Fonds de recherche
Société et culture
Québec

Rapport de recherche

PROGRAMME ACTIONS CONCERTÉES

Quartiers en santé pour la prévention de l'obésité par la transformation des politiques municipales, le capital social et la participation citoyenne

Chercheur principal
Jacques Boucher, U. du Québec en Outaouais

Co-chercheur principal
Judith Lapierre, U. du Québec en Outaouais

Co-chercheur(s) universitaires
Francine Major et Assumpta Ndengeyingoma, U. du Québec en Outaouais

Co-chercheur(s) des milieux de pratique
Claudine Lalonde, Coopérative de développement régional Outaouais Laurentides
Hélène Sabourin, Coop santé de Cantley
Angèle Ménard, Coop santé de Thurso
Sabrina Hamilton, Fédération des coopératives du Nouveau Québec
Véronique Anne Pelletier, CHU Sainte-Justine
Amélie Bouchard et Émilie Vaissière, Régie de la santé et des services sociaux du Nunavik

Établissement gestionnaire de la subvention
U. du Québec en Outaouais

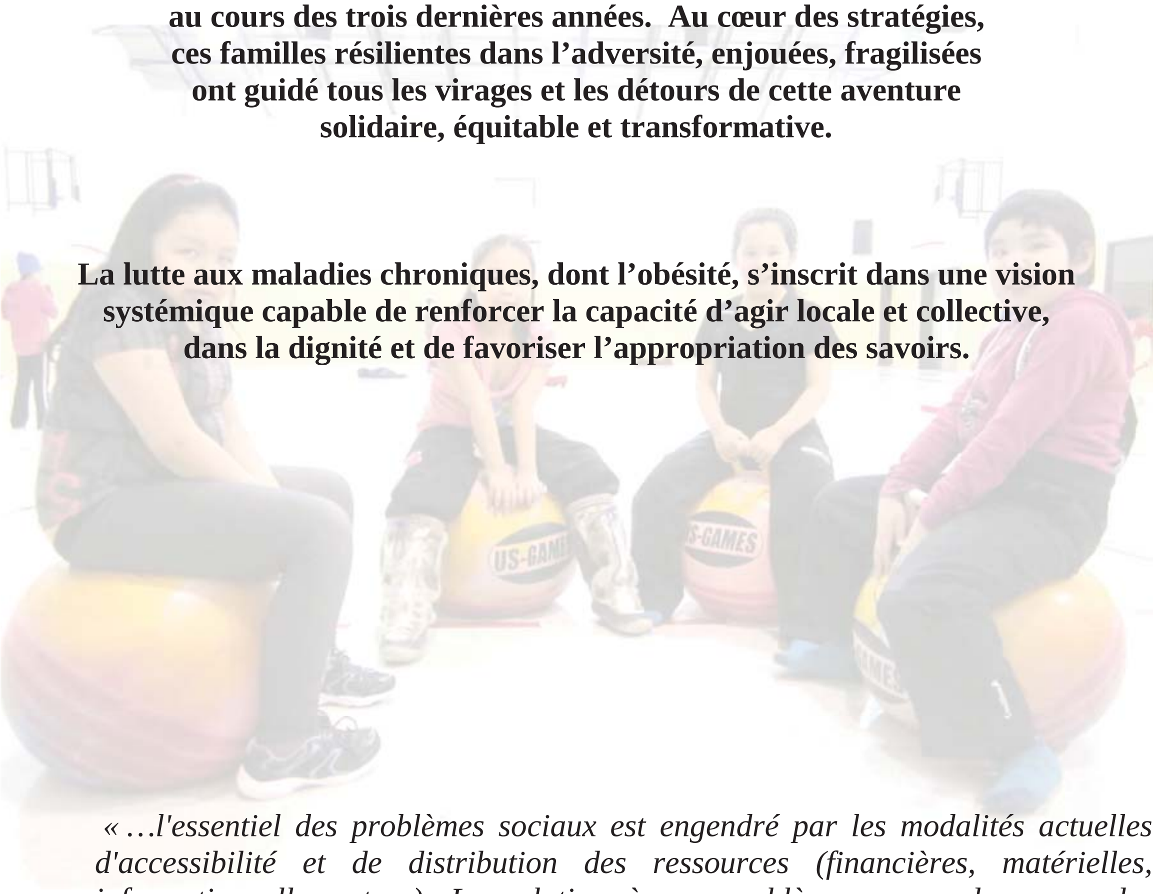
Numéro du projet de recherche
2010-PD-137224

