



Centre de collaboration nationale  
sur les politiques publiques et la santé  
National Collaborating Centre  
for Healthy Public Policy

**Agence de la santé  
et des services sociaux  
de la Montérégie**

**Québec** 

Direction de santé publique

# La pratique de l'évaluation d'impact sur la santé en Montérégie

## Protocole d'évaluation

Louise St-Pierre, CCNPPS  
Christian Viens, DSP Montérégie  
Émile Tremblay, DSP Montérégie

Février 2011

## Table des matières

Table des matières .....	2
Liste des figures et tableaux .....	3
Introduction .....	4
1. Mise en contexte de l'évaluation d'impact à la santé (ÉIS).....	5
1.1 ÉIS et politiques publiques favorables à la santé .....	5
1.2 Démarche standardisée en cinq étapes .....	5
1.3 Modèles d'application .....	6
1.4 Expérience montréalaise en 2007-2008 .....	7
1.5 Pertinence de l'étude .....	7
1.6 Description du projet .....	7
1.6.1 Définition de l'ÉIS .....	7
1.6.2 Enjeux du modèle collaboratif de l'ÉIS .....	8
1.6.3 Rôles et responsabilités des acteurs engagés dans une ÉIS en Montréal .....	8
2. Évaluation des ÉIS.....	11
2.1 Question d'évaluation et objectifs de l'étude .....	11
2.2 Cadres conceptuels .....	11
2.2.1 ÉIS comme travail à la frontière de deux univers.....	11
2.2.2 Modèle de gestion du changement.....	14
2.3 Méthodologie .....	16
2.3.1 Approches.....	16
2.3.2 Collecte des données.....	16
2.4 Analyse des résultats et consentement des participants.....	17
2.5 Considérations éthiques.....	18
2.6 Transfert des résultats et biais de l'étude.....	18
3 Planification du travail et échéancier .....	23
3.1 Personnes associées à l'évaluation .....	23
3.2 Utilité et diffusion des résultats .....	23
3.3 Étapes et échéanciers.....	24
Références .....	25

## Liste des figures et tableaux

Figure 1 : Étapes de la démarche ÉIS .....	5
Figure 2 : Schématisation des structures et des rôles et responsabilités des acteurs engagés dans une ÉIS de type collaboratif en Montérégie .....	10
Figure 3 : Cadre conceptuel en lien avec le transfert des connaissances.....	13
Figure 4 : Cadre conceptuel en lien avec les enjeux du changement selon les logiques de l'action organisée .....	14
Tableau 1 : Questions, méthodes et sources d'information.....	19

## Introduction

La décision de procéder à l'évaluation de la pratique de l'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS) en Montérégie constitue une décision de la Direction de santé publique (DSP). Pour soutenir cette démarche, elle peut compter sur le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) et le secteur Planification, évaluation-recherche à la DSP de la Montérégie.

La pratique de l'ÉIS qui vise à estimer les effets potentiels d'une politique ou un projet sur la santé d'une population a connu une popularité croissante dans plusieurs pays. Ce faisant, il existe aujourd'hui un vaste réseau international en mesure de fournir des balises et guider sa pratique. Toutefois, le modèle de soutien à la prise de décision conduit en mode collaboratif et appliqué en Montérégie dans le milieu municipal est jusqu'à maintenant peu répandu au Canada et au Québec.

Le présent protocole d'évaluation doit permettre d'évaluer l'efficacité de ce modèle ÉIS en milieu municipal et d'identifier les conditions organisationnelles qui doivent être présentes pour influencer positivement l'élaboration de politique publique favorable à la santé.

La section 1 de ce document présente le contexte du déploiement des ÉIS, la démarche standardisée en cinq étapes, les modèles d'application et l'expérience montérégienne, la pertinence et les éléments descriptifs du projet à l'étude.

La section 2 précise les objectifs d'évaluation et les cadres conceptuels qui soutiennent la démarche évaluative. Par la suite, nous traitons des aspects méthodologiques, de l'analyse des résultats, des considérations éthiques, du transfert des résultats et des biais de l'étude.

En dernier lieu, la section 3 présente les personnes associées à l'évaluation, les préoccupations reliées à la diffusion des résultats ainsi que les étapes et les échéanciers.

## 1. Mise en contexte de l'évaluation d'impact à la santé (ÉIS)

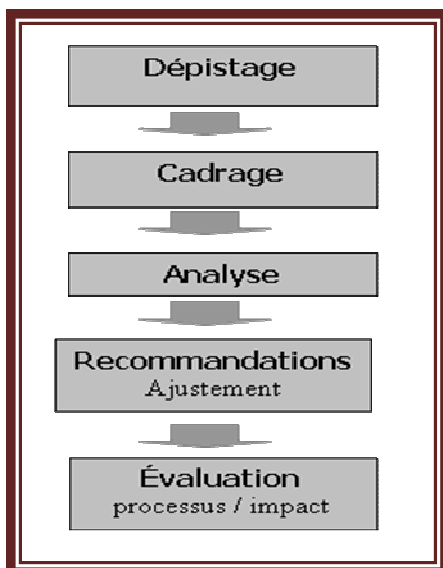
### 1.1 ÉIS et politiques publiques favorables à la santé

L'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS) est une pratique qui vise à déterminer les conséquences possibles d'une politique ou d'un projet sur la santé de la population, et ce, avant que les décisions finales ne soient prises par les autorités publiques. Dans cette perspective, l'ÉIS n'est pas appliquée à des politiques de santé, mais est plutôt utilisée pour des politiques hors de ce secteur. L'ÉIS vise ainsi à éclairer la prise de décision en mettant en lumière des effets potentiels inattendus sur la santé et à suggérer des moyens pour remédier aux effets négatifs et maximiser les effets potentiels positifs. Cette pratique est de plus en plus reconnue et utilisée dans les pays industrialisés pour favoriser l'intégration des questions de santé dans toutes les politiques publiques (Stahl et coll., 2006; Kemm et coll., 2004). Elle s'inspire du domaine de l'évaluation d'impact environnemental, d'où elle tire des éléments de rigueur et de standardisation. Toutefois, appliquée aux politiques publiques, l'ÉIS s'appuie aussi sur les principes de la promotion de la santé. Il s'agit ici de prendre en considération l'ensemble des déterminants de la santé (socio-économiques, physiques et environnementaux) et des inégalités de santé qui peuvent être affectés par la politique ou le projet en élaboration (Scott-Samuel, Birley et coll., 2001).

### 1.2 Démarche standardisée en cinq étapes

La littérature sur l'ÉIS montre un certain consensus sur la démarche méthodologique à laquelle cette notion réfère. Celle-ci se décline généralement en cinq étapes successives pour lesquelles plusieurs outils et lignes directrices ont été développés au fur et à mesure du déploiement de la pratique à travers le monde. Elle est présentée comme une démarche qui permet de structurer l'action tout en permettant la flexibilité nécessaire à son adaptation aux divers contextes d'application (Kemm, 2005). Les cinq étapes se présentent de la façon suivante.

**Figure 1 : Étapes de la démarche ÉIS**



#### Le dépistage

Cette première étape vise à faire une lecture rapide du projet à l'étude, à l'aide d'outils, pour déterminer les aspects du projet pouvant influencer la santé. Idéalement, cette démarche est entreprise par un groupe multidisciplinaire et multisectoriel qui détermine les aspects qui devraient faire l'objet d'une investigation plus approfondie. Advenant, que l'ÉIS n'est pas poursuivie, un rapport écrit est rédigé.

#### Le cadrage

Il s'agit de la phase qui permet de déterminer l'ampleur de l'analyse requise (rapide ou complète) et d'effectuer la planification des étapes ultérieures. Un cadre logique illustrant les liens entre les éléments du projet, les déterminants de la santé et leurs effets potentiels sur la santé est élaboré à partir des choix faits à l'étape du dépistage. Le

cadre logique permet aussi d'anticiper le type d'informations et de ressources requises et les méthodes de collectes de données à utiliser, ainsi que de statuer sur l'échéancier en fonction du calendrier de la prise de décision. Au terme de cette étape, un rapport écrit est remis aux parties prenantes sur les différents paramètres retenus pour l'étude d'impact.

#### L'analyse

C'est à cette étape que se fait l'analyse proprement dite selon les paramètres définis à l'étape précédente. Pour y parvenir, deux opérations de collecte d'information peuvent être entreprises. La première s'appuie sur une collecte d'information scientifique à l'aide d'une revue de la littérature scientifique, la consultation d'experts et de consultation des données de surveillances et des portraits de la population. La seconde s'effectue auprès de la population ou des parties prenantes afin d'assurer une « mise en contexte » des informations recueillies précédemment.

