSS. Ce cartable est constitué d'outils conçus pour accompagner les comités multidisciplinaires consultatifs des CSSS dans la réalisation de chacune des sept étapes de la démarche pour la mise en œuvre de la stratégie éducationnelle.

Deuxièmement, l'équipe régionale a conçu des grilles, des argumentaires de mobilisation, des questionnaires, des grilles d'analyse des environnements, des activités de reconnaissance (deux ateliers pour les employés) et cinq campagnes promotionnelles.

Troisièmement, l'équipe régionale a rédigé et distribué des bulletins d'information de manière à améliorer la communication entre les différents partenaires. De plus, elle a recours aux conférences téléphoniques et aux envois de courriels.

Finalement, elle offre des rencontres individuelles avec les partenaires pour répondre à des questions ponctuelles et pour réaliser le bilan de la mise en œuvre du programme.

4- La rédaction d'un plan de communication régional

Dans le cadre du présent mandat, l'équipe d'évaluation n'a pu documenter cette partie du travail accompli par l'équipe régionale.

5- Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du programme

Par l'entremise de ces rencontres-bilan et de ces journées de ressourcement, l'équipe régionale recueille différentes informations concernant le déroulement de la mise en œuvre du programme. L'équipe a aussi recours, de façon ponctuelle, à différents outils de collecte de données (sondage, grille de collecte, etc.) qu'elle achemine principalement aux agents de changement et aux coordonnateurs locaux. De plus, elle a mandaté le CREXE pour la réalisation d'une évaluation formative de la mise en œuvre du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION.

Il demeure difficile pour l'équipe régionale de colliger des indicateurs similaires pour l'ensemble des CSSS. L'absence d'un processus de reddition de comptes officiel restreint les capacités de l'équipe régionale à suivre la mise en œuvre locale du programme et à l'évaluer efficacement.

◆ L'appréciation

La mobilisation des acteurs régionaux et locaux est une fonction essentielle de l'équipe régionale. Elle permet de sensibiliser les acteurs locaux à la problématique et au programme. De plus, elle permet de créer des liens entre l'équipe régionale et les partenaires locaux. La mobilisation réalisée par l'équipe régionale agit comme porte-voix des activités de mobilisation réalisées par les agents de changement. Elle réussit à accroître la force de persuasion de ces derniers auprès des comités de direction des CSSS, des partenaires municipaux et scolaires ainsi que des milieux de travail.

« [...] ça prend plusieurs interventions avant de démarrer les choses. La mobilisation représente une de ces activités qui conduisent à une participation. »

Les activités de mobilisation entreprises par l'équipe régionale ont atteint leurs objectifs. Des 11 personnes rencontrées dans le domaine municipal, 6 ont dit avoir assisté à des présentations de la Direction de santé publique de l'Agence des Laurentides. Ces présentations s'étaient tenues à la table des préfets ou aux conseils des maires des MRC. Ces activités de mobilisation ont eu des retombées positives selon les préfets et les directeurs généraux des MRC, car 9 répondants sur 11 affirment connaître le programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Des 11 répondants, seulement 3 personnes n'étaient pas en mesure de donner les objectifs du programme.

En ce qui concerne les sessions de formation, elles s'adressent principalement aux agents de changement. Aucune ressource financière n'a été allouée à la préparation de sessions de formation adressées aux professionnels de première ligne de la santé dans le cadre du lancement de la stratégie éducationnelle. L'équipe régionale avait pourtant souhaité, au moment du lancement du programme, investir 5 000 \$ par année dans la préparation et la diffusion de ces sessions de formation.

En ce qui a trait au matériel d'encadrement et aux services d'accompagnement, ils constituent d'importants facteurs explicatifs de la réussite de la mise en œuvre du programme. Ils permettent de mobiliser plusieurs partenaires tout au long du processus d'implantation du programme et de les inciter à participer. Dans l'ensemble, les intervenants estiment qu'il s'agit de matériel de

qualité facilitant la mise en œuvre du programme. Malgré le soutien offert aux agents de changement, peu de soutien semble avoir été offert aux coordonnateurs locaux. Parmi les moyens utilisés pour informer et soutenir les coordonnateurs locaux, mentionnons la rencontre-bilan (une fois par année), le bulletin 0•5•30 et la rencontre *ad hoc* avec l'ensemble des coordonnateurs (une fois par année). Ces moyens ont permis d'établir des réseaux de communication, mais leur faible utilisation ne permet pas de soutenir adéquatement les coordonnateurs locaux dans la mise en œuvre du programme.

◆ **Le point de vue de l'équipe régionale**

La mobilisation accomplie au niveau régional permet de « semer une graine ». Elle informe les acteurs locaux et les initie à la problématique et au programme 0•5•30. À la suite des premières démarches de mobilisation, les agents de changement doivent rapidement reprendre le flambeau des activités de mobilisation. Ils doivent joindre directement les intervenants locaux ciblés conjointement.

Selon l'équipe régionale, les sessions de formation qui s'adressent aux agents de changement demeurent nécessaires pour une mise en œuvre efficace du programme. Les journées de ressourcement sont très utiles, car elles permettent de regrouper les intervenants des différentes stratégies d'intervention.

« Elles offrent l'occasion aux participants d'échanger sur leurs bons coups. »

Cependant, elles devraient être accompagnées de moyens de communication parallèles. Ces moyens de communication permettraient d'accroître les effets bénéfiques de ces rencontres (ex. : site Internet et bulletin).

L'équipe régionale dit demeurer continuellement disponible pour répondre aux demandes de soutien formulées par les agents de changement et par les coordonnateurs locaux. En ce qui concerne le matériel d'encadrement, il a été conçu en étroite collaboration avec les agents de changement. Il devrait ainsi être adapté à leurs besoins. En ce qui concerne les moyens de communication, l'équipe régionale estime que l'utilisation et la fréquence des bulletins d'information ont permis une circulation efficace de l'information entre l'équipe régionale et les équipes locales. Par contre, l'équipe régionale considère que les rencontres *ad hoc* auprès des coordonnateurs locaux ont été décevantes. Même si le taux de participation était élevé, très peu de coordonnateurs locaux ont profité de l'occasion pour poser des questions et s'investir dans le programme.

◆ **Le point de vue des coordonnateurs locaux**

Les coordonnateurs locaux se disent satisfaits des activités de formation menées par l'équipe régionale.

« Je leur donne 9 sur 10. »

Le soutien offert par l'équipe régionale et la circulation de l'information sont aussi appréciés.

« Elles sont là pour nous supporter... toujours. »

« [...] l'équipe régionale a un rôle de soutien majeur qu'elle assume très bien. Je suis très satisfait. C'est une bonne approche : participative, très à l'écoute des différences entre les CSSS. Elle ne fait pas de mur à mur. »

Plus particulièrement, la journée d'information tenue le 18 mai 2005 a laissé de bons souvenirs à plusieurs coordonnateurs locaux. Un coordonnateur mentionne que « la présentation [l'avait] vraiment branché ». Pour les gestionnaires locaux, cette mobilisation a entretenu la flamme et a facilité la détermination des objectifs à atteindre. Un coordonnateur local se dit même jaloux des journées de ressourcement destinées aux agents de changement.

Les rencontres *ad hoc* ont aussi facilité la circulation de l'information. Les coordonnateurs considèrent ces rencontres comme utiles : elles viennent les rassurer, les aider dans la définition des attentes, les guider dans les façons de faire et les soutenir relativement au comité de direction. Les courriels et les bulletins d'information permettent une circulation efficace de l'information entre l'équipe régionale et les équipes locales 0•5•30. Ils aident à suivre l'évolution du programme et à établir les objectifs d'intervention locale.

Quelques coordonnateurs locaux ont reconnu que le lien direct entre l'agent de changement et l'équipe régionale a conduit à une forte mobilisation de l'équipe locale. Pour d'autres, les liens avec l'équipe régionale sont souvent trop sommaires : ils ne comprennent pas le rôle qui leur est confié et ils comprennent peu le programme. Selon un des coordonnateurs locaux rencontrés, la coordination entre l'équipe régionale et la direction des CSSS aurait gagné à être plus rigoureuse.

« En expliquant mieux le programme à la direction du CSSS, entre autres, la relation entre les habitudes de vie ciblées et les maladies chroniques, je pense que ma direction aurait été bien plus active dans la mise en œuvre du programme. »

◆ Le point de vue des agents de changement

La majorité des agents de changement (six) ont considéré avoir vu des effets de la mobilisation effectuée par l'équipe régionale. Les présentations de l'équipe régionale « ont mis des pistes un peu partout ». Après ces activités, certains agents de changement ont mentionné avoir été sollicités par des décideurs de différents milieux. Ils croient que la mobilisation régionale demeure incontournable et qu'elle favorise la participation des cadres des CSSS et des partenaires des milieux de l'éducation. Par contre, les agents de changement se montrent très critiques quant aux retombées des présentations dans les milieux municipaux. L'effet des activités de l'équipe régionale n'est pas toujours reconnu selon eux. En fait, trois agents de changement ont considéré qu'il y a eu peu ou pas d'effets après la mobilisation auprès de ce milieu.

Pour ce qui est des incitatifs offerts par l'équipe régionale, les agents de changement considèrent que les analyses de l'environnement ont été très utiles à la mise en œuvre de la stratégie environnementale. Offertes gratuitement, elles ont facilité l'élaboration des plans d'action.

En ce qui concerne les sessions de formation, les 13 agents de changement rencontrés ont dit les avoir appréciées. Ils ont affirmé que ces journées les avaient aidés dans la mise en œuvre du programme. Ces sessions permettent la circulation de l'information et l'échange entre agents de changement. Elles favorisent la mise en commun d'outils et permettent aux agents de travailler plus efficacement.

En ce qui a trait aux journées de ressourcement, elles sont attendues avec impatience. Selon les agents de changement, elles offrent une aide inestimable à la mise en œuvre du programme. Elles constituent un lieu d'échange propice à la création d'un langage commun et d'un sentiment d'appartenance. Elles donnent aux agents de changement l'occasion d'échanger leurs idées sur les stratégies d'implantation, de partager leurs expériences sur les petites et grandes réussites et sur les difficultés liées à la mise en œuvre du programme. À ces occasions, les agents de changement obtiennent le soutien des autres agents de changement ainsi que celui de l'équipe régionale. Ces journées ont, selon tous les intervenants, grandement facilité la circulation de l'information entre l'équipe régionale et les agents de changement.

« [Les journées de ressourcement diffusent] beaucoup d'informations et de connaissances nécessaires pour faire avancer les choses. »

En ce qui concerne le matériel d'encadrement, en général, les agents de changement le jugent assez bien (annexe IX, tableau 5). Ainsi, 53,8 % des répondants se disent tout à fait en accord avec l'énoncé « J'apprécie le matériel créé par l'équipe régionale ». Ils sont aussi nombreux à estimer que le matériel est utile à la mise en œuvre du programme. Le matériel d'encadrement semble également bien répondre aux besoins des CSSS. Pourtant, des ajustements ont dû être apportés à certains outils et des nouveaux ont été constitués afin de faciliter la mise en œuvre des stratégies d'intervention. Dans le cas de la stratégie éducationnelle, 9 répondants sur 13 ont mentionné avoir créé du nouveau matériel d'encadrement pour répondre aux besoins des professionnels de première ligne. Plus précisément, et dans le but d'analyser les pratiques actuelles et l'environnement de pratique, quatre agents de changement sur cinq qui ont accompli cette étape de la démarche ont dû adapter les outils de collecte de données fournis (grille d'observation, questionnaire et répertoire des ressources). En ce qui concerne le matériel proposé pour l'élaboration du plan d'action, il a aussi été adapté aux besoins des comités multidisciplinaires consultatifs en CSSS dans un cas sur cinq. Dans le cas de la stratégie environnementale, la situation est sensiblement similaire : 9 répondants sur 12 ont mentionné avoir créé du nouveau matériel d'encadrement pour répondre aux besoins des milieux de travail.

Finalement, les agents de changement se disent satisfaits du soutien offert par l'équipe régionale. Ils se sentent tout à fait à l'aise d'entrer en contact avec l'équipe régionale par courriel ou par téléphone. Les 13 agents de changement ont dit avoir demandé le soutien de l'équipe régionale à un moment ou un autre de la mise en œuvre du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. De plus, 12 des 13 agents de changement sont tout à fait d'accord pour dire que l'équipe régionale a répondu rapidement et efficacement aux demandes de soutien.

« Aussitôt qu'on a un problème, on a un retour d'appel rapide avec des réponses précises, claires, pertinentes. »

◆ **Le point de vue des professionnels de première ligne**

Les professionnels de première ligne ont aussi une opinion positive du matériel d'encadrement : 78,6 % des professionnels pensent que ce matériel correspond aux besoins des CSSS et 71,4 % des professionnels affirment que le matériel répond à leurs besoins professionnels.

◆ **Le point de vue des porteurs de dossier**

Parmi les porteurs de dossier, 14 personnes sur 18 ont mentionné avoir utilisé le matériel d'encadrement proposé par l'agent de changement. De plus, 15 porteurs de dossier sur 18

considèrent que le matériel d'encadrement est de qualité, et 14 sur 18 considèrent qu'il correspond aux besoins des milieux de travail.

b) Au niveau local : le centre de santé et de services sociaux

Une des premières activités des CSSS consiste à former une équipe locale responsable de la mise en œuvre du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Selon l'étude des données, l'ensemble des CSSS a formé une équipe locale 0•5•30.

La composition des équipes locales est très diversifiée. Deux CSSS ont choisi de fonctionner avec un seul agent de changement. Dans ces établissements, les trois stratégies sont à la charge d'une seule personne. Pour les autres CSSS, une équipe locale se partage la mise en œuvre et la coordination des trois stratégies d'intervention. Parfois, l'équipe locale se compose de deux agents de changement dont l'un coordonne l'implantation de deux stratégies simultanément. D'autres fois, trois agents de changement se partagent les trois stratégies d'intervention.

Les agents de changement sont souvent infirmiers, organisateurs communautaires, travailleurs sociaux ou nutritionnistes. Les infirmiers ont généralement une spécialisation en prévention et contribuent parfois à des programmes parallèles au 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION, comme les centres d'abandon du tabagisme (CAT) ou la Clinique diabète. Certaines équipes locales ont retenu, au besoin, les services d'experts dans les trois habitudes de vie ciblées par le programme : le tabac, la nutrition et l'activité physique.

◆ L'appréciation

Les documents de mise en œuvre du programme proposent que l'équipe locale soit composée d'un minimum de trois agents de changement. Les entretiens réalisés auprès des agents de changement et des coordonnateurs locaux soutiennent cette recommandation. Les répondants considèrent que la mise en œuvre est plus simple lorsque les agents de changement travaillent à plusieurs.

Selon les estimations de l'équipe régionale, la tâche de travail devant être accomplie par l'équipe locale prend de 4 à 5 jours par semaine, soit de 28 à 35 heures par semaine. Plus précisément, il est proposé que l'agent de changement responsable de la stratégie éducationnelle consacre d'une à une journée et demie à la mise en œuvre, que l'agent responsable de la stratégie environnementale réserve de deux journées et demie à trois journées à la mise en œuvre et qu'une demi-journée soit allouée à l'organisation de la stratégie de communication. Selon les données recueillies, les agents de changement estiment la charge de travail qu'ils ont accomplie pour la mise en œuvre du programme à 24,4 heures en moyenne par semaine. Le nombre d'heures minimal est estimé à un peu moins de 10 heures, alors que le nombre d'heures maximal est égal à 35 heures par semaine.

Finalement, l'équipe régionale proposait de diversifier les expertises au sein de l'équipe locale en accordant la priorité à celles liées au tabac, à la nutrition, à la kinésiologie et aux communications. L'étude de la mise en œuvre relève que certaines équipes locales ont retenu les services d'experts dans les trois habitudes de vie. D'une façon générale, les agents de changement ayant une expertise en tabac exercent une profession d'infirmier et ceux qui ont une expertise en nutrition sont des nutritionnistes de formation. Les données recueillies permettent de mentionner que l'expertise en activité physique est peu représentée au sein des équipes locales.

« Les experts ne sont pas tous aussi disponibles : ça va pour l'expert du 0, mais l'expert du 5 est débordé et l'expert du 30 n'a pas encore été abordé. »

De nombreuses différences subsistent dans la composition des équipes locales. Souvent, elles s'expliquent par la culture organisationnelle du CSSS et par les ressources professionnelles disponibles. Cette situation rend difficile la localisation du programme au sein du CSSS.

◆ **Le point de vue de l'équipe régionale**

Idéalement, l'équipe locale doit comprendre un organisateur communautaire et des experts dans les trois domaines d'intervention : un infirmier spécialisé en tabagisme, un kinésiologue et un nutritionniste.

« La condition de succès : être une équipe. »

Selon les informations recueillies auprès de l'équipe régionale, l'équipe locale assure aussi un certain « filet de sécurité ».

« Si un professionnel quitte ou tombe malade, le projet ne tombe pas à l'eau du jour au lendemain. Les autres membres de l'équipe peuvent prendre le relais jusqu'à l'arrivée d'une nouvelle ressource. »

◆ **Le point de vue des agents de changement**

L'ensemble des agents de changement pense qu'ils sont plus efficaces dans la mise en œuvre lorsqu'ils sont plusieurs à composer l'équipe locale 0•5•30.

« On s'est approprié le programme en même temps. »

« [À plusieurs professionnels], on se partage les tâches en fonction des compétences. »

Si une composition diversifiée de l'équipe locale a été grandement recommandée par les agents de changement, un partage équitable des rôles et des responsabilités entre les professionnels semble aussi incontournable. Plusieurs agents de changement ont insisté sur les effets négatifs d'un manque d'équilibre au sein de l'équipe locale (motivation, participation, déception, jalousie, sentiment d'échec, etc.).