Titre de l'Action concertée
Problèmes de poids et facteurs sociaux

Partenaire(s) de l'Action concertée
Le Ministère de la Santé et des Services sociaux, le Centre de recherche en prévention de l'obésité,
le Fonds de la recherche en santé du Québec
et le Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC)

Le Fonds s'engage à rendre public les Rapports de recherche produits dans le cadre des Actions concertées. Le contenu n'engage que ses auteurs.

Ce rapport est dédié à toutes les familles et aux enfants côtoyés,
avec qui nous avons cheminé, rêvé et élaboré des stratégies prometteuses,
au cours des trois dernières années. Au cœur des stratégies,
ces familles résilientes dans l'adversité, enjouées, fragilisées
ont guidé tous les virages et les détours de cette aventure
solidaire, équitable et transformative.



La lutte aux maladies chroniques, dont l'obésité, s'inscrit dans une vision
systémique capable de renforcer la capacité d'agir locale et collective,
dans la dignité et de favoriser l'appropriation des savoirs.

« …l'essentiel des problèmes sociaux est engendré par les modalités actuelles d'accessibilité et de distribution des ressources (financières, matérielles, informationnelles, etc.). La solution à ces problèmes passe donc par des changements structurels incontournables. Si ces changements dépassent largement le champ d'action des professionnels de l'aide, ils font tout de même partie intégrante de la finalité de leur mission. Il ne s'agit pas de se substituer aux acteurs politiques mais de ***participer activement à la « gestion de la cité ».*** *De ce point de vue, actuellement, la concentration exclusive des efforts des professionnels sur la capacité d'adaptation des personnes à leurs conditions de vie contribue directement au maintien de leurs difficultés. »*

Yann Le Bossé : L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir : une alternative crédible?

L'équipe souhaite remercier très chaleureusement tous les partenaires des milieux de pratique, collaborateurs nombreux et divers, étudiants et bénévoles, qui, au fil des années, ont contribué à la réflexion conscientisante et à l'action réflexive autour des grands enjeux de l'obésité et de ses déterminants individuels et sociaux. Chacun, a contribué à pousser la réflexion et l'action pour une auto-détermination plus juste et plus fidèle, localement. Merci aux professionnels qui ont contribué largement tout au long de l'étude à matérialiser et à concrétiser les stratégies, Lucille Théorêt, Ghyslaine Lévesque, Marc Aubé, les interprètes locaux, Guy Barabé (UQO), Murielle Séguin (UQO), Gerry Vaive de l'*Imprimerie du Progrès*, les représentants des municipalités impliquées, spécialement Hugo Blais, Maurice Boivin, Sylvie Goneau, Denise Laferrière et M. Galdino. Enfin, aux comités locaux des coopératives de santé, à François Léveillé, à Marie-Josée Marziliano, à Iza Godbout, à Amélie Bouchard, à Émilie Vaissière, à Marie-Josée Gauthier, nos sincères remerciements.

Sans les forces vives des milieux, ce projet n'aurait pu contribuer au développement des connaissances sur les approches de quartier ni aux progrès en matière de lutte à l'obésité. Merci à l'Agence de santé publique du Canada et aux membres de sa division de la santé des collectivités, à la Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité et à la Faculté des Sciences infirmières de l'Université Laval pour l'accueil du projet et l'investissement de temps facilité. Finalement, nous souhaitons exprimer notre sincère reconnaissance au Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture et ses partenaires pour son appui financier : les étincelles éveillées, les stratégies contextualisées et les mesures structurantes progressives ne sauraient perdurer sans cette confiance et ce soutien.