#### Les recommandations

Cette étape constitue le moment où l'analyse, consignée dans un rapport, donne suite à des recommandations visant à réduire les effets négatifs et à maximiser les effets positifs appréhendés de la politique. Pour maximiser leur utilité, les recommandations doivent tenir compte de leur pertinence, accessibilité et crédibilité pour les décideurs publics.

#### L'évaluation du processus

L'évaluation du processus fait référence au retour à faire sur l'ensemble de la démarche ÉIS afin de considérer les points forts et les points faibles, la façon dont les recommandations sont prises en compte dans la prise de décision, et lorsque cela est possible, les moyens à prendre pour assurer un suivi des impacts sur la santé de la politique une fois que celle-ci est implantée.

### 1.3 Modèles d'application

Il est important de noter qu'au-delà du consensus entourant la définition technique de l'ÉIS et les différentes étapes, plusieurs modèles d'application existent selon la finalité recherchée et le contexte d'application. Selon une typologie proposée récemment par des auteurs australiens (Harris-Roxas et coll. 2011), il serait possible d'observer quatre modèles de pratiques de l'ÉIS :

- Le modèle en contexte de réglementaire, présent habituellement dans le cadre des évaluations d'impact sur l'environnement et conduit par des experts de santé publique, vise à identifier les risques à la santé à partir d'une approche strictement scientifique;
- Le modèle dit communautaire s'appuie sur une volonté de renforcement des capacités de la communauté à participer aux décisions publiques qui les concernent;
- Le modèle de soutien au plaidoyer vise à fournir des informations rigoureuses qui pourront être utilisées par différents groupes voulant influencer la prise de décision.
- Le modèle du soutien à la prise de décision est davantage utilisé sur une base volontaire lorsqu'on trouve une préoccupation à l'égard du partage des connaissances entre les décideurs et les acteurs de la santé publique pour favoriser une utilisation maximale des informations fournies dans le processus de prise de décision.

Au vu de ces modèles, nous considérons que celui appliqué en Montérégie se rapproche du modèle de soutien à la prise de décision. Nous l'avons qualifié toutefois de modèle *collaboratif*, puisqu'en plus de s'inscrire en soutien au processus de décision, ce modèle vise à impliquer l'ensemble des parties prenantes, incluant le milieu municipal, dans la démarche ÉIS. Ce modèle se distingue par le

fait qu'il est mené sur une base volontaire et en vertu d'une dynamique où il n'y a pas d'autorité fonctionnelle entre les partenaires.

## 1.4 Expérience montérégienne en 2007-2008

En 2007-2008, la Direction de santé publique de la Montérégie (DSP), en collaboration avec le Centre local de services de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska (CSSS Haute-Yamaska), a mené un projet pilote visant à vérifier la pertinence de l'ÉIS pour établir des politiques publiques favorables à la santé à l'échelon municipal. Le modèle de pratique est basé sur le volontariat des décideurs municipaux. Dans ce contexte, la démarche ÉIS a été promue comme une stratégie pour soutenir les municipalités à tenir compte des répercussions possibles de leurs choix de politiques ou de projets sur la santé de leurs citoyens. Mené par l'équipe Développement social et développement des communautés de la DSP, dans un esprit de collaboration intersectorielle (santé-municipalité) et interorganisationnelle (CSSS-DSP-INSPQ), la démarche a alors adopté le modèle collaboratif de l'ÉIS. Le projet pilote s'inscrivait aussi dans le cadre de la réforme de l'organisation des services de santé qui confie un rôle plus affirmé aux CSSS au regard de la santé populationnelle de leur territoire.

Les résultats de ce projet pilote se sont avérés positifs (CCNPPS, 2011), notamment en ce qui concerne les connaissances sur le plan de la collaboration entre les organisations concernées, de la compréhension des responsabilités et des rôles des secteurs impliqués et de la sensibilisation des décideurs municipaux sur les déterminants sociaux de la santé. À la lumière de ces résultats, la DSP de la Montérégie a décidé d'instaurer formellement cette pratique en offrant son soutien aux CSSS qui souhaitent travailler avec les municipalités de leur territoire. Ainsi, cinq CSSS sur les onze, présents sur le territoire de la Montérégie, ont inscrit la pratique de l'ÉIS à leur Plan d'action local de santé publique 2009-2012. Depuis mai 2010, la DSP met à la disposition des CSSS une personne ressource à temps complet, un courtier de connaissances dont le rôle est de promouvoir et coordonner les activités ÉIS sur le territoire montérégien.

## 1.5 Pertinence de l'étude

Globalement, retenons qu'au cours de la dernière décennie, la pratique de l'ÉIS a connu une popularité croissante dans plusieurs pays, de telle sorte qu'il existe aujourd'hui un vaste réseau international en mesure de fournir des balises et guides de pratique pour soutenir son utilisation. Toutefois, le modèle de soutien à la prise de décision de l'ÉIS conduit en mode collaboratif est jusqu'à maintenant peu répandu au Canada et au Québec. La DSP de la Montérégie est la première et la seule organisation de santé publique à appliquer ce modèle dans une dynamique intersectorielle avec le milieu municipal.

À la suite du projet pilote réalisé en 2007-2008, portant sur la faisabilité de l'intervention en milieu municipal, plusieurs questions demeurent à être examinées de plus près. Dans cette perspective, une nouvelle étude est proposée afin d'évaluer l'efficacité de la pratique ÉIS et les conditions organisationnelles qui la favorisent.

## 1.6 Description du projet

### 1.6.1 Définition de l'ÉIS

Compte tenu du modèle de pratique de l'ÉIS qui est utilisé en Montérégie, nous retenons la définition suivante de l'ÉIS :

*L'ÉIS est une démarche structurée et collaborative qui, à l'aide de différents outils et méthodes, mobilise les savoirs de santé publique et d'autres types de savoirs pertinents, afin d'estimer les effets potentiels d'un projet de politiques sur la santé de la population, et la distribution de ses effets au sein de celle-ci afin de fournir des informations utiles aux décideurs qui ne sont pas du domaine de la santé (Bekker, 2007; Mahoney & Durham, 2002; WHO European Centre for Health Policy, 1999).*

### 1.6.2 Enjeux du modèle collaboratif de l'ÉIS

Au palier régional, la pratique de l'ÉIS de type collaboratif constitue une nouvelle voie pour agir sur les déterminants de la santé. Les participants au projet pilote ont noté qu'elle requiert des façons de faire différentes, tant au sein des établissements qu'en ce qui concerne les relations entre les établissements et les secteurs (avec milieu municipal). Plus concrètement, les enjeux suivants ont été identifiés comme des éléments importants à documenter pour soutenir la pratique future de l'ÉIS. Il s'agit de:

- la différenciation des rôles des acteurs de santé publique dans la dynamique intersectorielle de l'ÉIS;
- l'impact de la pratique sur l'organisation du travail et l'utilisation des ressources;
- l'impact de la démarche ÉIS sur les relations intersectorielles;
- l'impact réel de l'ÉIS sur la prise de décisions et la création de politiques publiques municipales favorables à la santé;
- l'appropriation des outils et de la démarche ÉIS par le milieu municipal, et son inclusion dans les processus habituels d'élaboration des politiques municipales (CCNPPS, 2011).

### 1.6.3 Rôles et responsabilités des acteurs engagés dans une ÉIS en Montérégie

Le modèle montérégien définit les rôles et les responsabilités de chaque groupe d'acteurs impliqué dans la démarche ÉIS. Ces groupes d'acteurs relèvent essentiellement de trois organisations que sont la DSP, le CSSS et la municipalité. Les propos qui suivent définissent leurs rôles et leurs responsabilités respectifs.

Le rôle de la DSP est de coordonner les démarches ÉIS et de faire appel à l'expertise interne et externe pour l'analyse des impacts des projets de politiques soumis à l'évaluation. Pour ce faire, deux types de contribution sont attendus : celui de courtier de connaissances et celui d'experts de santé publique. Le rôle du courtier de connaissances est central dans les démarches ÉIS. Ses responsabilités sont de :

- promouvoir (sensibiliser, mobiliser et faire connaître) la démarche ÉIS auprès des CSSS;
- soutenir les CSSS dans leur promotion de l'ÉIS auprès des municipalités;
- coordonner la réalisation de la démarche avec les partenaires concernés;
- former un comité scientifique et y participer afin de juger de la pertinence des informations requises en fonction du contexte dans lequel se situe la politique;
- maximiser l'utilisation des recommandations formulées en s'assurant de leur pertinence, accessibilité et crédibilité.