« L'organisateur communautaire connaît bien les milieux, [il] sait organiser les gens et les rallier à un même objectif. [...] Il est aussi une bonne personne pour organiser l'émergence de prise en charge de la part du milieu. Le fait d'avoir un professionnel de la santé dans la stratégie éducationnelle aide : on parle le même langage, la pratique clinique. En tant que nutritionniste, il y a eu une belle ouverture. »

« Ça prend un infirmier pour parler aux infirmiers : le discours est pointu et il est très crédible au niveau de son groupe. »

« Une équipe complémentaire permet [de faire] des lectures différentes de la réalité. »

En contrepartie, et selon l'équipe régionale, une équipe composée de plusieurs membres peut complexifier la libération des professionnels.

« Lorsque dans un CSSS, une ressource unique fait toutes les stratégies, elle est alors assurée de sa libération. »

3.2.2 La stratégie éducationnelle

La stratégie éducationnelle vise l'adoption de pratiques cliniques préventives par les intervenants de première ligne des CSSS travaillant auprès de la clientèle adulte. Aussi appelées le counselling bref 0•5•30, ces activités permettent, à l'occasion d'une consultation, de conseiller les patients quant à l'adoption de saines habitudes de vie et le contrôle des facteurs de risque associés aux maladies chroniques. Plus particulièrement, la stratégie vise à (1) intégrer à la pratique quotidienne des intervenants de première ligne des pratiques cliniques préventives prouvées efficaces en lien avec les maladies chroniques, (2) soutenir le travail interdisciplinaire des intervenants et (3) renforcer les échanges et les liens avec les ressources de la communauté.

Dans cette partie du rapport, l'équipe d'évaluation résume la mise en œuvre de la stratégie éducationnelle. Cette partie de l'étude établit les acteurs centraux de la stratégie d'intervention, fait ressortir les ressources spécialement imputées à la mise en œuvre de la stratégie et inventorie les activités qui ont été mises de l'avant par les principaux partenaires.

3.2.2.1 Le rôle des acteurs

a) Au niveau régional : l'Agence de la santé et des services sociaux

Selon les documents administratifs, le rôle de l'équipe régionale est de former, d'accompagner et de soutenir les agents de changement dans l'accomplissement de la stratégie éducationnelle. Ce mandat correspond aux rôles que doit jouer la Direction de santé publique à l'échelle régionale. Selon le PAR 2004-2007 des Laurentides, celle-ci doit contribuer à la promotion de la santé et du bien-être de la population en proposant et en soutenant des actions qui permettent de réduire les facteurs de risque et les conséquences associés à la maladie, aux problèmes sociaux et aux traumatismes. Pour ce faire, la DSP appuie et accompagne les intervenants de première ligne, en premier lieu ceux du réseau de la santé et des services sociaux, en exerçant un rôle de conseillère. Elle leur offre également de la formation et des outils adaptés à leurs besoins et à la réalité de leur territoire. De plus, l'équipe répond dans les délais prescrits aux demandes d'information et d'expertise.

b) Au niveau local : les centres de santé et de services sociaux

Les CSSS doivent aider les professionnels de la santé (omnipraticiens, intervenants des CSSS, infirmiers, pharmaciens et dentistes) à utiliser chacune des occasions qui se présentent à eux pour conseiller le patient par rapport à l'adoption de saines habitudes de vie et au contrôle des facteurs de risque associés aux maladies chroniques. Plus particulièrement, les CSSS doivent mettre en œuvre différentes actions pour soutenir le clinicien : actions éducationnelles, soutien à la pratique et modification de l'environnement de pratique.

◆ **Les coordonnateurs locaux**

Les coordonnateurs locaux ont comme mandat (1) de nommer un agent de changement responsable de la stratégie éducationnelle, (2) de mobiliser les directions et les chefs de service, (3) de constituer un comité consultatif de travail, (4) de participer à l'analyse du milieu et de soutenir, au besoin, la rédaction et le suivi du plan d'action.

◆ Les agents de changement

Au sein de l'équipe locale, les agents de changement responsables de la stratégie éducationnelle sont les maîtres d'œuvre de sa mise en œuvre. Selon les documents administratifs consultés, ils ont comme rôle (1) d'animer la démarche d'implantation de la stratégie éducationnelle au sein de leur CSSS, (2) d'assurer un lien entre le comité de travail consultatif et la direction du CSSS et (3) de coordonner la mise en œuvre du plan d'action retenu et entériné par la direction du CSSS.

Selon l'étude de la mise en œuvre, les coordonnateurs locaux s'attendent à ce que les agents de changement prennent le leadership de la stratégie éducationnelle tout en sachant « passer le flambeau » aux membres du comité de travail consultatif. De plus, ils estiment que les agents de changement doivent former les infirmiers et mettre au point des outils d'encadrement pour faciliter la mise en œuvre de la stratégie au sein du CSSS.

Les agents de changement définissent leur rôle conformément au libellé du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Ils reconnaissent notamment le rôle de liaison, de développement, de promotion, de soutien et d'éducation. Plusieurs agents de changement se voient comme le seul lien entre l'équipe régionale et le CSSS.

« Mon rôle, je le vois comme étant celui de catalyseur, de rassembleur, d'initiateur, de mobilisateur, de vendeur, de sensibilisateur. »

« On est le soutien à l'implantation. »

« Responsable de changement, superviser l'application du programme, renforcer, éduquer, sensibiliser, donner des outils et évaluer l'application. »

Les professionnels de première ligne estiment que les agents de changement sont les porteurs de la stratégie éducationnelle. Figure de proue, l'agent de changement préside les destinées du comité multidisciplinaire consultatif. Il mobilise les acteurs, les motive, les soutient, fait les démarches, trouve le financement, connaît le programme dans ses moindres détails, transmet l'information. Il s'agit, ni plus ni moins, de la « personne clé du programme ».

◆ L'appréciation

Les partenaires participant à la mise en œuvre de la stratégie éducationnelle ont un rôle qui est conforme à leur mission et à leur mandat quant à l'offre publique de services de santé et services sociaux dans la région des Laurentides. Le rôle octroyé à chacun est aussi complémentaire à celui des autres partenaires. Cette situation facilite la mise en œuvre de la stratégie éducationnelle en simplifiant la participation des différents partenaires.

3.2.2.2 Les ressources investies

a) Au niveau régional : l'Agence de la santé et des services sociaux

L'équipe d'évaluation n'a pu établir les ressources financières allouées spécialement à la mise en œuvre de la stratégie éducationnelle. En ce qui concerne les ressources humaines, l'étude des données secondaires a permis d'établir qu'il y avait une ressource responsable de la stratégie à raison d'une journée et demie à deux journées par semaine, plus la participation de la gestionnaire du projet à raison d'une journée par semaine.

b) Au niveau local : les centres de santé et de services sociaux

Au niveau local, l'équipe d'évaluation n'a pu établir les ressources financières réservées à la mise en œuvre de la stratégie éducationnelle. Selon les documents administratifs du programme, il est attendu qu'un agent de changement soit responsable de la mise en œuvre de la stratégie à raison de 1 à 1½ journée par semaine (de 7 à 11 heures par semaine). Dans les faits, et en moyenne, les agents de changement estiment à près de huit heures la charge de travail qu'ils doivent accomplir par semaine.

Une libération de temps est aussi accordée aux professionnels de la santé qui travaillent à la mise en œuvre de la stratégie. À l'exception d'un intervenant, l'ensemble des répondants dit avoir obtenu une libération de temps pour participer au comité de travail multidisciplinaire consultatif. Toutefois, aucune estimation du nombre d'heures consacrées à la mise en œuvre n'a pu être rapportée par les professionnels de première ligne. Ces derniers jugent cependant cette libération insuffisante pour participer au comité de travail multidisciplinaire consultatif : 21,2 % des professionnels de première ligne considèrent que la libération est plutôt insuffisante et 18,8 % considèrent que la libération est totalement insuffisante. D'ailleurs, 36,8 % des professionnels affirment que la charge de travail pour la mise en œuvre du programme est occasionnellement trop grande, alors que 10,5 % la qualifient de trop grande la plupart du temps.

◆ L'appréciation

L'équipe d'évaluation peut difficilement statuer quant aux ressources investies dans la mise en œuvre de la stratégie éducationnelle. Aucun suivi de gestion de la stratégie éducationnelle n'a été effectué, tant au niveau local qu'au niveau régional. Les seules données disponibles correspondent aux estimations formulées par les agents de changement. Ces estimations demeurent fluctuantes dans le temps et peuvent être sujettes à une sous-estimation ou à une surestimation du temps réellement consacré à la mise en œuvre de la stratégie. Cependant, 16 professionnels de première ligne sur 19 estiment que les ressources humaines mobilisées par le CSSS ont été suffisantes pour la mise en œuvre de la stratégie éducationnelle.

« Bien qu'il y ait toujours place à l'amélioration, les comités de travail multidisciplinaires consultatifs en CSSS 0•5•30 réussissent à faire ce qu'ils ont à faire. »

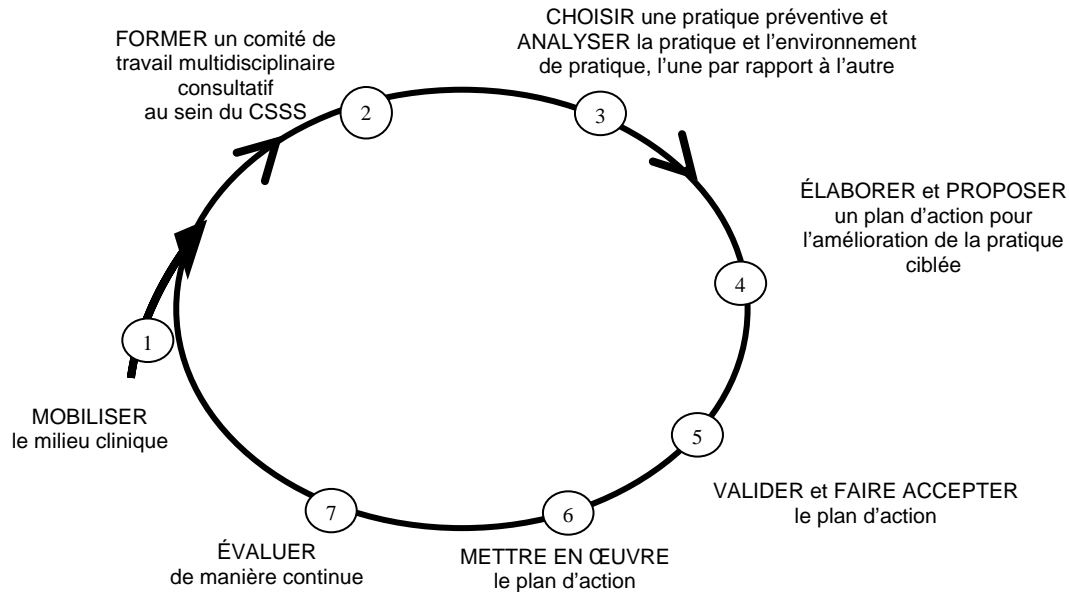
« Le rythme des activités est acceptable [...] on remplit nos objectifs mais il faut être réaliste. »

3.2.2.3 Les activités instaurées

a) Au niveau régional : l'Agence de la santé et des services sociaux

L'équipe régionale doit (1) planifier le déroulement de la démarche en sept étapes, (2) former les agents de changement à la démarche en sept étapes, (3) adapter le guide d'implantation et les outils pour chaque étape de la démarche (outils de mobilisation, lignes directrices, questionnaires et modèles des milieux, modèle de plan d'action, répertoire de formation et d'outils et fiches d'évaluation du plan d'action et des activités mises en œuvre) et (4) soutenir les agents de changement. Ces activités découlent de la contribution principale de l'équipe régionale à la mise en œuvre de la stratégie éducationnelle : la démarche participative d'implantation en sept étapes (figure 2).

Figure 2 : La démarche en sept étapes – stratégie éducationnelle



◆ L'appréciation

La démarche est progressive et séquentielle. Avant de passer à l'étape suivante, les partenaires locaux doivent accomplir une série de tâches correspondant à un objectif précis de mise en œuvre de la stratégie. L'accomplissement de chacune des étapes permet de préparer les étapes subséquentes de la mise en œuvre. Cette structure propose, pour chaque étape, des conditions gagnantes.

Pour l'ensemble des répondants, la démarche en sept étapes révèle une bonne planification et demeure intéressante dans un contexte multidisciplinaire. De plus, la démarche est perçue comme un moyen de créer un langage commun qui facilite la communication entre les partenaires. Elle permet à l'équipe régionale et aux agents de changement de demeurer plus facilement en relation avec les porteurs de dossier et les équipes multidisciplinaires. La démarche est aussi décrite comme détaillée et facilitante.

« [...] un guide utile pour travailler de façon structurée et respecter notre échéancier. »

Par contre, le manque de temps a été mentionné à plusieurs reprises comme un frein à la mise en œuvre de la démarche. Ce manque de temps est principalement attribuable au contexte organisationnel (entre autres à la pénurie de ressources) et à la lourdeur de la démarche.

◆ Le point de vue de l'équipe régionale

Pour l'équipe régionale, la démarche en sept étapes permet la mise en œuvre des projets particuliers à chaque milieu tout en assurant l'homogénéité des cibles à atteindre et une efficacité

du travail accompli. Si la démarche peut être adaptée à la réalité organisationnelle des milieux participant (caractéristiques des milieux, caractéristiques des acteurs, ressources investies, etc.), l'équipe régionale pense que la structure même de la démarche (l'ordre et le nombre d'étapes) doit être préservée pour assurer l'homogénéité du processus de mise en œuvre du programme.

« On ne veut pas passer à côté d'une étape. Par contre, l'appropriation par le milieu passe par le fait que le programme leur ressemble. C'est une condition de succès : il faut que ça tienne compte de la structure et des limites organisationnelles. »

◆ Le point de vue des coordonnateurs locaux

La démarche s'est attiré des commentaires positifs de la part des coordonnateurs locaux. Elle est décrite comme logique et bien construite : « on ne peut enlever aucune étape à cette démarche scientifique ». Elle s'insère bien dans le contexte organisationnel des CSSS et elle répond à leurs besoins organisationnels.

« La démarche s'est bien insérée. C'est intégré pour la majorité des gens. »

◆ Le point de vue des agents de changement

Il n'y a pas de consensus parmi les agents de changement quant à l'appréciation de la démarche participative en sept étapes pour la stratégie éducationnelle. Principalement positifs, les agents de changement soulèvent néanmoins quelques nuances quant à la qualité de la démarche (annexe IX, tableau 6). Certains agents de changement (60 %) voient dans cette démarche les vertus permettant d'atteindre efficacement les objectifs fixés. D'autres agents de changement (40 %), à l'opposé, sont neutres ou soutiennent que la démarche n'est pas adaptée à la réalité des CSSS. Pour ces répondants, qui exercent leur fonction surtout dans des milieux cliniques, la démarche participative et horizontale ne concorde pas aux réalités des CH.

Interrogés à savoir si certaines étapes de la démarche sont plus importantes que d'autres, les agents de changement mentionnent que la mobilisation et la formation des comités retiennent principalement leur attention. Pour plusieurs agents de changement, « tout se joue lors des premières étapes » : détection et sollicitation des milieux et présentation du programme. D'après l'expérience des agents de changement, « si ça part mal, le reste suit ». Un bon nombre d'entre eux ont aussi considéré la formation du comité comme étant l'étape la plus importante : « il faut prendre le soin de choisir les bons membres au sein du comité, tant au niveau de la motivation, de la mobilisation que de la représentation. »

Sur les 14 agents de changement rencontrés, seulement 2 ont répondu que le plan d'action constitue le moment fort de la démarche en 7 étapes. Cependant, ces agents de changement mettent plutôt l'accent sur les difficultés et les embûches liées à cette étape :

« C'est facile de dérapier et de mal faire vivre le plan d'action. Il faut être en mesure de ne pas en faire trop avec ce qui est disponible. Il ne faut pas que ça soit trop lourd, trop gros. »

L'équipe d'évaluation a demandé aux agents de changement si l'application de la démarche pouvait être problématique. Quatre répondants ont mentionné que l'application soulève quelques problèmes. Entre autres problèmes, ils ont mentionné (1) la faiblesse de la libération de temps, (2) la complexité du questionnaire d'analyse de la pratique et du milieu, (3) le manque de balises pour la formation des professionnels et (4) le nombre élevé d'heures à investir collectivement

dans le projet en fonction des ressources disponibles. Un petit nombre de répondants ont dit qu'ils ont dû attendre la diffusion de certains outils et guides produits par l'équipe régionale. Pour eux, cette situation a restreint la mise en œuvre de la stratégie et diminué la motivation et l'engagement des professionnels.

« À l'étape où on devait présenter les outils, l'Agence en était encore au stade de rédaction des documents de travail. C'était plus difficile de présenter cela à la direction. On était en attente. »

À l'exception de la libération de temps, les agents de changement disent avoir trouvé des solutions à chacun des problèmes éprouvés. Certains ont reformulé le questionnaire, conçu de nouvelles grilles de travail mieux adaptées au milieu, pris contact avec l'équipe régionale, etc.

Les agents de changement évaluent de façon positive la possibilité d'adaptation de la démarche aux différents milieux (annexe IX). La démarche semble bien s'adapter aux réalités des CSSS et à celles des milieux de travail, mais moins à celles des milieux municipaux. Certains émettent des réserves quant à certaines parties de son application. Ainsi, on reproche à la démarche de sous-estimer le temps nécessaire à chacune des étapes. Cette situation provoque inévitablement des retards, des tensions et des déceptions chez les partenaires concernés.

◆ **Le point de vue des professionnels de première ligne**

Les professionnels de première ligne évaluent un peu plus sévèrement la possibilité d'adaptation de la démarche. Seulement 35,3 % estiment être tout à fait en accord avec l'énoncé proposant que la démarche soit adaptée aux réalités du CSSS (annexe IX, tableau 7). Toutefois, ils sont tous d'avis que la démarche contient des éléments intéressants. D'abord, elle offre aux professionnels de nouvelles ressources : atelier de formation, bottin de ressources et outils pour les patients. Grâce à ces ressources, les professionnels ont accès à de meilleures connaissances pour pratiquer le counselling bref 0•5•30 et bien conseiller les clients. En plus de ce que la stratégie éducationnelle offre sur le plan des ressources, les professionnels considèrent aussi que le counselling bref 0•5•30 offre des avantages incomparables : il exige peu de temps, il permet de faire voir la situation aux patients, il est rapide et efficace et il relie les trois éléments du programme.