« Alors que les différences nous inquiètent, pourquoi ne pas les transformer en force pour nous mener plus loin dans nos échanges, le plus naturellement possible et partager notre authenticité en toute modestie !. »
Albert Jacquard : De l'angoisse à l'espoir

Co-chercheurs principaux

Lapierre, J.	Université du Québec en Outaouais (2010-2011) Université Laval (2012-2013)
Boucher, J.	Université du Québec en Outaouais

Collaborateurs universitaires

Francine Major	Université du Québec en Outaouais
Assumpta Ndengeyingoma	Université du Québec en Outaouais

Co chercheurs des milieux de pratique initiaux

Claudine Lalonde	Coopérative de développement régional Outaouais Laurentides
Hélène Sabourin	Coop Santé des Collines
Angèle Ménard	Coop santé de Thurso

Co chercheurs des milieux de pratique intégrés

Sabrina Hamilton	Fédération des coopératives du Nouveau Québec

Collaborateurs du milieu

Véronique Anne Pelletier	CHU Sainte-Justine
Amélie Bouchard	Régie de la santé et des services sociaux du Nunavik
Vaissière Émilie	Régie de la santé et des services sociaux du Nunavik

Organismes collaborateurs

Regroupement des OSBL d'habitation et d'hébergement-Outaouais
Coalition québécoise sur la problématique du poids (CQPS)
Carrefour Action Municipale et famille (CAMF)
Réseau québécois villes et villages en santé (RQVVS)
Québec en Forme
Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec (FCSDSQ)

Municipalités participantes

Ville de Gatineau	Urbanisme et habitation, Accès-Logis Québec
Ville de Thurso	Comité, Politique familiale et ville santé de Thurso
Ville de Cantley	
Villages du Nunavik	Quaqtaq, Umiujak, Salluit & Kujjuarapik

Établissement gestionnaire de la subvention

Université du Québec en Outaouais

Titre du projet

Quartiers en santé pour la prévention de l'obésité par la transformation des politiques municipales, le capital social et la participation citoyenne

Numéro du projet de recherche : 2010-AC-137224

Titre de l'action concertée

Recherche sur les facteurs sociaux, culturels et environnementaux pour prévenir l'apparition des problèmes de poids

Partenaire de l'action concertée

Fonds de recherche du Québec - Société et culture (FRQSC)
Le Fonds québécois de recherche en santé du Québec (FRSQ)
Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)Le Centre de recherche en prévention de l'obésité

Rapport intégral

Contexte- Problématique 4
Objectifs généraux 10
Fondements conceptuels 10
Milieux 11
Bilans 12
Types d'auditoires 12
Intervenants 12
Décideurs 16
Enjeux de planification d'initiatives ascendantes (locales) et de leurs effets 21
Enjeux ontologiques 21
Enjeux méthodologiques 23
Enjeux empiriques et évaluatifs 25
Retombées des savoirs validés dans l'action 28
Pour les partenaires co-chercheurs des milieux de pratique 28
Les Cercles Préventifs Hans Kai (urbain, rurbain, rural) 28
Le Parc à nous, le banc d'école aux parents! 30
Les ateliers Quartiers en santé 30
Coopératives en santé du Nunavik 30
Les Cercles Préventifs Nordiques 30
Les cuisines collectives santé nordiques par la cuisson avec mijoteuses 31
Les ateliers préventifs nordiques 31
Le marketing santé dans les coopératives de services alimentaires du Nunavik 32
Portail en promotion de la santé 32
Cybercentre d'éducation en promotion de la santé 32
Campagne jeunesse : Défis santé des jeunes inuits du Nunavik 33
Politique familiale intergénérationnelle Municipalité amie des aînés d'une ville santé 33
Le Mimosa du Quartier 34
Pratique de la promotion de la santé 34
Transfert et formation de praticiens et de promoteurs de la santé publique 35
Recherche en prévention et promotion 36

Politiques publiques locales 36
Spirale des processus et faits saillants : savoirs académiques, expérientiels et hybrides 37
Conclusion 37
Liste des productions........ 41
Références........ 48