Quant au CSSS, son rôle consiste à soutenir le déploiement, l'application et le succès de l'ÉIS (maximiser l'influence selon les critères de pertinence, de crédibilité et d'accessibilité des connaissances transmises) en fonction des contextes et des enjeux propres à son territoire. Dans cette perspective, le CSSS est invité à :



- promouvoir la démarche ÉIS auprès des municipalités de son territoire;
- participer avec la municipalité et la DSP au déroulement de la démarche ÉIS;
- soutenir la municipalité dans l'application des recommandations retenues.

Enfin, en participant à la démarche EIS, le rôle de la municipalité est d'identifier ses besoins et de contribuer à la révision des solutions proposées (la politique soumise). Concrètement, ses responsabilités sont de :

- soumettre une politique ou un projet à l'étude;
- participer à la démarche ÉIS pour préciser les informations pertinentes à l'analyse des impacts potentiels de la politique ou du projet en fonction de son contexte;
- communiquer la façon dont elle prend en compte les résultats de la démarche ÉIS.

Afin de permettre la rencontre des nombreux acteurs et l'exécution des tâches nécessaires à la réalisation d'une ÉIS, deux types de comités sont mis en place pour chaque ÉIS: le comité local ÉIS, composé de représentants municipaux, du CSSS et de la DSP (courtier de connaissances), et le comité scientifique multidisciplinaire de la DSP composé des experts de contenu et de leurs gestionnaires si besoin. Ces deux types de comité visent à procurer une structure et un espace de concertation et de négociation aux acteurs impliqués. Leurs responsabilités respectives sont de :

**Pour le comité local**

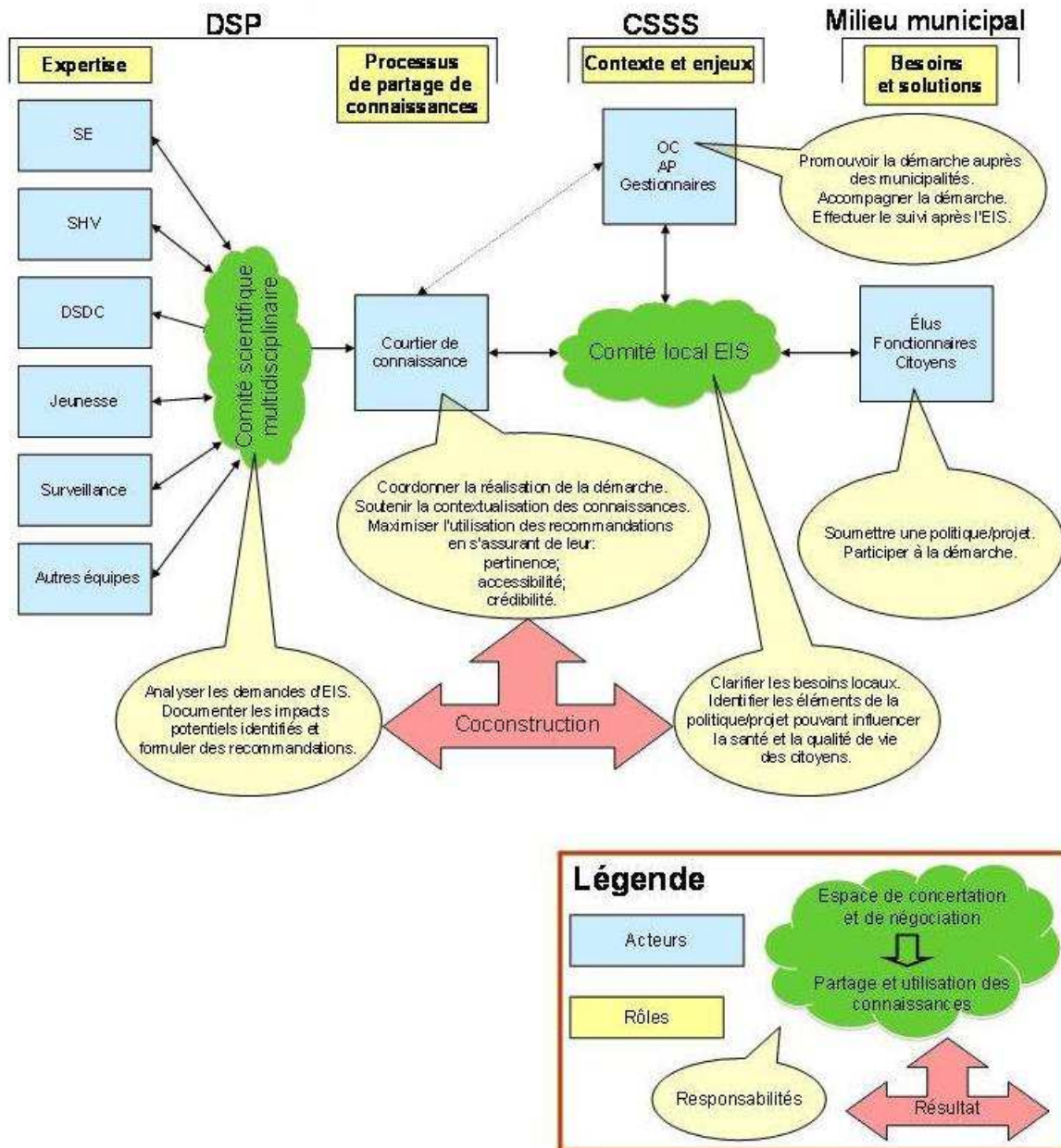
- clarifier les besoins locaux exprimés;
- identifier et valider les éléments de la politique ou du projet pouvant influencer la qualité de vie et la santé des citoyens (étapes de dépistage et de cadrage de la démarche ÉIS);
- prendre connaissance de l'analyse des impacts potentiels et des recommandations.

**Pour le comité scientifique**

- analyser la pertinence et la faisabilité des demandes ÉIS;
- documenter les impacts potentiels des politiques ou projets sur la santé de la population (étapes de cadrage et d'analyse de la démarche ÉIS) ;
- formuler des recommandations;

Le modèle de collaboration entre les groupes d'acteurs proposé, tel que schématisé ci-dessous, vise à susciter l'adhésion des différents partenaires à l'atteinte d'objectifs communs pour améliorer la santé et la qualité de vie des citoyens. Par une approche de soutien à la prise de décision, ce modèle favorise une compréhension mutuelle de la politique étudiée et une coconstruction des connaissances produites.

**Figure 2 : Schématisation des structures et des rôles et responsabilités des acteurs engagés dans une ÉIS de type collaboratif en Montérégie**



## 2. Évaluation des ÉIS

### 2.1 Question d'évaluation et objectifs de l'étude

La démarche évaluative proposée dans le cadre de la poursuite des activités de l'ÉIS par la DSP vise à répondre à la question suivante : **dans quelle mesure la démarche ÉIS de type collaboratif permet la prise en compte des considérations de santé dans les politiques municipales, et sous quelles conditions?**

Dans cette perspective, deux objectifs d'évaluation sont poursuivis :

- 1) Évaluer l'efficacité de la démarche ÉIS de type collaboratif, et notamment celle des outils développés, pour :
  - établir les aspects de la politique ou du projet pouvant influencer la santé;
  - assurer une analyse de qualité de leurs effets potentiels;
  - favoriser l'appropriation des résultats (analyse et recommandations) par les parties prenantes;
  - influencer la prise de décision;
  - identifier, s'il y a lieu, les retombées secondaires.
- 2) Trouver les conditions organisationnelles qui doivent être présentes dans les municipalités, les CSSS et à la DSP pour pratiquer efficacement l'ÉIS, c'est-à-dire influencer positivement l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé.

### 2.2 Cadres conceptuels

Deux cadres conceptuels seront utilisés pour répondre à ces questions. Le premier s'appuie sur la notion de transfert des connaissances et permettra d'étudier des aspects en lien avec le premier objectif. Le deuxième cadre conceptuel s'inspire des théories sur le changement organisationnel et s'applique davantage à répondre au second objectif.

#### 2.2.1 ÉIS comme travail à la frontière de deux univers

Le modèle collaboratif de l'ÉIS a été conceptualisé comme un processus de production et de transfert des connaissances (Banken, 2001; Bekker, 2007). Nous pouvons en effet estimer que l'ÉIS de type collaboratif rencontre les principales conditions de succès du transfert des connaissances (transfert des connaissances scientifiques aux politiques) identifiées par la littérature scientifique. Ces conditions sont : une interaction continue entre experts et décideurs (Lavis et al 2005); une information fournie au moment approprié dans un langage adapté (Innvaer, et al 2002); une information pertinente au contexte de la politique et applicable (Landry et al 2007); et une information produite par la coconstruction des connaissances (Brousselle et al. ,2009).