Les professionnels membres des comités de travail considèrent que les dernières étapes sont les plus importantes. Aucun professionnel ne considère les deux premières étapes (la mobilisation du milieu et la formation des comités) comme importantes. Il est à noter que ces étapes précèdent l'intégration des professionnels de première ligne au comité de travail. L'étape relative à l'analyse des pratiques actuelles et à l'analyse de l'environnement de pratique est celle qui est le plus souvent citée (quatre occurrences). Les étapes relatives à l'élaboration du plan d'action et à sa mise en œuvre suivent avec trois occurrences pour chacune des étapes.

Devant les problèmes éprouvés au cours de l'application de la démarche, les membres des comités multidisciplinaires consultatifs disent avoir trouvé deux solutions efficaces. Premièrement, ils ont réduit le nombre de rencontres de manière à restreindre la charge de travail. Deuxièmement, ils ont adapté la démarche à leurs réalités propres en fonction de leurs ressources et de leurs connaissances.

b) Au niveau local : le centre de santé et de services sociaux

Dans le libellé du programme, les CSSS ont, comme première obligation, à nommer un agent de changement responsable de la stratégie éducationnelle. Une fois nommé, l'agent de changement applique la démarche en sept étapes. Pour la stratégie éducationnelle, ces sept étapes comprennent : la mobilisation des professionnels, la formation d'un comité de travail consultatif, une analyse des pratiques actuelles et de l'environnement de pratique, l'élaboration d'un plan d'action, sa validation par le comité directeur du CSSS, sa mise en œuvre et son évaluation continue. De ces sept étapes, seulement quatre étapes sont actuellement complétées dans les CSSS de la région des Laurentides. Toutefois, des sept CSSS étudiés, quatre ont planifié ou commencé la formation des professionnels de première ligne.

◆ Étape 1 : La mobilisation

À l'exception d'un CSSS, l'ensemble des agents de changement responsables de la stratégie éducationnelle a complété la première étape de la démarche, soit celle de la mobilisation.

De manière à mobiliser efficacement les professionnels de première ligne, les agents de changement ont favorisé l'utilisation de méthodes directes. La première méthode consiste à utiliser les canaux hiérarchiques : rencontre des chefs d'équipe, adaptation de la démarche à la réalité du milieu, participation d'un membre de la direction au comité et proposition de partager le travail à faire entre les membres selon leurs disponibilités et leurs ressources, de manière à diminuer le nombre de rencontres. Cette dernière solution a été retenue par deux comités. La deuxième méthode utilise une approche plus personnelle : présentation du programme aux réunions d'équipe, sensibilisation d'intervenants ciblés, tournée dans tous les services, etc.

Pour encourager la participation au programme, les agents de changement ont aussi proposé certains incitatifs aux professionnels de première ligne. Les deux plus importants incitatifs employés sont (1) la libération du personnel et (2) la formation sur les pratiques cliniques préventives. D'autres incitatifs ont aussi été utilisés : l'appui de la direction, le travail en équipe, l'amélioration de l'environnement et l'accroissement des budgets.

Lorsqu'on demande aux agents de changement si certains professionnels de première ligne sollicités pour participer à la stratégie éducationnelle ont refusé d'adhérer au projet, 25 % répondent par l'affirmative. Ils ne peuvent toutefois pas faire une estimation du taux de refus. La principale crainte formulée par les professionnels de première ligne concernait l'importance de la charge de travail et l'obligation de participer à un comité de travail multidisciplinaire consultatif (réunions de travail).

◆ Étape 2 : La formation d'un comité de travail consultatif

Le programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION propose à l'équipe locale de constituer un comité multidisciplinaire consultatif responsable de la mise en œuvre de la stratégie éducationnelle. Ce comité est composé de l'agent de changement responsable de la stratégie éducationnelle et des professionnels de première ligne des services ou des secteurs ciblés. Ces membres doivent (1) valider le choix de la PCP et les outils retenus pour faire le portrait des pratiques et du milieu et (2) élaborer un plan d'action pour l'amélioration de la PCP retenue à partir du portrait de son milieu et des lignes directrices reconnues scientifiquement.

Cinq CSSS ont mis en place un comité de travail multidisciplinaire consultatif. La composition des comités est sensiblement la même d'un CSSS à un autre. À l'exception d'un CSSS qui a décidé de fonctionner avec un comité de travail multidisciplinaire consultatif très large (15 employés), la majorité des CSSS a choisi d'établir des comités composés d'un nombre limité de participants. Les stratégies de formation des comités de travail multidisciplinaires consultatifs varient davantage d'un CSSS à un autre. Des cinq CSSS qui ont mis en place un comité de travail consultatif, quatre ont obtenu de la direction des libérations pour les employés mobilisés par le programme. Dans le dernier CSSS, cette libération n'est pas encore effective, ce qui retarde inévitablement la mise en œuvre de la stratégie.

◆ **Étape 3 : L'analyse des pratiques actuelles et l'analyse de l'environnement de pratique**

Tous les comités multidisciplinaires consultatifs (cinq CSSS) ont amorcé ou complété l'analyse des pratiques actuelles et l'analyse de l'environnement de pratique de leur établissement. Plus précisément, trois comités ont achevé cette étape avec succès.

Au moment de la réalisation de l'analyse des pratiques, les agents de changement disent avoir adapté, en grande partie, les outils de collecte de données. Selon les données, quatre des cinq agents de changement ont apporté des modifications aux outils d'encadrement. En ce qui concerne la diffusion des résultats de l'analyse des pratiques actuelles et de l'analyse de l'environnement, elle a été jugée déficiente. En effet, 60 % des agents de changement disent avoir une opinion neutre ou défavorable quant à la stratégie de diffusion des résultats. Les lacunes observées sur le plan de la diffusion ont nui à la mise en œuvre des plans d'action.

En ce qui concerne les membres des comités de travail consultatifs, 89,5 % des répondants disent avoir complété l'analyse de l'environnement de pratique, alors que 78,9 % disent avoir terminé l'analyse des pratiques actuelles (annexe IX, tableau 8). Les membres des comités qui ont complété cette étape considèrent très majoritairement (78,9 %) que ces analyses seront utiles à la mise en œuvre de la stratégie. Par contre, la diffusion des résultats des analyses n'a pas été appréciée par tous les répondants.

◆ **Étape 4 : L'élaboration d'un plan d'action pour l'amélioration de la pratique**

Trois comités multidisciplinaires consultatifs ont réussi à élaborer leur plan d'action.

Pour l'ensemble des agents de changement, le plan d'action respecte les pratiques actuelles et les besoins des professionnels de première ligne. L'équipe d'évaluation a demandé aux agents de changement s'ils étaient d'accord avec l'idée que le plan d'action répondait aux priorités de l'organisation. À cette question, un répondant a mentionné être plutôt d'accord, un répondant a dit être indécis et un dernier a précisé qu'il était tout à fait en désaccord avec l'énoncé.

La principale raison donnée par les professionnels de première ligne pour expliquer l'absence d'un plan d'action est le manque de temps. La libération des professionnels de première ligne est souvent qualifiée d'insuffisante. Elle limite la participation aux réunions et accroît l'absentéisme des membres aux rencontres des comités.

◆ **Étape 5 : La validation et l'acceptation du plan d'action**

Des trois plans d'action élaborés, un seul a été validé par le comité de direction du CSSS.

3.2.3 La stratégie environnementale

La stratégie environnementale vise à créer des environnements favorables en lien avec l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie en milieu de travail et en milieu municipal. Plus particulièrement, la stratégie cible les environnements (1) physique, (2) social et politique, (3) économique et (4) socioculturel et médiatique.

La présente partie de ce document résume la mise en œuvre de la stratégie environnementale en milieu de travail et en milieu municipal. Elle établit les principaux partenaires, fait ressortir les ressources spécialement imputées à l'application de la stratégie et inventorie les activités mises de l'avant dans les milieux de travail et dans les milieux municipaux. Bien que le mandat de l'évaluation porte uniquement sur le volet milieu de travail, l'équipe d'évaluation souhaite partager les informations reçues au cours de la collecte des données relativement au second volet, soit le milieu municipal. Toutefois, le lecteur doit prendre note que pour ce volet, la collecte et l'analyse des données ne répondent pas aux mêmes niveaux de précision.

3.2.3.1 Le rôle des acteurs

a) Au niveau régional : l'Agence de la santé et des services sociaux

Le rôle de l'équipe régionale est de soutenir la mobilisation des acteurs locaux, de faire l'analyse des milieux de travail et des milieux municipaux, de diffuser les résultats de cette analyse et de participer à l'élaboration d'actions favorisant l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie.

b) Au niveau local : le centre de santé et de services sociaux

Le CSSS doit soutenir et accompagner les partenaires des milieux de travail et des milieux municipaux dans la réalisation des sept étapes de la démarche d'implantation de la stratégie environnementale. Une des contributions attendues des CSSS consiste à responsabiliser les individus et les communautés vers une prise en charge de leur santé et de leur bien-être.

Au sein de l'équipe locale 0•5•30, l'agent responsable de la mise en œuvre de la stratégie environnementale demeure l'agent de changement. Il a comme rôle (1) de déterminer et de mobiliser les milieux de travail et les milieux municipaux, (2) d'adapter le matériel d'encadrement proposé par l'équipe régionale aux besoins du milieu mobilisé et (3) d'accompagner et de soutenir les porteurs de dossier des milieux dans la réalisation de leur plan d'action.

L'étude de la mise en œuvre a permis de constater que les agents de changement définissent leur rôle sensiblement de la même façon. Premièrement, ils s'approprient les concepts et les outils mis au point et proposés par l'équipe régionale. Deuxièmement, ils déterminent les bons milieux de travail et les bons milieux municipaux à mobiliser. Le choix des milieux est important, car il repose pour les agents de changement sur l'identification des milieux qui possèdent les conditions gagnantes.

« Il ne faut surtout pas commencer par tous les milieux : ça ne fonctionne pas. »

Au cours de la mobilisation, les agents de changement trouvent des arguments pour convaincre les milieux d'adhérer au programme.

« Il faut vendre le programme, le faire connaître. »

Finalement, les agents de changement accompagnent et soutiennent les milieux. Pour ce faire, ils adaptent le matériel d'encadrement aux besoins du milieu mobilisé et accompagnent les porteurs de dossier dans la réalisation de leurs plans d'action. Ils diront aussi consacrer beaucoup d'énergie à motiver les partenaires. L'effort à investir dans le soutien semble plus important pour les milieux de travail qui sont à l'extérieur du système de santé et de services sociaux et pour les milieux municipaux.

« On est des agents motivateurs. On fait de la motivation : il en faut parce que, ce qu'on demande aux gens, c'est une tâche supplémentaire! »

Le rôle de l'agent de changement est aussi perçu de la même façon par les porteurs de dossier. Selon l'étude des données, les porteurs en milieu de travail estiment que le rôle de l'agent de changement est : de soutenir et d'accompagner le milieu; d'établir un lien entre l'équipe régionale, le milieu et les partenaires de la communauté; de vulgariser la stratégie environnementale et le programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION; et de fournir les informations et les outils nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie.

c) Au niveau local : les milieux de travail et les milieux municipaux

Les milieux de travail et les milieux municipaux sont les maîtres d'œuvre de l'implantation de la stratégie environnementale. L'acteur central de cette mise en œuvre est le porteur de dossier. Il a comme rôle de planifier et de mettre en œuvre des activités favorisant la création d'environnements favorables à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie. Pour ce faire, il doit cibler des changements que devra introduire son milieu.

De l'avis de plusieurs porteurs de dossier, le rôle confié au porteur de dossier ressemble beaucoup à celui assumé par l'agent de changement : ils disent agir avant tout comme responsables et coordonnateurs de la mise en œuvre et du suivi du plan d'action. Selon les données colligées, ils coordonnent les activités (rencontres, formation et autres) et ils assurent le suivi des actions auprès de tous les membres. Ensuite, ils élaborent, en collaboration avec un comité représentatif de leur milieu, le plan d'action. Ils voient à la mise en œuvre de ce plan d'action et s'assurent de l'atteinte des objectifs fixés collectivement. Enfin, ils sont responsables de l'administration du programme : libération des membres, comptabilité, location des salles de réunion, etc. Ils ont aussi comme rôle de créer des liens entre le comité et les différentes parties prenantes, d'être responsables de la communication, de motiver les partenaires et de guider le comité.

« Le porteur de dossier est le catalyseur du groupe. Il permet de garder la motivation du groupe et l'enlignement des activités, il joue un rôle clé dans la diffusion du plan d'action et la communication avec les différents partenaires. C'est le porte-parole. »

3.2.3.2 Les ressources investies

a) Au niveau régional : l'Agence de la santé et des services sociaux

L'équipe d'évaluation n'a pu établir les ressources financières allouées spécialement à la mise en œuvre de la stratégie environnementale. En ce qui concerne les ressources humaines, l'étude des données secondaires a permis d'établir la présence d'une ressource responsable de la stratégie à raison de trois à quatre journées par semaine.

b) Au niveau local : le centre de santé et de services sociaux

Au niveau local, l'équipe d'évaluation peut difficilement estimer les ressources financières allouées à l'application de la stratégie environnementale. En ce qui concerne les investissements en ressources humaines, il apparaît qu'elles sont souvent associées à la libération de temps. Selon les documents administratifs, il est attendu qu'un agent de changement soit responsable de la mise en œuvre de la stratégie à raison de deux journées et demie à trois journées par semaine. Dans les faits, les agents de changement estiment, en moyenne, à 18 heures par semaine la charge de travail qu'ils accomplissent pour la mise en œuvre de cette stratégie.

c) Au niveau local : les milieux de travail et les milieux municipaux

Les ressources investies varient grandement d'un milieu à un autre. Les ressources financières proviennent de plusieurs sources : la direction, les employés, les comités existants, les organismes externes. Pour les milieux issus du domaine de la santé et des services sociaux, les ressources varient aussi grandement. L'équipe d'évaluation ne peut estimer la valeur moyenne des ressources financières investies par ces milieux, car plusieurs répondants n'ont pu en évaluer la valeur. Lorsque les répondants ont proposé des chiffres, ceux-ci étaient très différents d'un milieu à l'autre. Sur l'ensemble des 12 milieux consultés, seulement 5 répondants ont proposé des montants d'argent : 2 comités représentatifs ont bénéficié de sommes inférieures à 1 000 \$, alors que 3 milieux estiment leurs ressources entre 8 000 \$ et 22 000 \$. La situation est différente dans les autres milieux. Des 7 milieux de travail issus du domaine scolaire, des municipalités ou des entreprises privées interrogés, 4 ont affirmé n'avoir aucun budget pour mettre en œuvre le programme dans leur milieu de travail, 2 milieux de travail ont dit disposer de moins de 1 000 \$ et 1 milieu a réussi à dénicher 1 500 \$.

« Dans de telles conditions, la bonne volonté ne suffit tout simplement pas. »

Selon l'équipe régionale, certains comités démarrent leurs travaux sans budget. Pour ces comités, les constats découlant des analyses du milieu permettent d'établir un budget correspondant à l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'action. Ces études appuient les demandes budgétaires adressées aux directions concernées.

◆ L'appréciation

L'équipe d'évaluation peut difficilement statuer quant aux ressources investies dans la mise en œuvre de la stratégie environnementale. Aucun suivi de gestion de la stratégie n'a été effectué, tant au niveau local qu'au niveau régional. Les seules données disponibles correspondent aux estimations formulées par les agents de changement et les porteurs de dossier. Ces estimations demeurent fluctuantes dans le temps et peuvent être sujettes à une sous-estimation ou à une surestimation du temps réellement consacré à la mise en œuvre de la stratégie.

Sous plusieurs réserves, l'équipe d'évaluation perçoit que, dans les milieux autres que ceux associés à la santé et aux services sociaux, les ressources investies paraissent insuffisantes pour démarrer et maintenir le programme. De plus, les porteurs de dossier semblent consacrer une partie importante de leur travail à la recherche de financement externe. Ce financement permet d'assurer la mise en place des activités et la pérennité du programme.

Les données recueillies auprès des porteurs de dossier montrent que 25 % des répondants sont tout à fait d'accord avec l'énoncé « Des ressources humaines suffisantes ont été mobilisées pour

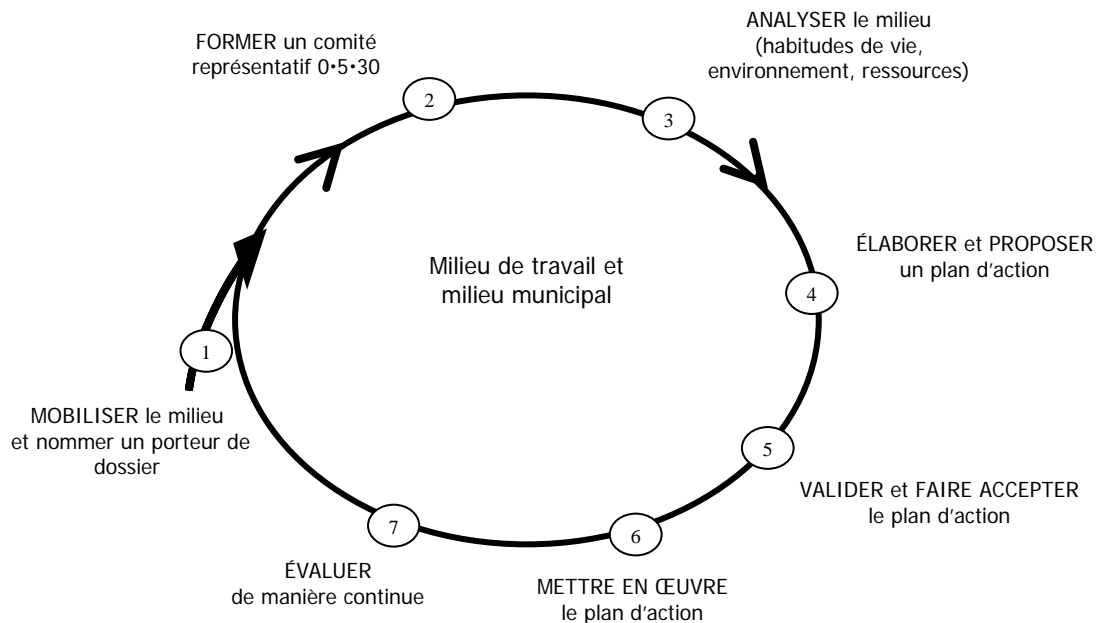
la mise en œuvre du programme 0•5•30 dans mon milieu de travail ». La proportion grimpe à 41,7 % pour les répondants qui sont plutôt en accord avec l'énoncé, tandis que 16,7 % sont indécis et 8,3 % sont plutôt en désaccord. L'étude des données relève que les répondants du domaine de la santé et des services sociaux sont plus nombreux à être tout à fait d'accord avec cet énoncé, alors que les porteurs issus du domaine scolaire, municipal et de l'entreprise privée sont plus réfractaires à répondre positivement à cet énoncé.