Contexte- Problématique

L'obésité a atteint les proportions d'une épidémie mondiale selon l'OMS (2013) avec 2,8 millions de personnes au moins décédant chaque année du fait de leur surpoids ou de leur obésité. Selon, les plus récentes données en 2012, *18,4 % des Canadiens de 18 ans et plus, soit environ 4,7 millions d'adultes, ont déclaré avoir une taille et un poids qui les classaient dans la catégorie des personnes obèses. Le taux d'obésité chez les hommes est passé de 16,0 % en 2003 à 19,0 % en 2009, puis est demeuré stable de 2009 à 2012. Chez les femmes, le taux d'obésité est passé de 14,5 % en 2003 à 16,7 % en 2009, puis est demeuré stable jusqu'en 2011. En 2012, le taux d'obésité chez les femmes a augmenté à 18,0 %.* (Statistiques Canada, http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2012001/article/11712-fra.htm). En somme, le surpoids et l'obésité touchent 59,9% des hommes et 45% des femmes, dont les risques pour la santé sont importants. Dans notre protocole, nous faisions état qu'au palmarès des épidémies en croissance, les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux, les cancers et d'autres affections chroniques font des ravages. Quatre groupes de maladies chroniques entraînent plus de deux tiers des décès : les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète de type 2 et les maladies respiratoires (SRIPMVS, 2005). Précisément, selon Birmingham et coll. (1999), 50% des cas de diabète de type 2, 30% des cas d'hypertension et 25% des cancers de l'endomètre et des embolies pulmonaires au Canada seraient attribuables à l'obésité.

En 2011, selon l'OMS (http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/fr/index2.html), les maladies non transmissibles ont été responsables des deux tiers des décès dans le monde, contre 60% en 2000. Les études démontrent quels risques sont évitables : alimentation saine, pratique régulière de l'activité physique, élimination du tabagisme et gestion efficace du stress (Bar-Or, 2000). Or, il est reconnu qu'au-delà des choix personnels, certaines forces sociales soutiennent aussi l'épidémie d'obésité : croissance économique, modernisation, technologies des communications, urbanisation et mondialisation des marchés alimentaires. Au Canada en 2001, environ trois millions de canadiens souffraient d'obésité et 6 millions présentaient de l'embonpoint (Mongeau et al., 2005). Ce nombre représentait environ 15% de la population canadienne. C'est au Québec, selon les enquêtes de 2000-2001 et de 2003,

que l’obésité a augmenté de manière significative (Institut de la statistique du Québec, 2002). Plus de la moitié de la population adulte présente un excès de poids au Québec : 21,8% souffriraient d’obésité et 34,5% souffriraient d’excès de poids selon Bernard (2007). On rapporte maintenant que 24% des Québécois souffriraient d’obésité.

L’action simultanée et systémiques de divers facteurs environnementaux incluant des forces économiques, socioculturelles, politiques et liées aux environnements bâtis exacerbent soit l’un ou l’autre des éléments reliés à la régulation du poids. L’urgence d’agir tire sa prémisse dans le fait que l’accroissement de poids dans la population des jeunes Canadiens de 7 à 13 ans a quintuplé (Flynn, 2003). En fait, 26% des enfants et des adolescents canadiens étaient en surpoids ou obèses et 8% souffraient définitivement d’obésité selon les données analysées par Tjepkema et al. (2005). Selon les données recueillies sur la taille et le poids de 2007 à 2009, publiées dans le rapport Obésité au Canada (2011), on note maintenant que 8,6% des enfants et des jeunes de six à dix-sept ans sont obèses. Selon ces mêmes données, selon leur indice de masse corporelle (IMC) mesuré, 32 % des enfants et des jeunes Canadiens de 5 à 17 ans faisaient de l'embonpoint ou étaient obèses. Encore plus alarmant est l’indicateur potentiel de progression de l’épidémie dont les données datent de 2004 ; 30% des 12 à 19 ans seraient inactifs et passeraient entre 3 à 5 heures par jour devant la télévision sans compter les heures passées à naviguer ou à jouer sur le web (Canadian Population Health Initiative, 2004). Les résultats de Nolin et Hamel (2005) indiquent que l’adolescence est associée à une diminution importante du niveau d’activité physique. Précisément, 36% des filles et 24% des garçons n’atteindraient pas la moitié du niveau d’activité recommandé.