Aussi, le premier cadre conceptuel proposé est issu du champ du transfert des connaissances. Les notions de *boundary work*, que nous traduirons par le « travail à la frontière », et de *boundary object*, traduit par « objet-frontière », semblent pertinentes dans ce contexte. Elles s'appuient sur l'idée qu'un partage véritable des connaissances entre deux univers (la science et la non-science) se produit au sein d'une dynamique qui s'installe virtuellement à l'extérieur des « frontières » de chacun de ces univers. Concrètement, cela signifie que les ÉIS devraient permettre une rencontre

entre l'expertise de santé publique et la prise de décision municipale, sans que l'une ou l'autre des parties ne sente d'ingérence de la part de son vis-à-vis. La légitimité des rôles et des responsabilités de chacun est préservée. On évite ainsi de « politiser la science » et aussi de « *scientifiser* la décision de politique ». Les deux systèmes d'acteurs (santé publique, milieu municipal) se sentent confortables avec le processus, chacun ayant l'assurance que leurs rôles et responsabilités respectifs seront respectés.

Les objets-frontières sont des outils qui permettent de structurer le travail entre les frontières et de « stabiliser les faits ». Il s'agit le plus souvent de normes ou de cadres de référence compris, accessibles et perçus comme adéquats par les différentes parties. En somme, nous conceptualiserons la démarche de l'ÉIS comme un travail à la frontière, et les guides et autres outils proposés pour soutenir la démarche ÉIS comme des « objets » qui permettent de travailler efficacement à la frontière de deux univers, celui de l'expertise de santé publique et celui des décideurs municipaux. Pour être efficace, un objet-frontière doit satisfaire les critères de la politique et de la science. Il doit être scientifiquement valide et politiquement utile, donc suffisamment flexible pour bénéficier d'une reconnaissance par chacune des parties. Les trois caractéristiques d'un objet-frontière ont été identifiées de la façon suivante :

- il n'introduit pas d'autorité épistémique entre la nature des connaissances produites par chacune des parties (Star & Griesemer, 1989);
- il permet une flexibilité suffisante pour que chaque partie puisse se reconnaître mais aussi conserver son entité et rôle respectif (Wilson & Herndl, 2007);
- il permet une certaine standardisation pour stabiliser les faits (Fujimura, 1992).

La notion de frontières semble pertinente dans le cadre de la pratique de l'ÉIS de type collaboratif pour examiner à la fois le processus de transfert des connaissances (de part et d'autre) et le rôle des acteurs de santé publique dans cette dynamique, ainsi que leurs effets sur les relations intersectorielles et la prise de décision de politiques. En effet, l'ÉIS vise non seulement à œuvrer à la frontière entre la science et la prise de décision politique, mais aussi aux frontières sectorielles soit, entre le secteur de la santé et les autres secteurs de la société. En mettant sur un pied d'égalité les connaissances des responsables de politiques, des parties prenantes, et des acteurs de santé publique, ces concepts de travail à la frontière et d'objet-frontière s'accordent bien avec les principes de la stratégie des gains mutuels qui caractérise la pratique de l'ÉIS de type collaboratif.

Les résultats des démarches ÉIS quant à eux, seront examinés à partir de la typologie de l'utilisation des connaissances proposée initialement par Weiss (1979). En cohérence avec la conceptualisation de l'ÉIS comme pratique de production et de transfert des connaissances, les résultats visés réfèrent à l'appropriation et à l'utilisation des connaissances par les responsables municipaux pour intégrer les questions de santé dans leurs décisions. Cette utilisation ou appropriation des connaissances scientifiques pour la prise de décision peut prendre diverses formes. La typologie de Weiss en propose trois : instrumentale, conceptuelle et symbolique (Weiss, 1979).

- L'utilisation instrumentale réfère à une application directe de l'information fournie par l'activité de transfert des connaissances.
- L'utilisation conceptuelle réfère quant à elle à une prise de conscience de la part des décideurs sur les impacts que peuvent avoir leurs projets de politiques sur la santé, sans que cela n'amène nécessairement un changement immédiat. Elle favorise toutefois un changement de vision à l'égard de la santé.

- L'utilisation symbolique s'apparente, quant à elle, à une utilisation opportuniste où les décideurs désirent utiliser l'information produite par l'ÉIS pour promouvoir le projet de politique.

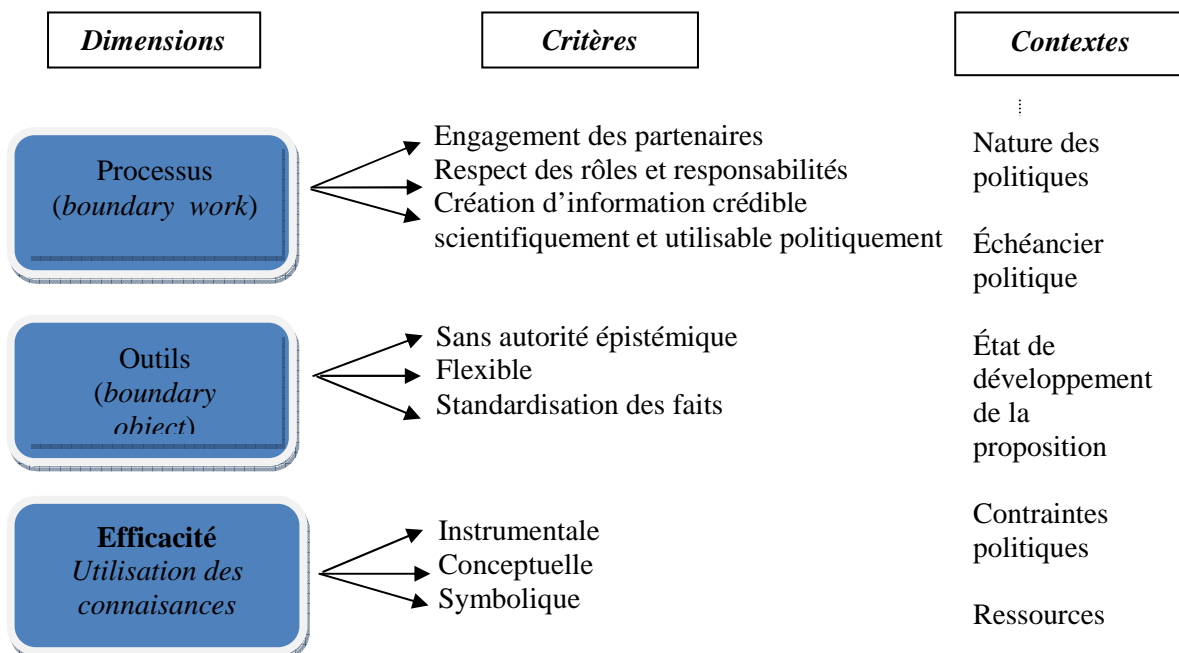
La typologie proposée par Weiss a été reprise par plusieurs auteurs pour qualifier l'utilisation des connaissances issues de la recherche dans la prise de décision (Mitton et coll, 2007; Amara, Ouimet et coll., 2004), et a été utilisée dans une étude d'envergure portant sur l'efficacité de l'ÉIS en Europe (Wismar et coll. 2007).

Enfin, mentionnons que les contextes organisationnels et politiques peuvent avoir une influence sur la dynamique de transfert des connaissances.

La figure 3 illustre l'intégration de ces différents concepts utilisés pour analyser la pertinence et l'efficacité de l'ÉIS à produire des politiques publiques favorables à la santé (question 1).

Ainsi, le premier cadre conceptuel vise à documenter trois aspects particuliers de la pratique de l'ÉIS : le **processus**, les **outils** et les **résultats**. Le processus réfère à la démarche ÉIS en tant que telle, c'est-à-dire le déroulement des cinq étapes, la dynamique intersectorielle, incluant la participation des différents acteurs, et les différents types d'information utilisés. Les outils réfèrent aux différentes grilles et modèles logiques utilisés pour encadrer les analyses menées à chacune des étapes de la démarche. Enfin, les résultats seront mesurés en fonction du degré d'appropriation des informations produites par l'ÉIS et de leur influence dans le processus de décision, et ce, en fonction des contextes particuliers à chaque ÉIS.

**Figure 3 : Cadre conceptuel en lien avec le transfert des connaissances**



## 2.2.2 Modèle de gestion du changement

Le deuxième cadre conceptuel s'appuie sur une compréhension de l'implantation de l'ÉIS comme un changement organisationnel. Ce cadre conceptuel vise à documenter le deuxième objectif portant sur les conditions organisationnelles de cette nouvelle pratique que tente d'implanter la DSP sur le territoire de la Montérégie, au sein des organisations qui s'impliquent volontairement (DSP, CSSS, municipalité). À cet effet, il est proposé d'utiliser le modèle théorique développé par Rondeau (2008) sur la gestion du changement stratégique dans les organisations publiques. Ce modèle s'avère pertinent dans la mesure où l'ÉIS est une nouvelle pratique au sein des organisations de santé et des municipalités.