3.2.3.3 Les activités instaurées

a) Au niveau régional : l'Agence de la santé et des services sociaux

Dans le cadre de la stratégie environnementale, l'équipe régionale doit (1) planifier la démarche en sept étapes, (2) former les agents de changement à la démarche en sept étapes, (3) rédiger des guides et des outils d'implantation et (4) soutenir les agents de changement dans le processus de mise en œuvre. La première contribution de l'équipe régionale à la mise en œuvre de la stratégie environnementale est la démarche participative d'implantation en sept étapes (figure 3).

Figure 3 : La démarche en sept étapes – stratégie environnementale



◆ L'appréciation

La démarche en sept étapes proposée pour la stratégie environnementale obéit à la même logique que celle proposée pour la mise en œuvre de la stratégie éducationnelle. Elle obéit aussi à des étapes de réalisation séquentielles qui s'apparentent à celles proposées dans la stratégie éducationnelle : (1) mobiliser le milieu et nommer le porteur de dossier; (2) former un comité représentatif 0•5•30; (3) analyser le milieu; (4) élaborer et proposer un plan d'action; (5) valider et faire accepter le plan d'action; (6) mettre en œuvre le plan d'action et (7) évaluer de manière continue la stratégie. L'accomplissement de la première étape permet d'entreprendre l'étape

suivante et ainsi de suite. Théorique, la démarche propose une méthode de travail ponctuée des conditions pouvant faciliter la mise en œuvre du programme.

Dans le cadre de la stratégie environnementale, la démarche est employée de manière similaire dans l'ensemble des milieux de travail (santé et services sociaux, scolaire, et entreprise privée) et des milieux municipaux ciblés par l'équipe régionale, l'équipe locale et les agents de changement.

◆ Le point de vue des agents de changement

Les agents de changement sont partagés quant à leur appréciation de la démarche. Un premier groupe estime que la démarche fonctionne bien. Ce groupe juge que la démarche permet aux porteurs de dossier et aux comités de prévoir les étapes à venir dans le processus de mise en œuvre de la stratégie. En somme, la démarche en sept étapes est bonne parce qu'elle marche. Selon ce groupe, les partenaires locaux adhèrent à la démarche surtout dans les milieux municipaux.

« La stratégie en sept étapes, c'est ce qu'on fait depuis des années, sans que ça soit décrit de cette façon-là : c'est précis et ça pourrait être utilisé dans bien d'autres dossiers! »

Un deuxième groupe juge que la démarche nécessite l'investissement de beaucoup d'énergie et d'heures de travail. Les répondants disent que la démarche les oblige à travailler un nombre d'heures plus élevé que ce qui est prévu dans les documents administratifs. Cette situation entraîne des délais, des tensions et des déceptions chez les partenaires locaux et limite la participation de certains. Des agents ont mentionné que les sept étapes sont impossibles à réaliser, principalement dans le domaine scolaire. Le domaine de l'éducation est en profonde mutation. Selon les propos obtenus, les membres de ce milieu estiment que la mise en œuvre du programme demande trop de temps et d'énergie et que le processus de mise en œuvre semble trop lourd à gérer. Un groupe d'agents de changement croit que la démarche est tout de même utile et rigoureuse et propose de l'adapter aux réalités et aux besoins des milieux.

Les agents de changement mentionnent que la démarche en sept étapes est très bien adaptée aux réalités des milieux de travail, principalement dans le domaine de la santé et des services sociaux. La démarche semble s'adapter un peu moins facilement aux milieux municipaux (annexe IX, tableau 9).

Selon les agents de changement, la démarche propose des étapes de réalisation qui sont plus importantes que d'autres pour la réussite de la mise en œuvre de la stratégie environnementale. L'étape la plus estimée est celle de la mobilisation. Pour les agents de changement, la sensibilisation des partenaires locaux et la vulgarisation du programme demeurent essentielles.

« Il faut prendre le temps de rencontrer les gens. »

« Il faut aussi faire de la vulgarisation, parce qu'il y a des groupes d'employés qui ne parlent pas le même langage. »

« Tout se joue lors de la détection du milieu, du porteur de dossier [...] Si ça part mal, le reste suit. »

« Tout se joue dans les premières étapes : solliciter, faire une présentation, avoir l'aide des leaders; il faut être acheteur. »

L'étape relative à la formation du comité apparaît en deuxième place. L'agent de changement doit s'investir pour sélectionner un porteur de dossier motivé et mobilisé. Les caractéristiques du comité représentatif ont aussi leur importance pour la suite des choses. La troisième étape correspond au plan d'action. L'agent de changement croit qu'il doit s'assurer que le plan d'action avance et qu'il est mis en marche. Cette étape exige de la rigueur, du réalisme et du sérieux.

« Les gens du comité doivent être capables de supporter le plan d'action. »

Certains agents de changement disent avoir éprouvé quelques problèmes au cours de l'application de la démarche dans les milieux de travail. Premièrement, ils ont obtenu un taux de réponse moins élevé que prévu pour les questionnaires acheminés dans le cadre de l'analyse du milieu. Ils estiment qu'un manque de préparation peut expliquer ces premiers résultats. Les questionnaires électroniques et Internet ne semblent pas avoir simplifié la situation. Leur administration était lourde et le taux de réponse insatisfaisant. De plus, selon l'équipe régionale, lorsque le comité n'était pas tout à fait représentatif du milieu, il était possible de constater un taux de réponse insuffisant au questionnaire.

« Les comités avaient hâte d'être en action et ne prenaient pas le temps de préparer le terrain. »

« C'est une étape cruciale et il s'agit de la préparer pour avoir de bons résultats. »

Deuxièmement, au moment de la formation des comités, certains agents de changement ont vécu des problèmes avec certains membres du comité qui étaient nommés par le service des ressources humaines. Pour ces personnes, la participation au programme peut être perçue comme une surcharge de travail.

b) Au niveau local : le centre de santé et de services sociaux

Dans le libellé du programme, les CSSS ont, comme première obligation, à nommer un ou plusieurs agents de changement responsables de la stratégie environnementale. Une fois nommé, les agents de changement appliquent la démarche en sept étapes. Les agents de changement sont responsables de la première étape : (1) mobiliser les acteurs locaux et cibler des porteurs de dossier. Le porteur de dossier est garant de la réalisation des autres étapes de la démarche. Cependant, l'agent de changement l'accompagne dans la mise en œuvre de la démarche.

◆ L'étape 1 : Mobiliser le milieu et nommer un porteur de dossier

Une fois leur nomination effective, les agents de changement ont comme mandat de solliciter les milieux de travail et les milieux municipaux. Ce travail de mobilisation conduit à l'engagement de milieux au programme. Pour chacun de ces milieux, un porteur de dossier sera nommé par la direction du milieu de travail. Ce dernier sera responsable de l'application de la démarche en sept étapes dans son milieu.

- Mobilisation des milieux de travail

Depuis le lancement du programme, les agents de changement ont communiqué avec plus de 40 milieux de travail. Chacun des agents a joint entre 2 et 21 milieux de travail. En moyenne, les agents de changement ont joint six milieux de travail.

Certains milieux de travail ont été prioritairement ciblés pour les activités de mobilisation. Comme le proposait l'équipe régionale, les secteurs de la santé (les CSSS eux-mêmes) et de l'éducation (les commissions scolaires et leurs établissements) ont été ciblés en priorité pour la première année de vie du programme. Ces milieux ont été sélectionnés pour démarrer le processus parce qu'ils sont déjà en lien avec les démarches régionales de la santé et des services sociaux et sont faciles d'accès. Le secteur des services publics et parapublics a aussi été sensibilisé, mais dans une moindre mesure que les deux premiers secteurs. Pour l'instant, les secteurs de la construction, de l'industrie, du commerce au détail et des entreprises privées ont été mis de côté volontairement. Par contre, l'équipe régionale précise que si un milieu issu de ces secteurs d'activité démontrait de l'intérêt envers le programme, il pourrait sans hésitation être accompagné par un agent de changement.

Différentes activités de mobilisation sont employées pour joindre les milieux de travail. Généralement, les agents de changement présentent le programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION aux directions d'établissement et d'entreprise. Ils font aussi appel à la sollicitation téléphonique et aux courriels de courtoisie. Ensuite, ils offrent des incitatifs : conférence en nutrition, concours sous forme de tirage pour les participants (podomètres et sacs recyclables à l'effigie du programme).

À la suite des activités de mobilisation réalisées par l'équipe régionale, certains milieux de travail ont, par eux-mêmes, manifesté aux agents de changement leur souhait de participer au programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Ainsi, un milieu de travail du domaine municipal et quelques entreprises privées ont demandé le soutien d'agents de changement.

Ces efforts ont conduit à la mobilisation de 25 milieux de travail. Ce nombre correspond à une moyenne de 3,6 milieux de travail par CSSS. Chacun des CSSS a mobilisé entre un et six milieux de travail.

Les agents de changement s'entendent pour dire que les incitatifs ne sont pas nombreux et souvent en dessous de l'effort demandé. Selon les données, 37,5 % des agents de changement ont éprouvé des difficultés à engager les milieux de travail dans le programme. Les principales difficultés énoncées sont : la non-disponibilité des partenaires à investir du temps dans la mise en œuvre de la stratégie, le contexte organisationnel (négociation de la convention, démarche d'agrément, mise en place de projets cliniques, réévaluation du plan de réussite scolaire, etc.), l'impossibilité d'être remplacé pendant une participation au comité représentatif, les différences de valeurs et de priorités sur le plan idéologique.

Malgré les efforts investis dans la mobilisation, les agents de changement disent accuser un important taux de refus. Les principaux motifs invoqués par les milieux de travail pour ne pas participer au programme sont : la difficulté de libérer le personnel, l'impossibilité d'investir des ressources financières, la non-disponibilité de la direction, le contexte organisationnel difficile, la non-complémentarité de la mission, la peur du changement et des surcharges de travail. Les refus demeurent un enjeu important, surtout en considérant le fait que les premiers milieux joints (principalement du secteur de la santé) sont des milieux plus faciles à mobiliser.

- Mobilisation des milieux municipaux

Différents moyens de mobilisation sont utilisés pour joindre les milieux municipaux. Généralement, les agents de changement présentent le portrait de santé et le programme 0•5•30

COMBINAISON PRÉVENTION à la table des MRC. Ils font aussi appel à la sollicitation téléphonique et aux courriels de courtoisie auprès des agents de communication, des directeurs municipaux, des professionnels de la municipalité, des élus, des directeurs généraux et des préfets des MRC.

Des huit agents de changement qui ont répondu à cette partie du questionnaire, quatre ont proposé des incitatifs visant à encourager la participation des municipalités au programme. Les incitatifs utilisés sont de natures différentes : (1) réalisation d'études (portrait de la municipalité), (2) réalisation du plan d'action, (3) organisation de conférences de presse, (4) prise en charge de la publicité (radiophonique et papier) et (5) distribution de podomètres et de sacs de recyclables à l'effigie du programme.

Ces efforts ont conduit à la mobilisation de trois milieux municipaux. Trois agents de changement ont réussi à mobiliser un milieu.

Selon les données, six agents de changement sur huit disent avoir éprouvé des difficultés à mobiliser les milieux municipaux. Les principales difficultés énoncées sont : (1) l'absence de libération pour l'agent de changement afin de mettre en œuvre la stratégie, (2) la non-disponibilité des partenaires pour investir du temps dans la mise en œuvre de la stratégie, (3) le contexte organisationnel, (4) la méconnaissance du milieu municipal, (5) la difficulté à relever les avantages découlant de la participation au programme pour les municipalités.

Malgré les efforts investis dans la mobilisation, les agents de changement disent accuser des refus à participer au programme. Les principaux motifs invoqués par les milieux municipaux sont : (1) le contexte municipal non favorable, (2) des priorités d'actions concurrentes et (3) l'impression de ne pas être interpellé par cette problématique et de ne pas être responsable des interventions à mettre en œuvre dans le domaine de la santé.

- Nomination des porteurs de dossier

Une fois le milieu de travail mobilisé, la direction du milieu de travail sélectionne et nomme un porteur de dossier. Selon les données recueillies, 14 porteurs de dossier ont été nommés par leur direction. En ce qui concerne le milieu municipal, trois porteurs de dossier ont été nommés.

c) Au niveau local : les milieux de travail engagés dans le programme

Le porteur de dossier doit appliquer la démarche participative en sept étapes à son milieu de travail. Ce travail correspond à la mobilisation de ses confrères et consœurs, à la formation d'un comité représentatif du milieu, à l'analyse du milieu, à l'élaboration d'un plan d'action, à la validation du plan d'action par la direction du milieu de travail et, enfin, à sa mise en œuvre. Selon les données recueillies, les milieux de travail les plus avancés dans le processus sont maintenant situés à la cinquième étape de la démarche (la validation du plan d'action). Plus précisément, des 24 milieux de travail engagés dans le programme, 23 milieux ont complété les phases relatives à la formation d'un comité représentatif 0•5•30 et à l'analyse du milieu (étapes 2 et 3), 6 ont élaboré et proposé un plan d'action (étape 4) et 4 ont validé ce plan auprès de leur direction.

◆ L'étape 2 : Former un comité représentatif 0•5•30

Le porteur de dossier est responsable de mettre sur pied un comité représentatif de l'organisation. Ce comité devra s'assurer de la réalisation de la démarche en sept étapes, de l'administration du questionnaire, de la réalisation de l'analyse du milieu et de l'évaluation des besoins, de la rédaction, de la validation et de la mise en œuvre d'un plan d'action.

Selon les données recueillies, sur les 24 personnes rencontrées, un seul porteur de dossier n'a pas encore constitué son comité représentatif. Cette information doit être nuancée par le fait que ce porteur de dossier venait depuis peu de joindre les rangs du programme.

Pour former un comité efficace et mobilisé, il faut que « la terre soit fertile » et que les structures existent déjà dans le milieu de travail. Ainsi, certains agents de changement choisissent des milieux plus sensibilisés à la problématique d'intervention, comme les milieux de la santé. Selon les données recueillies, chacun des porteurs de dossier a joint entre 0 et 300 employés afin de les inviter à participer au comité représentatif 0•5•30. En moyenne, chaque porteur de dossier a joint près de 80 employés. De ce travail de mobilisation, les porteurs de dossier ont constitué des comités représentatifs composés de 2 à 15 employés. Les comités représentatifs sont, en moyenne, composés de 5,2 membres.

Au sein des comités représentatifs, les membres occupent principalement des fonctions d'infirmiers et de professionnels de la santé concernés par un des trois éléments du programme 0•5•30 ou par la prévention. Dans les milieux autres que la santé, les répondants non pas précisé les fonctions occupées par les membres du comité.

Sept porteurs de dossier n'ont éprouvé aucune difficulté à recruter des membres pour siéger au comité représentatif.

Selon les porteurs de dossier interrogés, les membres des comités représentatifs se sont rencontrés en moyenne 7,58 fois depuis le lancement du programme dans leur milieu. La dispersion des données étant de 0 à 20 rencontres.

À l'exception des milieux de travail issus du domaine de la santé et des services sociaux, les comités représentatifs des milieux de travail ne bénéficient pas de budget pour la mise en œuvre de la stratégie d'intervention. L'absence de budget a un effet sur la mobilisation des employés, la motivation et l'engagement des partenaires, la capacité à élaborer et à mettre en œuvre un plan d'action. En l'absence de budget, les comités représentatifs doivent trouver du financement externe.

Parmi les porteurs de dossier, 96,2 % affirment que le mandat du comité représentatif est bien défini. Les porteurs de dossiers reconnaissent trois caractéristiques des comités représentatifs permettant de mener à bien la mise en œuvre du programme : (1) la représentativité des membres siégeant au comité, (2) la participation active et volontaire des membres et (3) la dynamique au sein du comité. La représentativité du comité permet d'influencer un plus grand nombre d'employés répartis dans plusieurs services ou directions au sein du milieu de travail. Cette représentativité est importante dans les organisations de grande taille (plus de 1 000 employés).

À l'exception d'un seul porteur de dossier, tous les répondants ont jugé représentatif le comité formé dans leur milieu de travail. La participation des membres aux rencontres du comité

correspond au second facteur de réussite. En effet, 92,3 % des porteurs de dossier jugent favorablement la participation des membres aux rencontres des comités. Ainsi, malgré le manque de temps et la libération difficile, le faible taux d'absentéisme signale que les comités représentatifs fonctionnent très bien et devraient être en mesure de respecter les échéanciers fixés. Le troisième facteur, la dynamique du comité, concerne la participation et la motivation, et il favorise la pérennité du programme dans le milieu. Selon les données recueillies, 92,3 % des porteurs de dossier se disent plutôt en accord ou tout à fait en accord avec l'affirmation : « La dynamique du comité représentatif est bonne ». L'étude de ces facteurs laisse présumer que les comités représentatifs actuellement formés possèdent, en général, les conditions favorables à la mise en œuvre efficace du programme dans leur milieu de travail.