Or, à elle seule, l’inactivité physique coûte 2,1 milliards de dollars par an en coûts directs reliés aux soins de santé et le fardeau économique annuel est estimé à 5,3 milliards de dollars (Katzmarzyk et al., 2004). L’obésité, elle, coûte de plus en plus cher aux Canadiens. En 2008, elle aurait ainsi coûté 4,6 milliards $ à l'économie nationale, en hausse d'environ 20% depuis l'an 2000 (Ubelacker, 2013- La Presse canadienne). Les estimations s’élèvent à près de 7,1 milliards de dollars quand elles sont fondées sur les coûts associés aux 18 maladies chroniques liées à l’obésité.

Les écrits rapportent que la probabilité d'obésité à l'âge adulte chez les 6 ans et plus avec surplus de poids est entre 50% à 80% lorsqu'un des parents est obèse (Whitaker et al., 1997). Les trois facteurs de contribution les plus importants sont l'hypertension, le diabète de type 2 et les coronaropathies (Birmingham et al, 1999). En plus, l'obésité à 14 ans serait associée à une faible performance scolaire à 16 ans et à une faible scolarisation persistant jusqu'à l'âge de 31 ans (Laitinein et al., 2002). En plus des risques cliniques alarmants, l'obésité chez les jeunes a des conséquences néfastes sur des facteurs psychosociaux et sociaux: préjudices et stigmatisation, spécificités reliées au genre, troubles de l'alimentation et préoccupations nutritionnelles reliées à l'usage du tabac comme stratégie de maintien d'un poids sain et éducation. Il y a donc lieu de croire à une santé publique émergente, alliant des approches sociales incluant les réseaux familiaux et communautaires (Tountas, 2009), municipaux (Veitch et al., 2007), environnementaux (Neiger et al., 2008) et institutionnels favorisant le développement d'actions concertées solidement ancrées aux forces des collectivités locales participatives, ce que propose cette étude. L'obésité infantile n'est plus considérée aujourd'hui comme une stricte question génétique. La compréhension des facteurs en cause fait en sorte qu'aujourd'hui, les facteurs externes l'emportent largement (Wong et al., 2009), d'où la nécessité d'intervenir auprès de ces facteurs environnementaux, sociaux et culturels. Avargues (2005) prétend que la démocratisation de la santé par la participation citoyenne serait prometteuse pour soutenir les politiques visant la réduction des inégalités de santé. Pour l'OMS (2010), promouvoir des partenariats pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles, promouvoir la recherche pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles et promouvoir des interventions destinées à réduire les principaux facteurs de risque communs modifiables comptent parmi les six objectifs du Plan d'action 2008-2013 de la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles. Au Canada (Agence de santé publique du Canada & Institut canadien d'information sur la santé, 2011), les stratégies permettant de lutter contre l'obésité et les milieux favorisant l'obésité sont divisées en trois catégories principales : les services de santé et les interventions cliniques ciblant les individus; les interventions en milieu communautaire qui influent directement sur les comportements de l'individu et du groupe; les politiques publiques ciblant les grands déterminants sociaux et environnementaux. Au Québec, le Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012

couvrait cinq axes d'intervention (alimentation, mode de vie physiquement actif, normes sociales, services aux personnes aux prises avec des problèmes reliés au poids et recherche) et 75 actions.

Cette étude a été élaborée et co-construite en cohérence avec ces diverses perspectives politiques. De plus, rarement en promotion de la santé, nous sommes-nous intéressés au développement, à la mise en œuvre et à la mesure d'innovations pour des modes de vie collectifs sains, tel qu'initiés par des acteurs sociaux et des citoyens. Notre étude cible les trois premiers axes de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : élaborer des politiques publiques saines, créer des milieux favorables à la santé et renforcer l'action communautaire.