Ce modèle prend en considération trois catégories d'enjeux distincts et complémentaires du changement, soit la légitimation, la réalisation et l'appropriation. Pour traiter de ces enjeux, diverses « logiques de l'action organisée » sont considérées : la logique d'action stratégique, la logique d'action fonctionnelle et la logique d'action opérationnelle. La figure 4 présente le modèle retenu pour l'évaluation et ses principaux éléments.

**Figure 4 : Cadre conceptuel en lien avec les enjeux du changement selon les logiques de l'action organisée**

		LES ENJEUX DU CHANGEMENT		
		LÉGITIMATION (émotif)	RÉALISATION (cognitif)	APPROPRIATION (comportemental)
LOGIQUES D'ACTION	STRATÉGIQUE (intention des acteurs) <i>Perspective directionnelle</i>	VISION Changement important Parrain engagé Partenaires impliqués	PILOTAGE Structure de pilotage crédible	INTÉRÊT Conditions incitatives Retombées valables
	FONCTIONNELLE (nature des systèmes) <i>Perspective structurelle</i>	MODÈLE Déficiences établies Orientation documentée	CAPACITÉ Ressources, démarche et compétences adéquates	APPRENTISSAGE Expérimentations et prises de conscience appropriées
	OPÉRATIONNELLE (pratiques adoptées) <i>Perspective culturelle</i>	COMMUNICATION Information adéquate Adhésion soutenue	EFFORT Disponibilités et collaborations appropriées	PROGRESSION Amélioration continue Mesure de résultats

### La légitimation du changement

En ce qui a trait aux enjeux à considérer dans la mise en œuvre du changement, le premier concerne la légitimation. On associe « le succès d'un changement majeur à la présence d'une vision claire et puissante des orientations mises de l'avant, d'un discours articulé et largement partagé au sein de l'organisation, mais aussi à l'externe, d'un parrain puissant et perçu comme légitime pour conduire le changement en question » (Rondeau, 2008 : 8-9). On souligne également l'importance de la communication soutenue et le partage d'information significative entre les divers acteurs du projet.

Pour mener à bien le processus de légitimation du changement, il importe donc, sur un plan stratégique, de développer une vision du changement. Cela signifie qu'il faille expliquer en quoi le mode de fonctionnement actuel est insatisfaisant et en quoi les solutions proposées sont supérieures. Cette vision doit pouvoir compter sur la présence d'un parrain crédible et de divers

partenaires associés au projet. Sur le plan fonctionnel, cette légitimation est construite à partir des déficiences à corriger et du modèle d'action à adopter. Au plan opérationnel, c'est à travers une communication soutenue et bidirectionnelle que la légitimité du changement se construit. Elle est mesurée par l'adhésion des acteurs organisationnels et les pratiques adoptées et mises de l'avant par projet (Rondeau, 2008).

### **La réalisation du changement**

Le second enjeu touche la réalisation du changement. Elle renvoie à l'importance de se doter d'une stratégie de déploiement planifiée, apte à parer ou réduire les aléas d'un bouleversement chaotique. Au plan stratégique, ceci se traduit par « la mise en place d'une structure de pilotage regroupant les personnes les plus compétentes et les plus à même d'influencer le changement au sein de l'organisation » (Rondeau, 2008 : 9).

Au plan fonctionnel, c'est « dans le développement de capacités organisationnelles nouvelles ou dans la maturation des capacités existantes que l'organisation réussit à accueillir le changement » (Rondeau, 2008 : 9). À ce propos, il importe notamment que l'organisation puisse planifier une stratégie de déploiement qui comporte l'élaboration des méthodes à utiliser et des ressources à mobiliser, le développement de capacités nouvelles au sein du personnel par la formation et la clarification des nouveaux rôles et responsabilités des personnes touchées par le projet ainsi que la mesure de la progression du changement et de révision périodique du déroulement (Rondeau, 2008).

Au plan opérationnel, un changement réussi est rarement lié à la seule volonté des acteurs concernés, mais plutôt d'un effort d'ensemble « pour amener l'apparition de comportements nouveaux parce qu'on a les connaissances, les habiletés, les disponibilités, les ressources et les collaborations nécessaires pour agir » (Rondeau, 2008 : 9).

### **L'appropriation du changement**

Le troisième enjeu concerne l'appropriation du changement par les destinataires. Elle est la conséquence souhaitée par le gestionnaire où les nouvelles façons de faire deviennent la norme de fonctionnement au sein de l'organisation. Selon les recherches en science du comportement, l'appropriation du changement peut être vue sous l'angle des personnes appelées à changer et cherche à comprendre les caractéristiques ou les conditions qui facilitent ou inhibent l'adoption du changement. Du point de vue de la recherche en management, on considère l'appropriation du changement sous l'angle des efforts organisationnels à déployer pour installer le changement (Rondeau, 2008).

Concernant la stratégie d'appropriation, « l'effort nécessite une compréhension de la situation dans laquelle évoluent les destinataires, afin de susciter chez eux un intérêt de changement. Cela implique de créer des conditions incitatives pour développer une masse critique d'acteurs capables d'anticiper des retombées favorables et d'agir comme porteurs aux yeux de leurs pairs » (Rondeau, 2008 : 9).

Au plan fonctionnel, l'appropriation du changement se construit à partir des expérimentations réalisées qui tiennent compte des situations à changer et des contextes d'apprentissages. Toutefois, « les situations d'urgence provoqueront fréquemment une régression vers des façons de faire plus confortables et ralentiront l'enracinement de nouvelles pratiques » (Rondeau, 2008 : 10).

Enfin, favoriser l'appropriation du changement sur le plan opérationnel, exige de mettre au point une démarche d'amélioration continue selon laquelle les destinataires et les acteurs peuvent être en mesure d'apprécier leur progression. « Cette appropriation du changement s'observe à travers

son résultat par le client final (destinataire) et dans l'appropriation observée par les acteurs concernés » (Rondeau, 2008 : 8).

## 2.3 Méthodologie

En vertu de la planification de la Direction de santé publique de la Montérégie, au moins quatre projets ÉIS devraient voir le jour au cours des deux premières années de l'implantation de cette pratique au sein de son territoire. En suivant le rythme naturel du développement de cette pratique, qui s'appuie sur le volontariat des CSSS et des municipalités et sur la capacité de la DSP, le choix des cas (projets ÉIS) sera du ressort des principaux acteurs de terrain, les décideurs municipaux et l'équipe de santé publique. Les raisons de refus par les municipalités, qui auront été rencontrées par le courtier de connaissances, seront documentées. Les critères de sélection des projets sont la participation volontaire des municipalités et la diversité de leurs projets et la nature de leurs influences potentielles sur la santé et le bien-être de la population. Le consentement des participants à l'évaluation est aussi requis.

### 2.3.1 Approches

Cette étude évaluative s'inscrit dans une approche itérative. Ainsi, au cours de la réalisation des projets ÉIS, les informations produites permettront d'éclairer le processus de réalisation et d'ajuster, s'il y a lieu, leurs déploiements en milieu municipal. (Rossi et Freeman, 1993). Cette perspective d'amélioration continue apparaît appropriée lorsque des projets comme ceux-ci sont encore à la phase de développement et qu'ils n'ont pas encore été éprouvés (Pineault et Daveluy, 1986).

Il est également privilégié d'adopter d'une approche participative. Ceci implique que les acteurs concernés par les projets ÉIS sont parties prenantes de la démarche évaluative en émettant leurs opinions sur les objectifs ou questions d'évaluation, la collecte et l'analyse des données ainsi que la diffusion des résultats. (Pineault et Daveluy., 1986).

### 2.3.2 Collecte des données

Le devis proposé est celui de l'étude cas. Ce type de devis de recherche permet une étude en profondeur d'un phénomène nouveau et il est particulièrement recommandé dans les situations qui n'ont jamais été étudiées (Paillé, 2007). Dans le cadre de cette étude, nous entendons par « cas », chacun des projets ÉIS qui seront menés par les CSSS du territoire de la Montérégie avec le soutien de la DSP. Puisque ceux-ci peuvent être délimités dans le temps et dans l'espace, ils répondent de ce fait aux critères de l'établissement des unités d'analyse propres à la méthode d'étude de cas (Creswell, 1998).

Ainsi, en raison du caractère distinct des projets ÉIS qui seront réalisés dans les municipalités au cours de la période d'observation, chacun d'eux fera l'objet d'une collecte de données auprès des acteurs concernés et d'une analyse transversale.