Pour certains répondants, la formation des comités a été ponctuée de quelques problèmes. Le principal problème concerne les difficultés éprouvées par les employés à participer au programme en raison des faibles libérations qui leur sont accordées. Les employés peuvent difficilement se libérer ou être remplacés pour participer aux réunions. De plus, ils participent souvent à d'autres comités ou projets organisationnels. Le deuxième problème concerne la circulation de l'information dans certains milieux. Les porteurs de dossier ont constaté que, dans les milieux de travail où la direction ne croit pas au programme, les informations ne se rendent pas aux employés. Cette situation restreint la participation des employés au comité et aux activités organisées par ce dernier. Le troisième problème est la non-représentation de la direction au sein du comité représentatif. Les porteurs de dossier associent cette non-représentation à un manque de participation de la direction. Ce faible engagement de la direction entrave la réalisation du plan d'action. Le quatrième problème se rapporte aux nominations imposées. Selon les agents de changement et les porteurs de dossier, la participation au comité représentatif doit être volontaire.

Globalement, les porteurs de dossier reconnaissent, chez les membres du comité, plusieurs particularités qui ont influencé positivement la mise en œuvre du programme : intérêt pour le projet, flexibilité dans l'horaire de travail, connaissance du milieu de travail, esprit d'équipe, capacité à travailler après les heures de travail, créativité, dynamisme, perception positive de la santé, historique de participation dans le milieu, leadership et adoption de comportements visant de saines habitudes de vie.

◆ L'étape 3 : L'analyse du milieu

L'analyse du milieu constitue un des plus importants incitatifs offerts par les agents de changement et l'équipe régionale. À l'exception d'un porteur de dossier, tous ont dit avoir reçu l'analyse de leur milieu de travail. De plus, 88 % d'entre eux considèrent avoir reçu cette analyse rapidement après l'avoir demandée.

Dans le cadre de leur participation à la collecte des données, 12 porteurs de dossier sur 26 disent avoir eu de la difficulté à joindre les employés. Ils sont ainsi nombreux à se plaindre du faible taux de réponse. Selon eux, différents éléments peuvent expliquer ce faible taux de réponse : le faible niveau de connaissance du programme; la surcharge de travail; le manque d'efforts consentis aux activités de sollicitation; les courts délais fixés pour répondre aux questionnaires; la difficulté à joindre les employés à temps partiel, les employés occasionnels et ceux qui sont sur la liste de rappel; le manque d'intérêt pour le projet et la forme du questionnaire (longueur, formulation des questions, etc.). D'un autre côté, certains éléments ont favorisé la participation au sondage : remise de prix pour les participants (argent, affiche, chandail), participation de la

direction, prise en charge par le comité représentatif, facilité de communication (pigeonnier, remise en main propre) et processus de rappels.

L'ensemble des porteurs de dossier (100 %) qui ont reçu l'analyse du milieu affirme que les membres du comité représentatif ont étudié les résultats de celle-ci. De plus, l'ensemble des répondants estime qu'elle est utile pour l'élaboration du plan d'action.

◆ **L'étape 4 : L'élaboration et la validation d'un plan d'action**

Au moment de la collecte des données, neuf comités représentatifs avaient élaboré un plan d'action. Ce nombre correspond à la moitié des milieux de travail engagés dans le programme. Six comités représentatifs ont fait valider leur plan d'action auprès de la direction de leur milieu de travail.

◆ **L'étape 5 : La mise en œuvre du plan d'action**

Plusieurs milieux (53,8 %) ont amorcé la mise en œuvre du plan d'action. Le rôle du comité représentatif consiste alors à assurer la mise en œuvre des activités du plan d'action. Les rencontres du comité servent à informer les membres de l'état d'avancement de la mise en œuvre du plan d'action, à trouver des solutions en groupe à certaines difficultés qui se présentent et à prévoir les activités à venir en matière de mobilisation, de sensibilisation, de planification et d'organisation d'activités.

Dans les faits, 57,7 % des comités représentatifs ont bénéficié d'un budget pour mettre en œuvre le plan d'action. Interrogés sur le réalisme du budget octroyé, les porteurs de dossier sont partagés. En effet, 50 % des répondants affirment que le budget est réaliste alors que l'autre moitié le considère irréaliste. Ces derniers répondants précisent que trop peu d'argent est alloué à l'organisation d'activités intéressantes, alors que les premiers disent organiser des activités simples et peu coûteuses. Le financement externe représente, pour 12,5 % des répondants, une option intéressante dans la mise en œuvre du plan d'action.

Les activités mises en œuvre dans les milieux de travail sont principalement des activités de sensibilisation : création d'une mascotte, distribution de tracts et présentation de sketches humoristiques (annexe IX, tableau 10). Des clubs de marche ont été lancés dans plusieurs milieux, même dans les milieux n'ayant pas encore élaboré de plan d'action. Il faut aussi mentionner que 435 employés ont participé au bilan de santé du CSSS des Laurentides. Ils ont reçu une « carte du cœur » et ont bénéficié d'une rencontre individuelle avec des professionnels de la santé qualifiés pour étudier leur bilan de santé et déterminer des stratégies personnelles visant à changer certaines habitudes de vie. L'équipe d'évaluation tient toutefois à souligner que l'étude de la mise en œuvre s'est déroulée à un moment où la majorité des milieux en étaient à leur première année de participation au programme. Selon l'équipe régionale, les activités visant des changements dans l'environnement sont principalement amenées en cours de deuxième et de troisième année du plan d'action.

En matière d'activités physiques, les décideurs municipaux ont organisé un tournoi de golf au profit de l'activité physique. Ils ont aussi lancé plusieurs projets d'immobilisation : piscine, piste cyclable, patinoire extérieure et sentiers pédestres. De plus, certaines activités s'adressaient spécialement aux jeunes et moins jeunes : participation gratuite à des activités pendant la semaine de relâche, sensibilisation auprès des personnes du troisième âge, etc.

Le taux de participation aux activités est jugé satisfaisant par 58,3 % des porteurs de dossier. Selon les écrits consultés, la participation des employés aux activités est une condition essentielle à l'atteinte des objectifs de santé et de mieux-être en entreprise.

3.3 L'influence des facteurs externes au programme

La mise en œuvre du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION est sujette à l'influence de divers facteurs. Les principaux facteurs sont les caractéristiques des partenaires et les caractéristiques des organisations publiques, parapubliques et privées participant à la mise en œuvre du programme.

3.3.1 Les caractéristiques des partenaires

Cette partie de l'étude vise à vérifier si les caractéristiques reconnues comme facteurs facilitant la mise en œuvre d'un programme sont présentes chez les partenaires participant au programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Selon Bédard, Benoit et Viens (2005) ainsi que Haynes et Haines (1998), cinq caractéristiques facilitent la mise en œuvre d'un programme. Il s'agit de l'expertise des partenaires participant, leurs connaissances de la problématique, le programme et le milieu d'intervention, le leadership du responsable de la mise en œuvre, la croyance et l'engagement des partenaires et les attitudes positives quant aux changements demandés. L'étude de ces caractéristiques est réalisée auprès de l'équipe régionale, les coordonnateurs locaux, les agents de changement, les membres des comités multidisciplinaires consultatifs de la stratégie éducationnelle et les porteurs de dossier en milieu de travail.

a) L'équipe régionale

En ce qui a trait à l'équipe régionale, l'étude a permis de reconnaître les cinq caractéristiques énoncées par Bédard, Benoit et Viens (2005) et par Haynes et Haines (1998). Premièrement, le programme a pu bénéficier d'une grande expertise régionale, tant au moment de sa formulation que de sa mise en œuvre. Deuxièmement, et à plusieurs moments, les répondants ont noté le niveau élevé de connaissances scientifiques et « de terrain » de l'équipe régionale. Troisièmement, le leadership avec lequel les membres de l'équipe ont préparé, promu et mis en œuvre le programme a été relevé par plusieurs partenaires. Quatrièmement, les répondants ont souligné la croyance des membres de l'équipe régionale quant à l'importance du problème, du programme et des changements souhaités. Selon plusieurs, l'équipe, composée de « croyants sans hésitation », a investi les efforts nécessaires pour accroître la visibilité du programme et pour favoriser un engagement sincère des partenaires y participant. Cinquièmement, plusieurs attitudes ont été mentionnées par les répondants et reconnues significatives dans la mise en œuvre du programme : la disponibilité, le dynamisme, la flexibilité, leur soutien et leur conviction.

« Le dynamisme [des membres de l'équipe régionale] est contagieux. [...] Il y a des étincelles qui se passent entre eux! ».

Finalement, les répondants ont aussi mentionné l'ouverture des membres de l'équipe régionale.

« Elles sont ouvertes aux suggestions [...] l'équipe régionale laisse aux agents de changement la possibilité de mettre leur couleur dans le programme. »

L'adoption de ces comportements a facilité la diffusion des informations et la communication entre les différents partenaires. Quatre agents de changement ont mentionné qu'ils avaient l'impression de pouvoir influencer le processus. Le programme représente un produit commun partagé et reconnu par chacun. Plusieurs répondants ont mentionné avoir « participé au programme » et « avoir contribué au projet ».

« Tout cela s'est fait sous le signe du partage d'idées. »

Trois agents de changement ont même dit que l'équipe régionale constituait la meilleure équipe avec laquelle ils avaient eu l'occasion de travailler.

« [...] En 25 ans, je n'ai jamais eu ça avant! »

Plusieurs répondants ont souligné la contribution significative de la gestionnaire du programme à la mise en œuvre du programme. Comme l'ont proposé Stordeur et al. (2001), la gestionnaire responsable de la mise en œuvre représente la personne la plus importante de l'équipe de travail. Elle constitue un pivot de la culture organisationnelle et influence les comportements de ses subordonnés. Souvent impressionnés par les connaissances et l'assurance de la gestionnaire, plusieurs intervenants ont avoué avoir une confiance aveugle en elle. Parmi l'ensemble des témoignages, l'équipe d'évaluation a relevé les sept rôles reconnus comme nécessaires à la mise en œuvre efficace d'un programme chez la gestionnaire du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Ces sept rôles sont les suivants : (1) donner une orientation au programme en constituant une vision; (2) mobiliser les partenaires à la mise en œuvre du programme afin d'accroître l'engagement; (3) motiver et accompagner les partenaires participant; (4) donner un sens à l'action, canaliser et renforcer les efforts; (5) faire confiance et être ouverte aux solutions apportées par les partenaires du programme et acteurs du changement; (6) composer avec la complexité (équipes diversifiées et pourvues de compétences complémentaires); et (7) reconnaître les situations de crise et de défi et s'y adapter.

b) Les coordonnateurs locaux en centre de santé et de services sociaux

L'étude du profil des coordonnateurs locaux participant à la mise en œuvre du programme n'est pas aussi conforme aux propositions théoriques formulées par Bédard, Benoit et Viens (2005) ainsi que par Haynes et Haines (1998) que celle réalisée pour l'équipe régionale. En ce qui concerne l'expertise et les connaissances, peu d'informations ont été recensées auprès des répondants. Toutefois, d'autres caractéristiques ont été énoncées au cours de l'enquête. Premièrement, les répondants font part des qualités de leadership de leur coordonnateur, de la croyance, l'engagement et les attitudes à l'égard des changements découlant de la mise en œuvre du programme.

En ce qui concerne le leadership, bien que les agents de changement reconnaissent habituellement cette attitude chez leur coordonnateur, peu d'entre eux disent que celui-ci a exercé ses habiletés de leader dans le cadre de la mise en œuvre du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Différentes raisons peuvent expliquer cette situation. Premièrement, les coordonnateurs locaux assument souvent des tâches très variées. En grande partie, ils sont gestionnaires (directrice des services à la communauté, adjointe à la DSP, coordonnatrice du programme santé physique, etc.). Selon le poste qu'ils occupent, ils sont plus ou moins à l'aise avec certaines fonctions de gestion courante, de formation et de relation entre les partenaires participant à la mise en œuvre. De plus, ils n'ont pas toujours le pouvoir

nécessaire pour prendre des décisions administratives telles que la libération de personnel, l'octroi et l'embauche de nouvelles ressources.

Pour ce qui est de la croyance, les principaux intéressés estiment que le programme est important. Plusieurs agents de changement prétendent, pour leur part, que leurs coordonnateurs locaux ne croient pas toujours aux bienfaits des activités de promotion et de prévention et à ceux du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Le soutien et l'appui que peut offrir le coordonnateur local ressort comme un facteur clé de la réussite de la mise en œuvre du programme. Selon les propos recueillis, le coordonnateur doit croire au projet et en son équipe locale et il doit faciliter son travail au quotidien. La situation n'est malheureusement pas toujours celle-là. Deux agents de changement ont parlé de résistance à la mise en œuvre du programme, alors que quatre agents ont parlé d'engagement faible au programme. Évidemment, l'adoption de ces comportements individuels doit être pondérée par les caractéristiques du milieu dans lequel le coordonnateur doit exercer ses fonctions. Ces caractéristiques organisationnelles seront abordées subséquemment.

En ce qui concerne les attitudes, les répondants ont principalement mentionné le manque de disponibilité des coordonnateurs. Dans l'ensemble, les coordonnateurs locaux semblent conscients de leur manque de disponibilité mais n'estiment pas que cela puisse nuire à la mise en œuvre du programme.

« [...] ça va bien, quand je suis disponible. »

« J'aurais aimé passer plus de temps [dans la mise en œuvre du programme]. Au début, j'étais plus là. Les actions maintenant se font, même si j'ai annulé quelques fois les rencontres. »

« Je garde une présence subliminale. »

c) Les agents de changement

Tout comme l'étude du profil de l'équipe régionale, l'étude du profil des agents de changement a permis de reconnaître les cinq caractéristiques énoncées par Bédard, Benoit et Viens (2005) et par Haynes et Haines (1998). Premièrement, selon plusieurs répondants (coordonnateurs locaux, membres des comités multidisciplinaires et porteurs de dossier), le programme a bénéficié d'une grande expertise locale. Deuxièmement, et à plusieurs moments, les répondants ont relevé le bon niveau de connaissances théoriques et « de terrain » des agents de changement. Plus précisément, les répondants ont soulevé la qualité des informations transmises, la rigueur des explications fournies et la richesse des réponses aux questions. La démonstration de ces connaissances a accru le pouvoir de mobilisation, de motivation et de leadership des agents de changement.

« Elles sont en possession de leur dossier. »

« Elles sont excellentes! Très professionnelles! »

« Elles savent de quoi elles parlent : tout un atout pour atteindre l'objectif. »

« Sa plus grande force est de décortiquer le programme, comprendre le programme et nous le traduire. »

Troisièmement, le leadership avec lequel les agents de changement ont préparé, promu et mis en œuvre le programme dans les CSSS, les milieux de travail et les milieux municipaux a été relevé

par plusieurs partenaires locaux. L'ensemble des coordonnateurs locaux rencontrés considère que les agents de changement sont intervenus avec leadership dans le programme. Selon 93,8 % des membres des comités multidisciplinaires consultatifs, les agents de changement sont intervenus avec leadership dans la mise en œuvre de la stratégie éducationnelle. Cette proportion est de 92 % pour les porteurs de dossier.

Quatrièmement, les répondants ont souligné la croyance des agents de changement quant à l'importance du problème, du programme et des changements souhaités. Plusieurs répondants ont mentionné que les agents de changement avaient réussi à mobiliser plusieurs partenaires grâce à leur conviction des bienfaits du programme.

« Elles [les agents de changement] ont su mobiliser les gens par leur conviction du bienfait du programme. »

Cinquièmement, plusieurs attitudes positives ont été mentionnées par les répondants et reconnues significatives : la disponibilité, le dynamisme, la flexibilité, leur soutien et leur conviction. Avec de telles qualités, les agents de changement soutiennent et motivent efficacement les membres des comités multidisciplinaires consultatifs en CSSS 0-5-30 et les porteurs de dossier. Selon l'étude, neuf porteurs de dossier sur dix interrogés ont mentionné être tout à fait en accord avec les énoncés suivants : « Le soutien reçu de l'agent de changement a facilité la mise en œuvre du programme 0-5-30 » et « J'ai apprécié le soutien reçu de l'agent de changement ».

Dans l'ensemble, on mentionne que l'agent de changement est un motivateur-né, qu'il facilite la mise en œuvre du programme et qu'il partage aisément son expérience et ses connaissances.

d) Les membres des comités 0-5-30 pour la stratégie éducationnelle

En ce qui concerne les professionnels de première ligne siégeant au comité de travail consultatif, trois caractéristiques dominant leur profil. Premièrement, les agents de changement reconnaissent l'expertise et les connaissances des professionnels de première ligne quant à la problématique, au programme et au milieu d'intervention. Selon les agents de changement, les professionnels de première ligne sont soucieux d'accroître leurs connaissances au sujet des activités de prévention des maladies chroniques. Ce désir d'améliorer leurs connaissances correspond, selon les agents de changement, à la principale motivation des professionnels de première ligne à participer à la mise en œuvre de la stratégie éducationnelle.

« Les professionnels voient le lien entre les saines habitudes de vie et la prévention des maladies chroniques. »

Deuxièmement, la croyance et l'engagement des professionnels de première ligne ont aussi été soulignés. La croyance dans la mise en œuvre d'activités de promotion et de prévention est clairement reconnue chez les professionnels de première ligne qui siègent aux comités multidisciplinaires consultatifs 0-5-30. Toutefois, selon l'étude, seulement 17,6 % des agents de changement se disent tout à fait d'accord avec l'énoncé suivant : « Les professionnels de première ligne démontrent un intérêt pour les pratiques cliniques préventives ». La proportion grimpe à 70,6 % pour ceux qui se disent plutôt en accord avec l'énoncé. En parallèle, l'ensemble des professionnels de première ligne dit croire aux bienfaits des activités préventives.

Troisièmement, des attitudes positives à l'égard des changements demandés sont aussi relevées. Les agents de changement mentionnent la forte motivation des professionnels de première ligne du comité multidisciplinaire consultatif en CSSS, leur esprit positif et leur créativité.

e) Les porteurs de dossier

Bien que brève, l'étude du profil des porteurs de dossier montre que ces partenaires sont souvent reconnus comme de forts leaders lorsqu'ils ont choisi volontairement de participer au programme. Les agents de changement reconnaissent, chez les porteurs de dossier, plusieurs habiletés : bon démarcheur, aisance politique, capacité de concertation et cohérence personnelle par rapport au 0•5•30. Lorsque les porteurs de dossier sont nommés, le profil est quelque peu différent. Les principales caractéristiques énoncées sont la crédibilité et le pouvoir de prise de décision.

3.3.2 Les caractéristiques organisationnelles

Cette partie de l'étude vise à vérifier si les caractéristiques reconnues comme facteurs facilitant la mise en œuvre d'un programme sont présentes dans les organisations participant au programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Selon Bédard, Benoit et Viens (2005), deux grandes caractéristiques facilitent la mise en œuvre d'un programme : la structure de l'organisation et la culture organisationnelle. L'étude des profils est réalisée pour les CSSS, les milieux de travail et les milieux municipaux.

a) Les centres de santé et de services sociaux

La première composante de l'étude concerne la structure de l'organisation. Premièrement, il est possible d'associer les orientations stratégiques de la modernisation des structures et des pratiques dans le système de santé et de services sociaux québécois au programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. La modernisation vise en effet à « rapprocher les services des usagers » et « à améliorer la continuité des services aux personnes qui requièrent une intervention coordonnée dans le temps et l'espace » (Demers, 2006). Comme le programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION, la réforme a pour objectif de favoriser la migration de ce mode d'organisation vers une structuration par clientèle (Demers, 2006). Cette modernisation n'est malheureusement pas complétée dans son ensemble. Plusieurs organisations obéissent encore à une division du travail bien ancrée en catégories d'établissements et de professions. Cette division du travail sous-tend des façons de penser et d'agir différentes, qui compliquent la mise en œuvre de services de programme de promotion et de prévention interdisciplinaires (Demers, 2006). De plus, les modes d'organisation correspondent à une structuration par fonction : au sein d'un territoire donné, chaque établissement se concentre sur la gamme particulière de services qui correspond à sa mission. De par sa formulation, le programme propose une approche intégrée et horizontale de la pratique préventive en santé. Pour les participants au programme, les CSSS doivent être des tous cohérents. « Malheureusement, en haut, ils fonctionnent encore en silo. » Le programme se heurte ainsi à l'absence de cette structuration par clientèle qui faciliterait sa mise en œuvre. En somme, le programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION devrait mieux s'implanter grâce à la réorganisation. Il ne reste qu'à souhaiter la mise en place complète de cette réorganisation prochainement.

Deuxièmement, la création des CSSS et la réorganisation qu'elle a entraînée pour plusieurs organisations ont été commentées par les coordonnateurs locaux et les agents de changement. Si

deux CSSS avaient déjà fait la fusion avant la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de 2003, cinq CSSS ont entrepris le processus plus récemment. Pour les deux CSSS fusionnés depuis longtemps, la création des CSSS a permis d'éclairer le milieu sur le rôle de la prévention. Pour les autres, le processus a occasionné énormément de changements : structure modifiée, têtes dirigeantes remplacées, établissement d'un plan local d'intervention, etc. Pourtant, la majorité des répondants s'entend pour dire que, globalement, la réorganisation a positivement influencé la mise en œuvre du programme. Le processus de réorganisation a permis à l'organisation (surtout les centres hospitaliers) de mieux connaître la mission préventive du CLSC. Le processus « facilite le travail en équipe et la communication est plus facile ».

« On travaille moins en silo et la communication est plus simple. »

« Avant, on n'avait pas de liens avec le CH. On était une grosse bibitte. Maintenant, l'organisation connaît mieux la mission préventive du CSSS. »

Troisièmement, pour deux coordonnateurs locaux, la priorité de nos CSSS demeure les soins curatifs. Malgré la force des orientations gouvernementales concernant la mise en œuvre de programmes intégrés et axés sur la promotion et la prévention, peu d'organisations privilégient actuellement ce type d'offre de services pour leurs clientèles. Aussi longtemps que les directions d'établissement privilégieront une approche par soins curatifs, le programme connaîtra des difficultés dans sa mise en œuvre.

Quatrièmement, les processus d'agrément et le nouveau processus de financement global en santé publique semblent avoir nui à la mise en œuvre du programme. Lorsque l'équipe d'évaluation a demandé aux coordonnateurs si le nouveau processus de financement global en santé publique avait nui à la mise en œuvre du programme, trois répondants ont répondu par la positive et trois autres, par la négative. Pour les premiers répondants, le processus de financement global conduit les coordonnateurs à faire des choix qui ne sont pas toujours simples.

« C'est comme ça qu'on a eu seulement 500 heures au lieu de 1 800. »

« Ce n'est pas évident quand tu as un budget global pour l'ensemble du CSSS. [...] La prévention est souvent mise de côté. »

« Ce n'est plus nous qui avons les cordons de la bourse. »

Pour les seconds, le processus de financement global n'influence pas beaucoup la mise en œuvre du programme, car les personnes responsables des programmes de santé publique s'appliquent à conserver les budgets de ces programmes. Toutefois, deux de ces répondants mentionnent que le nouveau processus pourrait rendre la mise en œuvre du programme risquée à long terme.

« [Je dois avouer que] s'il y avait de nouveaux montants qui s'ajoutaient au programme, j'ai peur que je ne le saurais même pas. »

« Le DG croit en la prévention, mais s'il y a un déficit et un nouvel argent, ça pourrait servir à éponger la dette. »

Suivant cette nouvelle réalité budgétaire, les sommes ne sont plus allouées par programme et peuvent donc être dépensées ailleurs dans l'organisation. Pour les coordonnateurs locaux, cette nouvelle façon de faire est un enjeu de première importance. Plusieurs coordonnateurs locaux

considèrent que ces méthodes manquent de transparence et nuisent à la mise en œuvre du programme et à sa pérennité.

« Les dépenses relatives aux activités de prévention sont souvent mises de côté. Les organisations allouent les nouvelles ressources aux postes de dépense les plus urgents : "ce qui saigne" ou le déficit. »

Cinquièmement, l'absence de relations formelles entre les parties prenantes du projet et la direction des organisations nuit très clairement à la bonne marche des activités de mise en œuvre. Les parties prenantes du projet comprennent l'équipe régionale, la coordination locale, l'agent de changement et le porteur de dossier, tandis que la direction des organisations regroupe la Direction de santé publique à l'Agence, la direction du CSSS et la direction de l'entreprise. L'information semble circuler plus facilement lorsque le lien entre le coordonnateur et le comité de direction est direct. Un coordonnateur siégeant au comité de direction dira même qu'un tel lien a eu une incidence positive sur le budget obtenu. Lorsque le lien est indirect, l'information peut aussi circuler convenablement, mais il semble que cette circulation soit alors plus lente.

« Les réponses, les retours, les échanges : faut être patient! Et les réponses ne sont pas toujours claires : ça a eu un impact sur les résultats. »

Sixièmement, la pénurie des ressources humaines dans les CSSS a souvent été relevée par les répondants comme étant une caractéristique importante avec laquelle les intervenants devaient jongler. La libération du personnel devient, par le fait même, tout aussi ardue. Il semble difficile de déployer des énergies pour la mise en œuvre des comités de travail multidisciplinaires consultatifs en CSSS.

« La pénurie de ressources infirmières n'aide pas. Peu d'entre elles [infirmières] peuvent se libérer et acceptent de le faire pour participer aux comités multidisciplinaires consultatifs en CSSS. »

Ensuite, comme la préparation nécessaire au démarrage du programme est longue, la disponibilité des gens devient un enjeu majeur pour l'équipe locale. Cette disponibilité est aussi influencée par les horaires rotatifs des professionnels de la santé (quarts de travail). Le roulement du personnel a aussi été reconnu comme un facteur contraignant la mise en œuvre du programme.

Septièmement, l'attitude de l'organisation à l'égard du changement peut aussi influencer la mise en œuvre du programme. L'étude des données a permis de reconnaître chez certains répondants une attitude plutôt ouverte aux changements de pratique proposés par le programme, alors que d'autres étaient plutôt réticents. Cette attitude positive ou négative s'explique par plusieurs éléments : compréhension des programmes de promotion et de prévention, croyance en la pertinence des actions devant être entreprises et la valeur clinique du programme proposé, l'ampleur des dernières transformations et réorganisations dans le système de la santé et des services sociaux. Le fait de devoir délaisser certaines pratiques, en élaborer de nouvelles et s'adapter rapidement à ces nouvelles façons de faire a créé de l'insécurité chez plusieurs intervenants.

Finalement, l'équipe d'évaluation dégage des commentaires reçus que l'engagement des CSSS est un facteur clé de la réussite de la mise en œuvre du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Sur le terrain, l'engagement est variable d'un CSSS à l'autre. Selon l'étude, les trois CSSS qui ont adopté une approche communautaire croient davantage au programme. Ils

s'investissent de manière plus significative dans la mise en œuvre et assument un plus grand leadership dans la mobilisation et la libération des professionnels. Dans ces CSSS, il est important que le programme 0•5•30 soit soutenu par l'ensemble des services et fortement appuyé par la haute direction. À l'opposé, l'engagement des quatre CSSS qui obéissent à une structure plus « hospitalière » est plus faible et nul dans certains cas. Ces institutions reconnaissent l'importance du programme mais ne s'engagent pas réellement. « On a de la misère à passer à l'action », dira une gestionnaire, alors qu'une autre formulera sa pensée ainsi : « Pour moi, ils sont en cheminement ».

« [Entre autres], c'est toujours difficile, au niveau de la stratégie éducationnelle, on déploie beaucoup d'énergie pour avoir peu d'engagement. »

Les agents de changement sont peu positifs quand vient le temps de qualifier l'énoncé : « Le programme 0•5•30 est important pour mon CSSS ». Selon les données recueillies, seulement 20,0 % des répondants sont tout à fait en accord avec cet énoncé. Selon eux, les CSSS pourraient être plus engagés envers la stratégie éducationnelle du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Ils considèrent que l'engagement des CSSS est faible et peu persuasif. Toutefois, la nature horizontale du programme oblige la mobilisation de plusieurs acteurs du CSSS, dont la haute direction. Bien qu'il y ait toujours place à l'amélioration, les équipes locales réussissent à faire ce qu'elles ont à faire. La libération du personnel pour qu'il siège aux comités n'est pas facile, mais le rythme des activités est acceptable. « On remplit nos objectifs mais il faut être réaliste! », dira un agent de changement.

b) Les milieux de travail

La taille de l'organisation explique en partie la réussite de la mise en œuvre du programme. Les répondants avancent que les organisations de petite taille dont les employés travaillent au même endroit éprouvent moins de difficultés à mettre en œuvre le programme. La qualité de la circulation de l'information est un second facteur de réussite. Plus précisément, un agent de changement a observé que la présence d'un journal de communication dans les milieux de travail facilitait la circulation de l'information et, ainsi, la mise en œuvre du programme.

Le secteur d'activité est aussi un facteur explicatif de la réussite de la mise en œuvre. Il semble que les milieux de travail issus du système de la santé et des services sociaux bénéficient de plus de ressources financières et humaines pour le Programme que les autres milieux (scolaires, municipaux, entreprises privées). Il faut prendre note que les répondants des milieux de la santé et des services sociaux sont plus nombreux à dire qu'ils bénéficient de libération de temps et de contributions financières pour la mise en œuvre du programme. De plus, lorsque les moyens sont plus importants, les participants perçoivent des résultats plus rapidement. Les changements perçus motivent les répondants à continuer de s'investir dans le programme.

La disponibilité des ressources quant aux connaissances et à l'expertise nécessaires dans la mise en œuvre d'un programme de santé semble plus grande. Les anciens CLSC, avec leur culture et leur souci de prévention, semblent avoir plus facilement intégré les principaux éléments du programme. Certaines organisations participent déjà à des programmes en lien avec la prévention, la santé ou les saines habitudes de vie. Les programmes préexistants, surtout les comités SST, peuvent consentir à certains partenariats avec le comité représentatif en milieu de travail. Toutefois, il ne faut pas négliger certaines difficultés reconnues dans les milieux de la santé. Premièrement, malgré ce qui a été dit plus haut, la disponibilité des ressources humaines

est faible. Certains répondants affirment que les infirmiers ne sont pas disponibles en raison du manque de ressources. Ensuite, l'ampleur des changements vécus par ces milieux au cours des dernières années ne facilite pas la mobilisation. Le contexte de réorganisation dans les domaines de la santé et de l'éducation, les démarches d'agrément de certains CSSS et les processus de négociation de conventions collectives ont aussi été considérés comme des causes de retards dans la mise en œuvre du programme. Plusieurs ressources sont « désabusées [du fait] que malgré l'investissement de plusieurs efforts, rien ne change. » Troisièmement, les organisations qui accusent un déficit, entre autres, ne parviendront pas à dégager le budget nécessaire à la mise en œuvre du programme, ni même à allouer du temps (libération du personnel) à l'organisation du programme.

L'attitude de la direction de l'organisation demeure un élément incontournable dans la mise en œuvre du programme. La direction doit croire au programme, exercer un leadership et s'investir directement dans la mise en œuvre du programme. Cet appui de la direction encourage les participants à bâtir de nouveaux projets et à s'engager à plus long terme dans le programme.

c) Les milieux municipaux

La culture du monde municipal n'est pas du tout la même que la culture du système de la santé et des services sociaux. Les décideurs municipaux affirment que l'état de santé et de bien-être est important. Ils ont l'impression que le problème sur lequel agit le programme est important. Par contre, ils sont sceptiques quant au rôle que doit jouer la municipalité sur ce plan. Les motifs des décideurs municipaux qui refusent de s'engager sont multiples : pas « le bon *timing* », pas une priorité pour les élus, pas le mandat des décideurs municipaux, etc. Pour certains, le gain politique d'une participation au programme paraît tout de même important.

« Ça peut donner une nouvelle image aux services qui existent déjà. Ça donne une plus-value! »

« C'est, au plan politique, intéressant. Quand vient le temps de se présenter aux élections, ça peut être un actif : on améliore la santé des citoyens! »

Pourtant, plusieurs caractéristiques permettent de reconnaître les « terres fertiles ». Premièrement, les municipalités qui montrent un intérêt pour la préservation de la nature environnante semblent plus ouvertes au programme. Une volonté politique « verte » est un signe positif de l'ouverture de l'organisation au programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION.

Deuxièmement, la démonstration d'une prise de conscience des problèmes de santé et de leur importance sur le bien-être des citoyens influence positivement la participation de la municipalité au programme. Un programme visant la prévention des maladies chroniques et agissant sur les habitudes de vie améliorera la santé de la population et augmentera la rétention de la population, deux changements qui auront un effet positif sur la capacité de décision des institutions locales. Pour ces élus, les dépenses en infrastructures (parcs, pistes cyclables, sentiers pédestres, etc.) seront de plus en plus considérées comme des investissements et non pas comme des fardeaux. De plus, certaines politiques et certains programmes proposant de travailler sur le bien-être et la santé de la population pourraient être le point d'arrimage du programme dans le monde municipal. À part deux répondants dissidents, les décideurs municipaux pensent que les politiques familiales, les comités de loisirs et les comités Villes et Villages en santé, entre autres, constituent les services où il serait le plus facile d'intégrer un programme qui propose d'agir sur les saines habitudes de vie. Cet avis est aussi partagé par les agents de changement.

Même si les partenaires municipaux perçoivent les avantages d'une bonne santé et d'une action préventive concrète, ils considèrent que leur milieu participe très peu dans la lutte contre le tabagisme (à l'exception notable de certaines campagnes de promotion et de l'application de la loi) et dans l'adoption de saines habitudes alimentaires. Ils se disent toutefois plus aptes à encourager la pratique d'activités physiques quotidiennes. L'élément 30 du programme 0•5•30 semble plus accessible aux municipalités parce qu'elles peuvent le rattacher à des structures physiques, politiques ou organisationnelles existantes. En effet, toutes les municipalités qui disent proposer des activités visant à améliorer les environnements agissent sur l'élément 30 du programme en proposant des changements sur les environnements physiques, des tarifs familiaux ou des campagnes de promotion.

Troisièmement, la taille de la municipalité semble un élément important dans la mise en œuvre du programme. Le nombre et la qualité des infrastructures dont disposent les milieux municipaux influencent directement les décisions que prendra la municipalité. Les grandes villes auront les structures (comité de loisirs, politiques familiales) pour intégrer le programme, mais les municipalités rurales, ne disposant pas de telles structures, devront recevoir l'aide de leur MRC pour implanter le programme, même si ces dernières sont « trop loin de la population ». Les MRC constituées de municipalités rurales doivent aussi composer avec une difficulté supplémentaire : chaque municipalité disposant d'une structure unique, la MRC doit mettre au point des stratégies particulières en fonction des structures existantes.

Quatrièmement, plusieurs répondants ont insisté sur l'importance des expériences en partenariat des décideurs municipaux. Une riche expérience dans ce domaine favorise la mise en œuvre du programme. Pour tous les répondants qui se sont dits favorables à la mise en œuvre du programme dans le milieu municipal, la solution passe par des partenariats efficaces. Ces partenariats avec des acteurs du domaine communautaire, du secteur de l'éducation ou des loisirs devraient commencer par une table ouverte, regroupant tous les acteurs, pour faire en sorte que tous travaillent ensemble.

« On est comme dans un salon de quilles. On a chacun des allées de quilles et on les défend éperdument : embarque pas dans mon allée! Sauf que le salon de quilles est en train de passer au feu et personne ne s'en occupe. On défend tellement notre sentier d'intervention qu'unifier les dossiers ne se fait que lorsqu'il y a une volonté politique. Et ça n'arrive pas souvent! »

Cinquièmement, la participation et l'appui de la direction de la municipalité demeurent des facteurs incontournables. Comme le programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION demande des partenariats intersectoriels, le programme doit, pour assurer sa pérennité, se situer à un niveau hiérarchique élevé.