Parallèlement, un comité stratégique sera mis sur pied de manière à orienter le déploiement des projets ÉIS en milieu municipal ainsi qu'à soutenir la démarche évaluative. Composé de représentants de différents organismes (ex : municipalité, CSSS, DSP, INSPQ, RVVSQ), ce comité stratégique contribuera à l'analyse transversale et, surtout, longitudinale des projets à l'étude.

Pour ce faire, l'évaluation fait appel à différentes méthodes et sources de données. Elles comprennent l'analyse documentaire, les entrevues individuelles ou de groupe, l'observation



participante et l'outil de suivi des projets (mesure de l'effort). Les propos qui suivent présentent succinctement ces différentes méthodes de collectes des données.

### **Analyse documentaire**

L'analyse documentaire consiste à analyser de façon systématique et rétrospectivement la documentation produite dans le cadre des projets ÉIS. À cet effet, les documents produits à chacune des étapes du processus de production des ÉIS et les comptes rendus des réunions du comité stratégique représenteront d'importantes sources d'information documentaire.

### **Entrevues individuelles ou de groupe**

Les entrevues individuelles ou de groupe visent à solliciter la perception ou l'opinion des individus par rapport à certains thèmes. Sur ce, des entrevues semi-structurées (questions ouvertes) sont privilégiées pour documenter le processus et les conditions de réalisation des ÉIS. Pour chacun des types d'acteurs rejoints (ex. : administrateurs municipaux, CSSS, experts de santé publique, courtier de connaissance), un plan d'entrevue devra être planifié.

### **Observation participante**

L'observation directe et la participation aux réunions du comité stratégique constituent une autre technique qui favorise l'intégration des évaluateurs au sein des projets à évaluer. Cette façon de faire permet notamment de comprendre le pourquoi et le comment du déploiement d'un projet et d'établir des constats sur son fonctionnement.

### **Outil de suivi de l'effort**

Dans le cadre de cette démarche évaluative, il importe également de rendre compte des heures (coûts) nécessaires à la réalisation des projets ÉIS. En lien avec ces considérations administratives, il a été retenu que tous les professionnels de la santé publique concernés par les ÉIS, soit le courtier de connaissance et les experts de contenu appelés à documenter les déterminants de la santé, remplissent l'outil de suivi que la DSP a développé à cet effet et ce tout au cours de la durée de la période d'observation.

La triangulation des données issues de ces différentes sources permet une lecture plus riche que l'utilisation d'une seule technique. La qualité des sources de données, les corroborations d'une opinion d'une source à une autre et les recoupements contribuent à la qualité de la méthode et lui donne sa profondeur et sa richesse (Poupart et coll., 1997).

Le tableau 1 présenté aux pages 19 à 22, décrit selon les questions reliées aux variables à l'étude, les méthodes ou instruments de collecte de données ainsi que les sources d'information nécessaires à l'évaluation des ÉIS.

## **2.4 Analyse des résultats et consentement des participants**

Les analyses de données quantitatives ne concernent que les statistiques en lien avec les heures de travail consacrées à la réalisation des ÉIS en santé publique (calculs de fréquences et de moyennes).

La présente étude repose principalement sur la méthode d'analyse de contenu qualitatif mais aussi sur une analyse comparée de ce contenu. Ainsi, pour chacun des quatre ÉIS réalisées au cours de la période d'observation, nous organiserons l'information obtenue afin d'en faire apparaître le sens. Globalement, cette méthode permettra de préciser l'amplitude ou l'intensité des variables selon les catégories retenues et les rôles des participants dans les organisations concernés (ex. : DSP, CSSS et

municipalité) par rapport aux objectifs poursuivis, soit l'analyse du processus ÉIS et ses effets sur la prise de décision et des conditions organisationnelles à leurs réalisations (Miles et Huberman (2003). Cette méthode permettra également de procéder à des analyses de convergence et de divergence selon les documents retenus et, particulièrement, lors des entrevues individuelles et de groupe. En somme, l'analyse de contenu peut être définie comme une analyse systématique des idées exprimées dans la documentation ou les discours retenus dans une étude (Mayer et Ouellet, 1991).

Les entrevues individuelles ou de groupe seront enregistrées, avec le consentement des participants, et réécoutées par la suite d'une manière indépendante par les évaluateurs, puis l'information sera comparée à des fins d'analyse. Le tout fera l'objet de synthèses en fonction des thèmes qui auront été abordés lors des rencontres. L'emploi d'un logiciel de codification et d'extraction des informations (NUDIST) pourrait être utilisé, si nécessaire. Par la suite, les résultats seront présentés aux membres du comité stratégique de manière à pouvoir en débattre et bonifier l'analyse.

## 2.5 Considérations éthiques

La participation des personnes aux entrevues ou aux séances d'observation sera volontaire. Un consentement verbal leur sera demandé et les entrevues seront enregistrées puis détruites à la fin de l'étude. La technicienne de recherche de la DSP qui aura accès à des données nominales sera soumise au respect de la confidentialité. De plus, les données seront classées dans un fichier sécurisé de l'Agence et détruites après 5 ans.

Enfin, les évaluateurs s'engagent également à respecter la confidentialité des données d'entrevues et d'observation auxquelles ils auront accès au cours du projet. L'entreposage et la protection des données seront assurés par le secteur informatique de l'Agence. De plus, toutes les mesures requises pour protéger l'anonymat des participants seront prises.

## 2.6 Transfert des résultats et biais de l'étude

La présente évaluation vise à bien comprendre et décrire le phénomène étudié, soit le processus ÉIS et ses effets sur la prise de décision, de même que les conditions organisationnelles requises (ou favorables) pour sa réalisation à la DSP, dans un CSSS et dans une municipalité de la Montérégie. La validité externe de l'étude étant dépendante de la variabilité des cas, une description détaillée de chacune des ÉIS permettra de donner suffisamment de détails sur les éléments de contexte pour permettre aux lecteurs de juger de l'application des résultats à d'autres milieux.

Pour maximiser la généralisation des résultats, les biais envisagés seront minimisés dans la mesure du possible. Le premier concerne le biais de désirabilité où le contexte de l'étude peut influencer le discours des personnes interrogées en entrevue individuelle ou de groupe. Bien qu'on ait peu de contrôle sur ce biais, l'intervieweur ou l'animateur favorisera une attitude d'ouverture à recueillir l'ensemble des opinions, qu'elles soient favorables ou non. Le second biais à considérer est celui des méthodes de collecte et d'analyse des données utilisées et ses conséquences sur l'interprétation des résultats. Toutefois, la collecte d'information objective sur les problèmes et les solutions ainsi que la prise en compte des informations disponibles dans la littérature sur le sujet permettront d'apporter les nuances requises.

**Tableau 1 : Questions, méthodes et sources d'information**

Questions reliées aux variables à l'étude	Méthodes ou instruments	Sources d'information
<b><u>1. PROCESSUS ÉIS ET SON EFFET SUR LA PRISE DE DÉCISION</u></b>		
<p><b>Processus de production et de transfert des connaissances</b></p> <p>1 Dans le cadre des ÉIS, est-ce que la démarche en cinq étapes est adéquate pour structurer le processus de production et de transfert des connaissances ? Comment est-elle perçue par les différents partenaires ?</p> <p>2 Dans quelle mesure les principaux partenaires (DSP, CSSS et municipalités) contribuent-ils à la production des connaissances ? Quelle est la contribution de chacun d'eux (ex. : empirique, existentielle, scientifique) ?</p> <p>3 Est-ce que les partenaires concernés reconnaissent et respectent les rôles et les responsabilités de chacun à l'égard de la production et l'utilisation des connaissances ?</p> <p>4 Comment se font les choix collectifs dans la production des connaissances ? Qui décide ? Comment s'opère le processus de négociation ? Y a-t-il une nécessité de trouver un compromis ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Analyse documentaire</li> <li>✓ Entrevues individuelles ou de groupe</li> <li>✓ Observation participante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Documentation écrite p/r aux projets</li> <li>✓ Courtier de connaissance</li> <li>✓ Administrateurs municipaux</li> <li>✓ CSSS (gestionnaires et professionnels)</li> <li>✓ Comité scientifique de la DSP</li> <li>✓ Comité stratégique de la DSP</li> </ul>