Sixièmement, les priorités d'actions de la municipalité constituent un élément important à considérer. Pour quatre décideurs municipaux, le programme peut difficilement se concilier avec les priorités ou la réalité du milieu municipal. Pour certains répondants, la lourdeur du programme (c'est-à-dire la démarche en sept étapes) ne peut répondre aux exigences d'un milieu qui voudrait passer à l'action sans plan d'action. Le « manque de ressources » et le « manque de temps » côtoient des problématiques fort diverses : des populations vieillissantes, des cultures organisationnelles réfractaires aux saines habitudes de vie et des décideurs municipaux peu convaincus. Plusieurs décideurs municipaux mentionnent que leurs citoyens « sont saturés avec leur compte de taxes ». Ne voulant pas augmenter le fardeau fiscal des

contribuables, les maires ont souvent l'impression de « ne pas pouvoir en faire plus ». Un autre répondant expliquera que sa municipalité rurale n'emploie que deux personnes : le programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION devrait ainsi être animé par des bénévoles déjà surchargés. Un dernier répondant soulève que « l'application du programme 0•5•30, ce n'est pas évident. On a bien d'autres chats à fouetter. En santé, il y a un ministère qui s'occupe de ça! ».

d) Le ministère de la Santé et des Services sociaux et les Agences de la santé et des services sociaux

Les dernières orientations stratégiques et les politiques formulées par l'administration publique au niveau national sont en lien, à plusieurs égards, avec le libellé du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. L'étude des dernières publications du gouvernement québécois en matière de santé et de services sociaux permet de constater la pertinence du programme en ce qui a trait à ces orientations stratégiques.

Le mouvement national pour le développement du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION doit aussi être considéré. En 2002, naissait, dans la région de la Capitale-Nationale, un programme intégré de prévention des maladies chroniques nommé 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. En 2005, la Table de concertation nationale en promotion de la santé et en prévention commandait la mobilisation des expertises régionales et provinciales sous la forme de chantiers de travail. Un premier chantier a été réalisé et avait comme mandat de revoir le contenu du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION à la lumière des nouvelles orientations gouvernementales (Québec, 2005). Par la suite, un second groupe de travail devait se pencher sur l'élaboration d'un programme-cadre 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Or, dans le contexte de la mise à jour du programme national de santé publique, les travaux de ce groupe de travail ont été suspendus.

Cependant, et à notre connaissance, le programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION n'a reçu aucun appui formel du ministère de la Santé et des Services sociaux. Les membres du chantier de travail sur la prévention des maladies chroniques avaient mentionné la nécessité d'un soutien et d'une coordination du gouvernement provincial relativement à la mise en œuvre de programmes intégrés de prévention des maladies chroniques tel le programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Cet appui aurait contribué, à plusieurs égards, à la mise en œuvre du programme au niveau régional : réseautage et partage d'expertise, création de matériel de formation et d'encadrement, mobilisation plus efficace, intégration des campagnes nationales, etc. De plus, il semble que le ministère de la Santé et des Services sociaux n'a investi aucune somme d'argent pour la planification et la mise en œuvre du programme. Il a toutefois autorisé l'utilisation des campagnes promotionnelles provinciales dans la livraison du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION.

Actuellement, au niveau national, les interventions dans le domaine de la promotion des saines habitudes de vie se concentrent autour de deux pôles : la lutte contre le tabagisme, avec le Plan québécois de lutte contre le tabagisme, et la prévention des problèmes liés au poids, avec le Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes liés au poids.

Sur le terrain, il se dégage une certaine incompréhension des rôles respectifs de l'Agence et du ministère. Plusieurs intervenants croient que le ministère appuie et commandite le programme. En ce moment, nous ne pouvons pas préciser l'effet de cette confusion sur la crédibilité du

programme. Toutefois, il est possible de dire que le programme est privé de ressources qui pourraient faciliter sa mise en œuvre et assurer sa pérennité.

3.4 Les effets à court terme

Les effets du programme doivent être mesurés par la différence entre l'état des cibles après et avant l'intervention. Ce sont les changements constatés sur l'environnement à la suite de l'intervention du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION qui constituent les effets du programme. Le programme prévoit deux types d'effets sur l'environnement : l'intégration des pratiques cliniques préventives counselling bref 0•5•30 et la transformation des environnements (physiques, économiques, politiques et socioculturels). Bien qu'extrêmement pertinente dans le cadre d'une évaluation des effets, l'appréciation des changements observés grâce à l'action du programme demeure prématurée au moment d'une évaluation de la mise en œuvre telle que le propose notre étude et elle ne peut déboucher que sur des constatations partielles et prudentes.

3.4.1 Les effets sur l'intégration des pratiques cliniques préventives

La stratégie éducationnelle du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION prévoyait la mise en place de pratiques cliniques préventives. Si de telles pratiques ont déjà eu cours dans certains CSSS, par exemple de la formation en abandon du tabac, celles-ci n'ont jamais été aussi structurées et aussi complètes que celles proposées par le programme : formation continue, suivi dans les réunions cliniques, réalisation des outils, évaluation de la pratique, etc. Pour les intervenants, le counselling bref 0•5•30 va de soi :

« Si on veut agir en prévention, c'est en première ligne qu'il faut le faire. On fait déjà du counselling bref de façon naturelle. Il n'y a aucune pratique de façon officielle dans le CSSS, même si certaines filles en font déjà, par exemple avec le centre d'abandon du tabac ».

Pour l'instant, par contre, le counselling bref demeure très peu pratiqué dans les organisations. En fait, au moment de la collecte des données, les CSSS avaient vu peu de pratiques cliniques préventives. La principale raison est que la mise en œuvre de la stratégie éducationnelle n'est pas encore complétée. Toutefois, des effets probables sont attendus prochainement dans quatre des sept CSSS où la formation des professionnels va débiter. Après la formation, les professionnels devraient intégrer progressivement la pratique clinique préventive dans leur travail quotidien. Peu importe l'état d'avancement de la stratégie éducationnelle dans les CSSS, les renseignements recueillis au cours de l'étude laissent présumer que les intervenants sont convaincus de l'intérêt de la pratique, sont motivés à l'intégrer dans leur pratique régulière et sont confiants quant à la facilité d'intégrer cette pratique aux divers services ciblés.

3.4.2 Les effets sur les environnements physiques et sociaux

Selon les répondants, les multiples activités mises de l'avant dans le cadre de la stratégie environnementale en milieu de travail ont eu des répercussions et ont entraîné des petites transformations environnementales intéressantes. Ainsi, dans certains milieux, des répondants ont rapporté qu'en matière de nutrition, les activités du programme avaient : provoqué des changements dans le contenu des boîtes à lunch et des distributrices de produits alimentaires, incité à l'achat de réfrigérateurs mis à la disposition des employés et favorisé l'arrivée des fruits sur les tables de conférences à l'occasion de rencontres. Aussi, différentes nouveautés environnementales en matière d'activités physiques ont vu le jour à la suite de la mise en œuvre

du programme. Parmi ces changements, mentionnons la signature d'une entente de service convenue entre le milieu de travail et des centres de conditionnement physique, l'installation de supports à vélo à l'entrée du milieu de travail, la planification de sentiers pédestres, l'offre de cours de tai chi et d'aérobic aux employés pendant l'heure du dîner, l'organisation de clubs de marche, l'amélioration de l'accès à la plage municipale et la promotion de saines habitudes pendant les pauses en milieu de travail. Ces améliorations ne découlent pas directement du programme mais, selon les répondants, sont des extrants offerts par le programme.

Les porteurs de dossier qui considèrent comme suffisantes les ressources humaines investies pour la mise en œuvre de la stratégie environnementale en milieu de travail sont aussi davantage portés à penser que le programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION entraînera des transformations environnementales dans leur milieu de travail.

CONCLUSION

Le processus d'évaluation vise à répondre à trois questions relatives à la mise en œuvre du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Les réponses formulées pour chacune de ces questions s'appuient sur une étude des documents administratifs du programme et sur des enquêtes réalisées auprès des diverses parties prenantes du programme. La rigueur méthodologique qui a guidé la collecte et l'analyse des données primaires et secondaires permet à l'équipe d'évaluation d'affirmer que les constatations de ce rapport correspondent à une réalité partielle et forcément incomplète, mais tout de même à une réalité suffisamment crédible pour nous inspirer des bilans. La conclusion du rapport synthétise donc les réponses apportées aux questions d'évaluation formulées par le mandataire.

- 1) Est-ce que le programme a atteint les objectifs opérationnels fixés pour l'année 2006-2007?
- 2) Quel est le degré de mise en œuvre des différentes stratégies?
- 3) Quels sont les principaux facteurs facilitant et contraignant la mise en œuvre du programme?

◆ Est-ce que le programme a atteint les objectifs fixés pour l'année 2006-2007?

Pour l'année 2006-2007, l'équipe régionale a établi quatre objectifs à atteindre : (1) la consolidation et le maintien d'une équipe locale dans chacun des CSSS, (2) la participation des agents de changement aux journées de ressourcement, (3) la participation des coordonnateurs locaux aux rencontres *ad hoc* et (4) la participation des membres des équipes locales au suivi des activités et à l'évaluation de la mise en œuvre du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Pour chacun des objectifs, une ou des cibles ont été précisées.

En ce qui concerne le premier objectif, la consolidation et le maintien des équipes locales, l'équipe d'évaluation estime qu'il a été partiellement atteint. Les cibles sont (1) de nommer des agents responsables des trois stratégies et (2) de libérer ces ressources pour la mise en œuvre des stratégies. Ainsi, tous les CSSS ont constitué leur équipe locale. Toutefois, ces équipes locales ne comptent pas toujours trois agents de changement. Elles gagneraient à nommer plusieurs agents de changement afin de constituer « une équipe de travail » et à bénéficier du soutien d'un organisateur communautaire et de professionnels experts dans une des trois habitudes de vie ciblées par le programme (un infirmier, un kinésiologue et une nutritionniste). Ensuite, les équipes locales investissent un nombre d'heures inférieur aux recommandations formulées par l'équipe régionale. En moyenne, les équipes locales investissent 0,8 ETC par semaine (27 heures par semaine) pour la mise en œuvre du programme. Cependant, une grande variation subsiste entre les CSSS par rapport au nombre d'heures de libération des agents de changement. Selon les répondants, les libérations prévues ne sont pas toujours accordées et les stratégies éducationnelle et environnementale en milieu municipal sont les plus fortement laissées pour compte dans les CSSS. Selon les informations recueillies, les libérations accordées à chacune des stratégies pourraient être similaires, ce qui enverrait un message clair aux directions des CSSS : les stratégies d'intervention demandent les mêmes engagements de la part des CSSS.

Pour ce qui est du deuxième objectif, l'équipe d'évaluation juge qu'il a été atteint. En effet, l'ensemble des membres des équipes locales a participé aux journées de ressourcement.

Par contre, seulement cinq des sept coordonnateurs locaux ont assisté aux rencontres *ad hoc*. Dans ce cas, l'équipe d'évaluation considère que le troisième objectif n'est que partiellement atteint. La faiblesse des liens entre l'équipe régionale et les coordonnateurs locaux en CSSS produit un effet négatif sur le processus de mise en œuvre du programme. De plus, la compréhension partielle du programme et de son ampleur, le manque de disponibilité, la faible mobilisation, le peu de motivation ainsi que le manque d'imputabilité laissent croire que le rôle et les responsabilités des coordonnateurs locaux devraient être définis clairement dans le cadre du programme.

En ce qui concerne le dernier objectif, la participation au suivi des activités et à l'évaluation de la mise en œuvre du programme, l'équipe d'évaluation estime qu'il est partiellement atteint. En ce qui a trait au suivi du programme, l'équipe d'évaluation ne peut que constater la faiblesse des informations colligées par les partenaires régionaux et locaux. L'absence de processus de reddition de comptes formel contribue très certainement à cette situation. En ce qui concerne l'évaluation, l'équipe d'évaluation témoigne de la participation volontaire et généreuse d'une grande proportion des partenaires participant à la mise en œuvre du programme. D'abord, les coordonnateurs locaux et les agents de changement ont tous accepté de rencontrer l'équipe d'évaluation en entrevue individuelle. De plus, 13 des 14 agents de changement ont retourné le questionnaire autoadministré qui leur avait été adressé. Les professionnels de première ligne et les porteurs de dossier ont aussi participé grandement au processus d'évaluation avec des taux de réponse de 84 % et 72 %.

L'étude de ces éléments permet à l'équipe d'évaluation de dégager une impression globalement satisfaisante de l'atteinte de l'objectif fixé pour l'ensemble du programme. Sur les quatre cibles établies, l'équipe d'évaluation estime qu'une cible peut être considérée comme atteinte et trois, comme partiellement atteintes. Les équipes locales 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION étant constituées, il reste maintenant à les consolider et à assurer leur pérennité. L'intégration des coordonnateurs locaux au programme demeure difficile, comme en témoigne leur participation aux rencontres *ad hoc*. Finalement l'équipe d'évaluation doit souligner la faiblesse du processus de suivi administratif du programme, tant au niveau régional qu'au niveau local.

◆ **Quel est le degré de mise en œuvre des deux stratégies du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION?**

La mise en œuvre de la stratégie éducationnelle n'est que partiellement accomplie. Dans les ententes de gestion avec les CSSS, l'équipe d'évaluation a ciblé un objectif : implanter le counselling bref 0•5•30 auprès des intervenants de première ligne du CSSS en utilisant la démarche participative en sept étapes. Pour mesurer cet objectif, trois indicateurs ont été relevés : la formation d'un comité de travail consultatif en CSSS, la réalisation des analyses de pratique et d'environnement de pratique ainsi que l'élaboration d'un plan d'action pour promouvoir le counselling bref.

La première cible a été partiellement atteinte, puisque deux CSSS n'ont pas encore formé leur comité de travail multidisciplinaire consultatif. Des cinq CSSS qui ont constitué leur comité de travail multidisciplinaire consultatif, quatre offrent des libérations pour les professionnels. La deuxième cible est aussi partiellement réalisée. Tous les comités en place n'ont pas procédé à

l'analyse des pratiques actuelles et à l'analyse de l'environnement de pratique de leur établissement. En effet, 89,5 % des professionnels de première ligne membres du comité de travail multidisciplinaire consultatif disent avoir fait l'analyse de l'environnement de pratique et seulement 78,9 % mentionnent avoir fait l'analyse de pratique actuelle. La troisième cible est aussi considérée comme partiellement atteinte. Plus de la moitié des membres des comités multidisciplinaires consultatifs disent ne pas avoir élaboré un plan d'action. Un seul comité de travail consultatif a validé son plan d'action auprès de la direction du CSSS.

La stratégie environnementale en milieu de travail comporte un objectif qui se décline en quatre cibles. Pour 2006-2007, l'objectif fixé par l'équipe régionale était de mobiliser l'ensemble des CSSS dans la mise en œuvre de la stratégie environnementale afin que ceux-ci soient en mesure de soutenir de deux à quatre milieux de travail. Les cibles attendues sont la nomination d'un porteur de dossier, la constitution d'un comité représentatif, la réalisation d'une analyse du milieu de travail et l'élaboration et l'adoption d'un plan d'action.

Les trois premières cibles sont atteintes. L'équipe d'évaluation confirme que tous les CSSS comptent au moins deux milieux de travail engagés dans la stratégie environnementale. Plus particulièrement, deux CSSS ont mobilisé deux milieux de travail, alors que les autres CSSS ont mobilisé jusqu'à six milieux de travail. En fait, 25 milieux de travail ont été mobilisés : une moyenne de 3,6 milieux mobilisés par CSSS. Sur les 25 milieux mobilisés, un seul n'a pas constitué son comité représentatif. Les comités représentatifs sont constitués en moyenne de 5,2 membres. De plus, à l'exception d'un porteur de dossier, tous ont dit avoir reçu l'analyse de leur milieu de travail. La dernière cible de la stratégie environnementale en milieu de travail est jugée partiellement atteinte, car seulement neuf comités représentatifs ont élaboré un plan d'action et cinq d'entre eux l'ont validé.

Pour la stratégie environnementale en milieu municipal, il semble que le milieu réponde plus difficilement à la démarche en sept étapes. Les activités de mobilisation accomplies par l'équipe régionale et les agents de changement réussissent peu à convaincre les milieux municipaux d'adhérer au programme. Les activités de mobilisation ont conduit à la mobilisation de trois milieux municipaux. Malgré les efforts investis dans la mobilisation, les agents de changement disent accuser des refus à participer au programme. Les principaux motifs invoqués par les milieux municipaux sont : (1) le contexte municipal non favorable, (2) des priorités d'actions concurrentes, (3) l'impression de ne pas être responsables de cette problématique, (4) la perception de ne pas être interpellés par le problème et (4) la conception de ne pas être responsables des interventions à mettre en œuvre dans le domaine de la santé.

En bref, et dans l'ordre, la mise en œuvre de la stratégie environnementale en milieu de travail est plus avancée que celle de la stratégie éducationnelle qui, elle, est plus avancée que celle de la stratégie en milieu municipal. Dans les faits, ce décalage dans l'avancement peut s'expliquer par plusieurs facteurs, dont les ressources allouées à chacune des stratégies. Plus précisément, il est proposé que l'agent de changement responsable de la stratégie éducationnelle consacre d'une à une journée et demie à la mise en œuvre et que l'agent responsable de la stratégie environnementale réserve de deux journées et demie à trois journées à la mise en œuvre. La stratégie environnementale bénéficie de plus ressources et principalement le volet en milieu de travail. Dans la section suivante, nous verrons que d'autres facteurs peuvent aussi expliquer ce décalage.

◆ **Quels sont les principaux facteurs facilitant et contraignant la mise en œuvre du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION?**

La mise en œuvre du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION est le fruit du travail de plusieurs partenaires. La mise en œuvre est aussi tributaire de l'influence de divers facteurs environnementaux qui peuvent difficilement être contrôlés ou modifiés par les responsables du programme. Dans la présente section, l'équipe d'évaluation résume les principaux facteurs qui ont contribué ou nui à la mise en œuvre du programme. Ces facteurs sont regroupés en quatre classes : les composantes du programme 0•5•30, les caractéristiques des partenaires et des organisations participant à la mise en œuvre du programme et le financement externe.