**Tableau 1 : Questions, méthodes et sources d'information (suite)**

Questions reliées aux variables à l'étude	Méthodes ou instruments	Sources d'information
<b><u>1. PROCESSUS ÉIS ET SON EFFET SUR LA PRISE DE DÉCISION (SUITE)</u></b>		
<p><b>Utilité et utilisation des outils ÉIS</b></p> <p>5 Dans le cadre des ÉIS, est-ce que les outils proposés ont été utilisés pour guider la production des connaissances ? Quelle est la pertinence et l'acceptabilité de ces outils selon chacun des partenaires concernés ?</p> <p>6 Est-ce que les outils utilisés permettent une compréhension commune des objets d'évaluation ? Est-ce que des ajustements ont été apportés aux outils pour mieux correspondre aux réalités des partenaires ?</p> <p>7 Dans quelle mesure les décideurs considèrent-ils que les outils proposés, incluant les rapports, sont accessibles et faciles d'utilisation ?</p> <p>8 Est-ce que la grille de dépistage proposée contribue à l'analyse des impacts potentiels sur la santé des populations locales? Quelles sont ses forces et ses limites?</p> <p>9 Quel est l'intérêt et la pertinence des connaissances transmises par la démarche ÉIS pour les utilisateurs?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Analyse documentaire</li> <li>✓ Entrevues individuelles ou de groupe</li> <li>✓ Observation participante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Documentation écrite p/r aux projets</li> <li>✓ Courtier de connaissance</li> <li>✓ CSSS (gestionnaires et professionnels)</li> <li>✓ Administrateurs municipaux</li> <li>✓ Comité scientifique de la DSP</li> <li>✓ Comité stratégique de la DSP</li> </ul>
<p><b>Retombées en lien avec le processus ÉIS</b></p> <p>10 Quel est le degré de satisfaction des décideurs municipaux et des acteurs de santé publique au terme de l'ensemble de la démarche des ÉIS, incluant les outils utilisés ?</p> <p>11 De quelle façon les décideurs utilisent-ils les connaissances produites issues du processus ÉIS (ex. : instrumentale, symbolique, conceptuelle ou opportuniste) ? Sur quelle base ces observations reposent-elles (ex. : gestes, points de vue ou dynamique des acteurs) ?</p> <p>12 Quels éléments de contexte des projets ÉIS peuvent avoir influencé la démarche ainsi que l'utilisation des connaissances issue de cette démarche dans la prise de décision ?</p> <p>13 Est-ce-que les connaissances transmises sont utilisables dans d'autres circonstances ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Analyse documentaire</li> <li>✓ Entrevues individuelles ou de groupe</li> <li>✓ Observation participante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Documentation écrite p/r aux projets</li> <li>✓ Courtier de connaissance</li> <li>✓ CSSS (gestionnaires et professionnels)</li> <li>✓ Administrateurs municipaux</li> <li>✓ Comité stratégique de la DSP</li> <li>✓ Administrateurs municipaux</li> </ul>

**Tableau 1 : Questions, méthodes et sources d'information (suite)**

Questions reliées aux variables à l'étude	Méthodes ou instruments	Sources d'information
<b><u>2. CONDITIONS ORGANISATIONNELLES DE RÉALISATION DES ÉIS</u></b>		
<b>Intégration de l'approche ÉIS dans les organisations</b>		
<p>14 Comment l'ÉIS est-elle décrite dans votre organisation ? En quoi est-elle une valeur ajoutée sur le plan de l'intervention ? Quels ont été les messages-clés ?</p> <p>15 Dans quelle mesure les objectifs des ÉIS sont-ils clairs et partagés au sein de votre organisation et des partenaires qui y sont associés ?</p> <p>16 Quelle est l'influence de la DSP et des CSSS dans l'émergence et la réalisation des ÉIS ?</p> <p>17 Qui sont les porteurs de la vision de l'ÉIS dans les organisations ? Existe-t-il un parrain ?</p> <p>18 Dans quelle mesure l'intégration des ÉIS dans les plans d'action locaux (PAL) des CSSS et du plan d'action régional (PAR) représente-t-elle un incitatif de réalisation dans les milieux ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Analyse documentaire</li> <li>✓ Entrevues individuelles ou de groupe</li> <li>✓ Observation participante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Documentation écrite p/r aux projets</li> <li>✓ Courtier de connaissance</li> <li>✓ CSSS (gestionnaires et professionnels)</li> <li>✓ Administrateurs municipaux</li> <li>✓ Comité stratégique de la DSP</li> </ul>
<b>Structure organisationnelle</b>		
<p>19 Qui sont les acteurs au sein de chacune des organisations engagées de près ou de loin dans les ÉIS ? Comment peut-on qualifier leur degré d'adhésion ?</p> <p>20 Quels mécanismes d'information ont été utilisés pour promouvoir la pratique de l'ÉIS au sein des organisations et entre les organisations ?</p> <p>21 Quelle est l'importance du comité local dans la conduite des ÉIS ? Quels sont son rôle et son mandat ?</p> <p>22 Comment chacune des organisations s'est-elle organisée pour assurer la pratique des ÉIS ?</p> <p>23 Comment chacune des organisations s'engage-t-elle dans les comités de projet ÉIS ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Analyse documentaire</li> <li>✓ Entrevues individuelles ou de groupe</li> <li>✓ Observation participante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Documentation écrite p/r aux projets</li> <li>✓ Courtier de connaissance</li> <li>✓ CSSS (gestionnaires et professionnels)</li> <li>✓ Administrateurs municipaux</li> <li>✓ Comité stratégique de la DSP</li> </ul>

**Tableau 1 : Questions, méthodes et sources d'information (suite)**

Questions reliées aux variables à l'étude	Méthodes ou instruments	Sources d'information
<b><u>2. CONDITIONS ORGANISATIONNELLES DE RÉALISATION DES ÉIS (SUITE)</u></b>		
<p><b>Modalité de fonctionnement</b></p> <p>24 Y a-t-il eu des besoins manifestés de nouvelles compétences ? Si oui, y a-t-il eu des activités de développement des compétences ? Sur quoi ont-elles porté ?</p> <p>25 Est-ce qu'il y a eu une clarification des rôles et des responsabilités entre les organisations et à l'intérieur de chacune d'elles ? Si oui, est-ce que ceci s'est avéré utile et efficace ?</p> <p>26 Quels ont été les coûts en termes de ressources financières, humaines et temps pour chacune des ÉIS ? Dans quelle mesure ces coûts sont-ils acceptables pour chacune des organisations impliquées compte tenu des effets et des retombées de la pratique ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Analyse documentaire</li> <li>✓ Entrevues individuelles ou de groupe</li> <li>✓ Observation participante</li> <li>✓ Grille de mesure de l'effort</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Documentation écrite p/r aux projets</li> <li>✓ Courtier de connaissance</li> <li>✓ CSSS (gestionnaires et professionnels)</li> <li>✓ Administrateurs municipaux</li> <li>✓ Comité stratégique de la DSP</li> <li>✓ Membres du comité scientifique de la DSP</li> </ul>
<p><b>Appropriation du changement par les décideurs et les acteurs de santé publique de la pratique ÉIS</b></p> <p>27 Quels sont les intérêts, les gains ou les risques potentiels pour chacune des organisations impliquées dans la pratique de l'ÉIS ?</p> <p>28 Quel est le degré de confort des acteurs de santé publique (DSP) à l'égard des compromis nécessaires et inévitables dans le processus collaboratif de réalisation des ÉIS ?</p> <p>29 Quelles sont les principales forces, barrières ou limites organisationnelles (ressources, mandats, cultures, compétences, etc.) évoquées par les partenaires en lien avec la pratique ÉIS ?</p> <p>30 Quelles sont les solutions avancées pour réduire ces barrières ou limites ? Dans quelles mesures ces solutions peuvent-elles être implantées ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Analyse documentaire</li> <li>✓ Entrevues individuelles ou de groupe</li> <li>✓ Observation participante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Documentation écrite p/r aux projets</li> <li>✓ Courtier de connaissance</li> <li>✓ CSSS (gestionnaires et professionnels)</li> <li>✓ Administrateurs municipaux</li> <li>✓ Comité stratégique de la DSP</li> <li>✓ Administrateurs municipaux</li> </ul>

## 3 Planification du travail et échéancier

### 3.1 Personnes associées à l'évaluation

La responsabilité de l'évaluation est partagée entre madame Louise St-Pierre, du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé et de l'INSPQ, et monsieur Christian Viens de la DSP de la Montérégie.

Il est à noter que dans le cadre de cette étude, l'étape 5 de la démarche ÉIS qui consiste à faire une évaluation du projet ÉIS par chacun des comités de projet, sera prise en charge par Louise St-pierre et Christian Viens. Monsieur Émile Tremblay responsable pour la DSP de la Montérégie de l'implantation du projet ÉIS et de ce fait membre d'office de tous les comités de projets ÉIS, sera responsable des étapes de dépistage, de cadrage, d'analyse et de recommandations, mais ne participera pas à l'évaluation finale des projets ÉIS (étape 5).