LES COMPOSANTES DU PROGRAMME 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION

La pertinence du programme et la rigueur avec laquelle il a été conçu influencent positivement sa mise en œuvre. Ce programme cible les principaux facteurs susceptibles de modifier la situation qualifiée d'indésirable. Il propose des objectifs non chiffrés mais clairs et réalistes par rapport aux contextes régional, local et organisationnel. Le programme offre une logique d'intervention conforme aux orientations internationales, provinciales et régionales en matière de santé et de services sociaux. Le programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION plaît aux partenaires locaux.

« [...] c'est une approche responsabilisante et très positive. On demande [aux individus] d'avoir du plaisir dans ces habitudes de vie. »

À l'exception des coordonnateurs locaux, l'ensemble des partenaires participant à la mise en œuvre du programme possède un rôle bien défini et clair. Ce rôle est complémentaire et conforme aux missions octroyées par le gouvernement provincial. Selon les données recueillies, les partenaires connaissent bien leur rôle respectif ainsi que celui confié aux autres partenaires. Ils sont soucieux d'assumer pleinement leur rôle et de participer activement au programme. Les coordonnateurs locaux semblent les plus incertains par rapport au rôle qu'ils doivent jouer dans la mise en œuvre du programme. Cette situation entraîne plusieurs effets sur la mise en œuvre du programme : faible niveau d'engagement, difficulté à octroyer des libérations de temps et de nouvelles ressources, peu de soutien, etc.

Quant aux ressources investies, elles semblent insuffisantes, tant au niveau local qu'au niveau régional. L'octroi des budgets, la libération des ressources et l'embauche de nouvelles ressources sont difficiles. Avec un faible niveau d'investissement, la mise en œuvre du programme est ralentie. Actuellement, la motivation, la croyance et la créativité des partenaires constituent les principaux moteurs de la mise en œuvre du programme. Sans ressources supplémentaires, la mobilisation et la mise en œuvre du programme seront plus ardues. De plus, la pérennité du programme sera continuellement remise en question, puisque nous savons que les besoins en ressources vont grandir à mesure que le programme s'étendra dans la région. En outre, l'étude a montré que les différentes stratégies d'intervention du programme reçoivent une contribution financière différente. Selon les répondants, certaines stratégies reçoivent plus que d'autres. Cette situation a des conséquences sur le travail en équipe. Ainsi, il devient plus difficile de travailler en équipe et de faire avancer en même temps les différentes stratégies. Par exemple, dans certains CSSS, la stratégie environnementale en milieu municipal a longtemps été mise de côté par manque de ressources compétentes, alors que la stratégie éducationnelle a rapidement pris

son envol. Cet état de fait explique peut-être en partie le problème de mobilisation qu'a connu la stratégie environnementale en milieu municipal.

Malgré les dernières orientations gouvernementales en matières de promotion et de prévention, il importe de mentionner que ce programme ne reçoit aucun soutien au niveau national. L'équipe d'évaluation estime qu'un soutien politique et financier pourrait accroître la crédibilité du programme et assurer sa pérennité.

Pour ce qui est des activités de production, elles sont nombreuses. Au niveau régional, l'équipe régionale a offert des activités de mobilisation qui ont été utiles pour plusieurs aspects du programme. Les activités de formation, d'encadrement et de soutien ont aussi contribué au lancement et à la mise en œuvre du programme. La mise au point des deux démarches en sept étapes (environnementale et éducationnelle) a permis d'établir une structure de programme intéressante. En effet, cette structure réunit plusieurs partenaires, s'intègre aux réalités des organisations administratives existantes, est axée sur les besoins et les préoccupations des partenaires du milieu et favorise une approche dynamique et ouverte. De plus, la démarche propose une intervention qui s'inscrit sur une longue période, ce qui permet de renforcer la contribution à long terme au programme et d'assurer la responsabilisation et la prise en charge des milieux par rapport à la santé. Le fait de devoir réaliser une étape avant de passer à la suivante demande aux partenaires un investissement important qui les renforce dans leur désir de changer les choses. Finalement, la démarche permet d'assurer une continuité à l'action : les activités sont inscrites dans le temps et sont appelées à rester. Par contre, les démarches sont reconnues pour leur lourdeur d'exécution, les délais de mise en œuvre et l'ampleur des énergies à investir pour réaliser, à court terme, quelques activités. Au niveau local, les partenaires participant à la mise en œuvre du programme ont, jusqu'à maintenant, offert peu de produits. Les agents de changement sont ceux qui ont offert le plus de produits et de biens livrables aux autres partenaires du projet. Leurs principales contributions concernent l'adaptation d'outils, de grilles et de matériel d'encadrement. Les analyses du milieu et des environnements des pratiques actuelles ont été grandement appréciées et utiles à la mise en œuvre du programme.

Dans l'ensemble, ces activités ont permis de créer des conditions gagnantes pour la mise en œuvre du programme. Premièrement, elles permettent de motiver les milieux participant à la mise en œuvre du programme. La présence d'un leader local dans le milieu a une influence certaine sur la motivation et la participation des membres du milieu et sur leur ouverture aux changements. En faisant participer l'ensemble des membres du milieu, le programme encourage les changements à court et à long terme. Deuxièmement, le programme offre des activités flexibles, qui s'adaptent aux réalités et aux besoins des milieux. Troisièmement, le programme oblige la participation de l'ensemble des membres d'une organisation au projet. En faisant appel à la direction, aux ressources humaines et aux employés des divers services ou directions, le programme s'assure d'une prise en charge par le milieu à court et à long terme. Finalement, le programme permet, grâce aux activités de formation et de soutien, un accompagnement constant des partenaires au cours de la mise en œuvre du programme. Ce soutien permet d'éviter les pièges, de trouver facilement des solutions, d'encourager les partenaires et de proposer des changements de comportement.

LES CARACTÉRISTIQUES DES PARTENAIRES PARTICIPANT À LA MISE EN ŒUVRE

L'étude montre l'importance de certaines habiletés, qualités et compétences chez les partenaires participant à la mise en œuvre du programme. Principalement, pour l'équipe régionale, l'agent de

changement et le porteur de dossier, l'équipe d'évaluation reconnaît cinq caractéristiques dominantes : l'expertise des partenaires participant, leur connaissance de la problématique, du programme et du milieu d'intervention, le leadership du responsable de la mise en œuvre, la croyance et l'engagement du partenaire et les attitudes positives quant aux changements demandés. Ces traits facilitent la mise en œuvre du programme. L'équipe d'évaluation a toutefois reconnu certains éléments qui nuisent à la mise en œuvre. Entre autres, le cumul des responsabilités, la surcharge de travail, l'absence de libération et l'incapacité de prendre des décisions.

LES CARACTÉRISTIQUES DES ORGANISATIONS PARTICIPANT À LA MISE EN ŒUVRE

L'étude de la mise en œuvre a permis de reconnaître certaines caractéristiques organisationnelles qui facilitaient ou contraignaient la mise en œuvre d'un programme. En ce qui concerne la Direction de santé publique, bien que des sommes d'argent aient été octroyées pour la planification et la mise en œuvre du programme, l'équipe d'évaluation ne peut témoigner de la présence d'un budget régional alloué au programme et récurrent. Sans ce soutien financier, la mise en œuvre du programme est plus ardue et sa pérennité est menacée. Surtout dans le contexte où le programme n'est pas soutenu par le MSSS.

Pour ce qui est des CSSS, la modernisation des structures et des pratiques dans le système de santé et de services sociaux québécois ainsi que la création et la réorganisation des CSSS ont facilité la mise en œuvre du programme. Cependant, les caractéristiques suivantes nuisent à coup sûr à cette mise en œuvre : les organisations de type « curative », les processus d'agrément, le nouveau processus de financement global en santé publique, l'absence de relation formelle entre les parties prenantes du projet et la direction des organisations, la pénurie de ressources humaines dans les CSSS et les attitudes négatives à l'égard du changement qui règnent dans certaines organisations.

En ce qui a trait aux milieux de travail, il semble que la taille de l'organisation, le secteur d'activité, la disponibilité des ressources et l'attitude de la direction de l'organisation peuvent influencer positivement ou négativement la mise en œuvre du programme. Pour ce qui est des milieux municipaux, certaines municipalités sont davantage disponibles pour participer à la mise en œuvre du programme. Il s'agit des municipalités qui montrent un intérêt pour la préservation de la nature environnante, qui ont effectué une prise de conscience au sujet des problèmes de santé et de leur importance pour le bien-être des citoyens, qui sont de grande taille et qui ont déjà vécu des expériences en partenariat.

Finalement, en ce qui concerne le ministère de la Santé et des Services sociaux, il apparaît évident que les dernières orientations stratégiques et les politiques formulées par l'administration publique soutiennent, à plusieurs égards, la mise en œuvre du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Un mouvement national pour le développement du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION doit aussi être considéré. Cependant, et à notre connaissance, le programme ne reçoit aucun appui formel du ministère de la Santé et des Services sociaux. Cet appui aurait contribué, à plusieurs égards, à la mise en œuvre du programme : financement, réseautage et partage d'expertise, élaboration de matériel de formation et d'encadrement, mobilisation plus efficace, intégration des campagnes nationales, etc.

En somme, le programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION est complexe. L'ampleur des

changements espérés à court, moyen et long termes représente un défi de taille pour l'administration publique et pour l'ensemble de la population adulte des Laurentides. Cependant, les partenaires impliqués dans la mise en œuvre du programme estiment important d'intervenir sur ces problèmes, ils jugent les objectifs du programme clairs et réalistes et ils adhèrent aux activités proposées dans le cadre du programme. Plusieurs défis doivent encore être relevés et cela principalement au niveau de l'implication de certains milieux d'intervention, de la récurrence des ressources et du développement et de la formalisation des partenariats. Ces défis sont de taille significative et ils doivent s'arrimer aux réalités des organisations publiques et parapubliques sollicitées pour la mise en œuvre du programme.

BIBLIOGRAPHIE

- AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE (2007). *Le Programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION*, Québec, l'Agence [en ligne], <http://www.0•5•30.com>
- AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (2005). *Prévenir les maladies chroniques en Montérégie par de saines habitudes de vie : Programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION : cadre de référence*, Longueuil, l'Agence, [en ligne], http://www.rrsss16.gouv.qc.ca/Menu_Gauch/4_Publications/3_Monographies_Orientations_Rapports/Sant%E9_Physique/dsp_pub_cadre_reference0•5•30.pdf
- AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES (2005a). *Guide de transformation du milieu de travail : 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION*, Saint-Jérôme, l'Agence.
- AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES (2005b). *Les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux dans la région des Laurentides : Élaboration des projets cliniques et organisationnels : Document de soutien*, Saint-Jérôme, l'Agence, 341 p., [en ligne], http://www.rrsss15.gouv.qc.ca/pdf/Projets%20cliniques/Projets%20cliniques_complet.pdf
- AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES (2005c). *La santé, une responsabilité partagée : portrait de la santé et du bien-être de la population dans la région des Laurentides*, Saint-Jérôme, l'Agence.
- AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES (2005d). *Présentation de l'équipe régionale : Stratégie éducationnelle (PowerPoint)*, 20 octobre 2005 [version électronique], Saint-Jérôme, l'Agence.
- AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES (2004). *Plan d'action régional en santé publique 2004-2007, Prévenir pour l'avenir*, Saint-Jérôme, l'Agence, 69 p., [en ligne], http://www.rrsss15.gouv.qc.ca/pdf/PAR_sante_publicque2.pdf
- AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES (2004). *Vers une stratégie québécoise de promotion de saines habitudes de vie contribuant à la prévention de maladies chroniques*, Saint-Jérôme, l'Agence, 76 p.
- AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (Page consultée le 3 avril 2006). *Site de l'Agence de santé publique du Canada*, [en ligne], http://www.phacaspc.gc.ca/ccdpccpcmc/topics/integrated_f.html

- BEAULIEU, Marie-Dominique, Éveline HUDON, Danièle ROBERGE, Raynald PINEAULT, Danielle FORTÉ et Judith LÉGARÉ (1999). *Intégration des activités de prévention aux pratiques médicales. Sommes-nous tous sur la même longueur d'ondes?*, Montréal, Faculté de médecine, Secteur santé publique, Université de Montréal, 90 p.
- BÉDARD, Benoît, Diane BENOIT et Chantal VIENS (2005). *Guide des pratiques novatrices en organisation des soins et du travail*, Québec, Association des hôpitaux du Québec et MSSS, 92 p.
- CENTRES FOR DISEASE CONTROL (1999). *Chronic diseases and their risk factors: The nation's leading causes of death*, [en ligne], <http://www.cdc.gov/nccdphp/statbook/statbook.htm>.
- CHANTIER 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION (2005). *Rapport final*, Québec, MSSS, 34 p.
- CHOI B. C. K. et F. SHI (2001). « Risk factors for diabetes mellitus by age and sex : results of the National Population Health Survey », *Diabetologia*, vol. 44, p. 1221–31.
- CHOUINARD, Julie et Nadine LANCTÔT (2006). « Comment favoriser la réussite d'une démarche d'implantation d'un programme au sein d'un milieu d'intervention : leçons tirées d'une étude de cas », *The Canadian Journal of Program Evaluation*, vol. 21, n° 2, p. 105–131.
- DAWSON, D. A. (2000). « Drinking as a risk factor for sustained smoking », *Drug Alcohol Dependence*, vol. 59, p. 235–49.
- DOUCET, E. et A. TREMBLAY (1997). « Food intake, energy balance and body weight control », *Journal of Clinical Nutrition*, vol. 51, p. 846–55.
- FLEGAL, K. M., R. P. TROIANO, E. R. PAMUK et autres (1995). « The influence of smoking cessation on the prevalence of overweight in the United States », *New England Journal of Medicine*, vol. 33, p. 1165–75.
- GODSLAND, I. F., F. LEYVA, C. WALTON, et autres (1998). « Associations of smoking, alcohol and physical activity with risk factors for coronary heart disease and diabetes in the first follow-up of the Heart Disease and Diabetes Risk Indicators in a Screened Cohort study (HDDRISC-1) », *Journal of International Medicine*, vol. 244, p. 33–41.
- GREEN, Lawrence W. ET Marshall W. KREUTER (2005). *Health Program Planning, an Educational and Ecological Approach*, New York, McGraw Hill, 458 p.
- GRUNDY, S. M., G. BLACKBURN, M. HIGGINS et autres (1999). « Physical activity in the prevention and treatment of overweight and its comorbidities », *Medicine Science of Sports Exercice*, vol. 31, p. S502–8.
- HAFSI, Taïeb et Christiane DEMERS (1997). *Comprendre et mesurer la capacité de changement des organisations*, Montréal, Les éditions transcontinentales.
- KLESGES, R.C., A. W. MEYERS, L. M. KLESGES et autres (1989). « Smoking, body weight, and their effects on smoking behaviour: a comprehensive review of the literature », *Psychology Bull*, 106, p. 204–30.

- KLEIN-GELTINK, Julia, Bernard C. K. CHOI et Richard N. FRY (2006). « Tabagisme, consommation d'alcool, inactivité et surpoids : Prévalence de l'exposition multiple à ces quatre facteurs de risque selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1 », *Maladie Chroniques au Canada*, vol. 27, n°1, p. 27-36.
- LACHANCE, B., J. COLGAN et S. MARTEL (2005). *Vers une stratégie québécoise de promotion de saines habitudes de vie contribuant à la prévention de maladies chroniques*, Cadre de référence (Document de travail – à paraître), Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique.
- MAGNUS, P. (2001). « The real contribution of the major risk factors to the coronary epidemics : Time to end the “only-50%” myth », *Archives of Internal Medicine*, vol. 161, p. 2657–60.
- MARCEAU, Richard, Daniel OTIS et Pierre SIMARD (1992). « La planification d'une évaluation de programme », dans PARENTEAU, Roland et Gérard ÉTHIER, *Management public : comprendre et gérer les institutions de l'État*, Sillery, Presses de l'Université du Québec, p. 445-477.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2004) (Page consultée le 7 janvier 2008). *Stratégie mondiale pour l'alimentation et l'activité physique*, Site de l'Organisation mondiale de la Santé, [en ligne], http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_9-fr.pdf
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (Page consultée le 3 avril 2006). *Site de l'Organisation mondiale de la Santé*, [en ligne], <http://www.who.int/chp/en/>
- PAFFENBARGER, R. S., R. T. HYDE, A. L. WING et autres (1986). « Physical activity, all-cause mortality and longevity of college alumni », *New England Journal of Medicine*, vol. 314, p. 605–13.
- QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007). *L'intégration de pratiques cliniques préventives : guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives*, Québec.
- QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005). *Chantier 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION : rapport final*, Québec.
- QUÉBEC. AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE, INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *L'intégration de pratiques cliniques préventives : l'expérience d'Au cœur de la vie*, Québec.
- QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998). *Cadre de pratique pour l'évaluation de programme : application en promotion de la santé et en toxicomanie*, Québec.
- RENNARD, S. I. (1998). « COPD : Overview of definitions, epidemiology, and factors influencing its development », *Chest*, vol. 113, p. 35–41S.
- SANTÉ CANADA (2001). « Cancer : What's your risk? », *La revue de Santé Canada*, Canada.

- SMOTHERS, B. et D. BERTOLUCCI (2001). « Alcohol consumption and health-promoting behaviour in a U.S. household sample : leisure-time physical activity », *Journal of Studies Alcoholic*, vol. 62, p. 467–76.
- STAMFORD, B. A., S. MATTER, R. D. FELL et autres (1984). « Cigarette smoking, physical activity and alcohol consumption : relationship to blood lipids and lipoproteins in premenopausal females », *Metabolism*, vol. 7, p. 585–90.
- WILLIAMSON, D. F., J. MADANS, R. F. ANDA et autres (1991). « Smoking cessation and severity of weight gain in a national cohort », *New England Journal of Medecine*, vol. 32, p. 739–45.
- WING, R. R. and J. O. HILL (2001). « Successful weight loss maintenance », *Annual Review of Nutrition*, vol. 21, p. 323–41.
- VIGIE, L'OBSERVATOIRE DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE (Page consultée le 3 avril 2006). *Site de l'École nationale d'administration publique*, [en ligne], http://www.observatoire.enap.ca/observatoire/docs/Vigie/Volumes6_10/VigieV9N1mars06.pdf