Dans le cadre de ce projet, le comité stratégique contribue au suivi de la démarche évaluative. Il sera particulièrement sollicité à l'égard des objectifs d'évaluation, du contexte et de la diffusion des résultats. Outre l'équipe d'évaluation mentionnée ci-dessus, les membres du comité stratégique sont :

- Mme Lise Desautels, chef d'administration des programmes du CSSS Richelieu-Yamaska ;
- Mme Caroline Druet, Direction générale de santé publique du MSSS
- Mme Ginette Lafontaine, adjointe à la Planification, l'évaluation et la recherche de la DSP Montérégie
- M. Jean-Pierre Landriault, coordonnateur du Programme adultes-personnes âgées à la DSP de la Montérégie
- Mme Julie Lévesque, coordonnatrice générale du Réseau québécois de Villes et Villages en santé;

Pour compléter ce comité, un représentant des municipalités reste à identifier.

### 3.2 Utilité et diffusion des résultats

Les résultats de l'évaluation doivent permettre de mieux comprendre le processus ÉIS et ses effets sur la prise de décision ainsi que les conditions organisationnelles ou favorables à leurs réalisations.

Sur le plan de la diffusion des résultats, un plan de communication sera élaboré avec les membres du comité stratégique. Cette étude laisse à penser que plusieurs types d'intervenants peuvent être intéressés, de diverses manières, par ses conclusions. La diffusion du rapport se fera auprès des principaux publics cibles, soit les municipalités, les CSSS, l'INSPQ et le MSSS, ainsi qu'à la Table de concertation nationale de santé publique (TCNSP) et la Table de concertation nationale sur les politiques publiques (TCNPP). De plus, des organisations de transfert des connaissances, comme le CCNPPS, permettront d'élargir la diffusion.

### 3.3 Étapes et échéanciers

Comme les projets ÉIS suivront leur rythme naturel de développement dans chacune des municipalités impliquées, la démarche évaluative sera d'une durée d'environ deux ans, soit de janvier 2012 à février/mars 2014. Il s'agit du temps estimé pour réaliser au moins quatre projets ÉIS et procéder à leurs évaluations. Si cette condition n'est pas réalisée dans les délais prévus, la période d'évaluation pourra être prolongée.

Par ailleurs, comme ces projets ÉIS peuvent émerger à tout moment au cours de cette période d'observation, la planification des activités d'évaluation devra donc s'adapter aux réalités du terrain. Ces activités d'évaluation concernent les aspects suivants :

- L'élaboration des plans d'entrevues auprès des différentes personnes concernées, soit les administrateurs municipaux, les experts de santé publique, les représentants des CSSS et le courtier de connaissance;
- La réalisation des entrevues individuelles ou de groupe pour chacun des projets réalisés;
- L'animation et la rédaction des comptes rendus des réunions des membres du comité stratégique, prévues quatre fois l'an;
- La rédaction d'un rapport d'étape pour chacun des quatre projets ÉIS qui auront été élaborés ainsi que la rédaction du rapport final en avril 2014.

La diffusion du rapport d'évaluation est prévue à partir d'avril 2014.



## Références

- Amara, N., Ouimet, M., & Landry, R. (2004). New evidence on instrumental, conceptual, and symbolic utilization of university research in government agencies. *Science Communication*, 26, 75-105.
- Banken, R. (2001). *Strategies for institutionalizing HIA*. Health Impact Assessment Discussion papers, Number 1. Brussels : WHO European Center for Health Policy.
- Bekker, M. (2007). *The politics of healthy policies. Redesigning Health Impact Assessment to integrate health in public policy*. Delft : Eburon.
- Brousselle, A., Contandriopoulos, D., & Lemire, M. (2009). Using Logic Analysis to Evaluate Knowledge Transfer Initiatives: The Case of the Research Collective on the Organization of Primary Care Services. *Evaluation*, 15, 165-183.
- CCNPPS (2011) L'implantation de l'ÉIS au Canada : le projet pilote ÉIS en Montérégie, Québec. Centre de collaboration nationale sur les politiques et la santé, INSPQ. [www.ccnpps.ca](http://www.ccnpps.ca).
- Creswell, J. W. (1998). Five qualitative traditions of Inquiry. In Sages Publication (Ed.), *Qualitative inquiry and research design* (pp. 48-72). Sages Publication.
- Fujimura, J. H. (1992). Crafting science: Standardized packages, boundary objects, and « translation ». *Science as practice and culture*, 168-211.
- Gieryn, T. F. (1983). Boundary-work and the demarcation of science from non-science: strains and interests in professional ideologies of scientists. *American sociological review*, 781-795.
- Harris-Roxas B, Harris E.(2010). Differing Forms, *Differing Purposes: A Typology of Health Impact Assessment*, Environmental Impact Assessment Review.
- Innvaer, S., Vist, G. et coll. (2002). Health policy-makers' perceptions of their use of evidence : a systematic review. *J Health Serv Res Policy*, 7, 239-244.
- Kemm, J., Parry, J., & Palmer, S. (2004). *Health Impact Assessment: Concepts, theory, techniques, and applications*. Oxford : Oxford University Press.
- Kemm, J. (2005). The future challenges for HIA. *Environmental Impact Assessment Review*, 25, 799-807.
- Landry, R., Becheikh, N. et coll. (2007). *Élaboration d'un outil de transfert de connaissances destiné aux gestionnaires en éducation: Rapport de la revue systématique des écrits*. Québec. Département de management. Université Laval.
- Lavis, J., Davies, H. et coll. (2005). Towards systematic reviews that inform health care management and policy-making. *J Health Serv Res Policy*, 10, 35-48.
- Mahoney, M., & Durham, G. (2002). *Health Impact Assessment: a tool for policy development in Australia* Melbourne : Faculty of Health and Behavioural Sciences, Deakin University.
- Mayer, R. et F. Ouellet (1991). *Méthode de recherche pour les intervenants sociaux*, Boucherville, Édition Gaëtan Morin, 537 p.
- Miles, B.M. et M. Huberman (2003). *Analyses des données qualitatives, Méthodes en sciences humaines*, Bruxelles, Éditions Deboeck, 626 p.

- Mitton, C., Adair, C. et coll.. (2007). Knowledge Transfer and Exchange: Review and Synthesis of the Literature. *The Milbank Quarterly*, 85, 729-768.
- MSSS (2008). *Bilan et perspective 2002-2007 — À la frontière des responsabilités des ministères publics : l'application de l'article 54 de la Loi sur la santé publique*. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Canada.
- Paillé, P. (1991). *Procédures systématiques pour l'élaboration d'un guide d'entrevue semi-directive: un modèle et une illustration*. Congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences.
- Paillé, P. (2007). LA RECHERCHE QUALITATIVE Une méthodologie de la proximité. *Problèmes sociaux: Tome 3, Théories et méthodologies de la recherche*.
- Pineault, R. & C. Daveluy (1986). *La planification de la santé, concepts, méthodes et stratégies*, Éditions Agence d'Arc Inc., 479 p.
- Poupart, J., Deslauriers, J. P., Groulx, L. H., Laperrière, A., mayer, R., & Pires, A. P. (1997). *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal.: G. Morin Éd.
- Rondeau, A. (2008). L'évolution de la pensée en gestion du changement : leçons pour la mise en œuvre de changements complexes. *Télescope*, vol. 14, no 3, automne, p. 1-12.
- Rossi, P. & H.E. Freeman (1993). *Evaluation : A systematic approach* (5<sup>th</sup> edition), Newbury Park, CA, Sage Publications Inc.
- Scott-Samuel, A., Birley, M., & Ardern, K. (2001). *The Merseyside Guidelines for Health Impact Assessment*. 2nd edition. Liverpool Merseyside Health Impact Assessment Steering Group.
- Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., & Leppo, K. (2006). *Health in All Policies: Prospects and Potentials* Helsinki : Ministry of Social Affairs and Health.
- Star, S. L. & Griesemer, J. R. (1989). Institutional ecology, 'translations' and boundary objects: Amateurs and professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39. *Social studies of science*, 19, 387-420.
- Weiss, C. H. (1979). The Many Meanings of Research Utilization. *Public Administration Review*, 39(5), 426-431.
- WHO European Centre for Health Policy. (1999). *Health Impact Assessment: main concepts and suggested approach. The Gothenburg Consensus paper*. Brussels : WHO Regional Office for Europe.
- Wilson, G. & Herndl, C. G. (2007). Boundary Objects as Rhetorical Exigence: Knowledge Mapping and Interdisciplinary Cooperation at the Los Alamos National Laboratory. *Journal of Business and Technical Communication*, 21, 129.