Nous nous intéressons aux processus qui favorisent la mise en œuvre d'interventions multiples de quartier. Plusieurs constats, que nous pouvons dégager de la synthèse de recherche de Bernard (2007) sur l'obésité et ses déterminants sociaux et environnementaux, nous a amené à cette prise de position. Or, bien que les habitudes alimentaires, la sédentarité et l'activité physique soient des facteurs déterminants par rapport à l'obésité, l'environnement physique et social immédiat compte de plus en plus dans la balance pour un mode de vie actif. Il semble que certains quartiers exercent une influence plus ou moins grande sur le poids de ses habitants. Or, très peu de données existent actuellement dans les écrits sur les interventions multiples de quartiers (Ohmer, 2008). Pourtant, le quartier dans le contexte politique actuel des municipalités offre des leviers inégalés, que ce soit en termes de proximité favorisée, d'accessibilité accrue, d'influence du réseautage, de liens de confiance et de pouvoir de mobilisation. Les résultats de l'étude de Choy et al. (2008) démontrent de plus que la réalisation de protocoles d'entente dans les collectivités entre des organisations pour la promotion de la santé et les écoles, par exemple, favorise l'augmentation de l'activité physique. L'offre d'activités doit être gratuite, offerte dans une perspective récréative structurée et correspondre aux 24 recommandations pour la prévention de l'obésité (Kettel Khan et al., 2009). On estime que les résultats entraînent une hausse de 25% des personnes qui pratiquent l'activité physique au moins trois fois par semaine (CDC, 2005). En regard de la saine alimentation, les résultats de l'étude de Haerens et al. (2008) démontrent clairement l'influence des facteurs socioenvironnementaux et institutionnels ainsi que les

barrières de l'environnement à la saine alimentation chez les jeunes de 2 à 8 ans. Le programme ayant émergé de l'analyse des facteurs, IDEFICS et ayant été testé dans huit pays confirme la place de plus en plus grande qu'occupe l'environnement obésogène dans la propagation de l'épidémie.

Or, les théories les plus récentes sur l'environnement social obésogène depuis les travaux pionniers de Christakis et al., (2007) démontrent déjà des associations inverses statistiquement significatives entre le capital social et l'indice de masse corporelle et le poids (Moore et al., 2009; Koehly et al., 2009). Le capital social semble agir comme facteur de protection par la diffusion de normes et l'adoption de certains comportements contre l'obésité (Holtgrave et al., 2006), mais les mécanismes d'action restent à identifier ainsi que l'opérationnalisation de la mesure des concepts reliés aux approches plus relationnelles dans la lutte contre l'obésité. Notre étude s'inscrit dans ce courant théorique et pratique de pointe en documentant les influences des processus relationnels sur la création d'environnements favorables aux saines habitudes de vie. Ainsi, des connaissances émergeront pour une meilleure compréhension de certains aspects des secteurs des environnements bâtis et socioculturels de la toile causale des problèmes reliés au poids. L'approche des réseaux sociaux pour contrer l'obésité est récente. Elle s'explique principalement par l'observation que la perte de cohésion sociale des milieux constitue l'un des facteurs contribuant à l'augmentation des comportements de santé à risque et ce, particulièrement chez les jeunes par la perte de capital social individuel. Dans une perspective de quartier, le capital social collectif, comme stratégie pour contrer la perte de cohésion sociale correspondrait à la somme des capitaux individuels (Poortinga, 2005) et faciliterait l'exploration des milieux culturels et psychosociaux d'une collectivité. Les modèles écologiques de promotion de la santé proposent que les comportements sains sont influencés par des facteurs environnementaux, intrapersonnels, socioculturels et physiques. Or, parmi les facteurs environnementaux, l'accessibilité et la qualité des environnements physiques sont jugés prioritaires. L'étude de Veitch et al. (1997) met l'emphase sur la nécessité de développer des environnements favorisant le développement d'activités structurées (sport dans la municipalité et à l'école) et d'activités non structurées (pistes cyclables, sentiers, parcs). Sur la base d'une méthodologie de mapping impliquant 212 enfants de milieux urbains et semi urbains, les auteurs sont arrivés à démontrer que les endroits privilégiés par les

enfants sont la cour reliée à la résidence, les espaces publics locaux et les cours des amis et de la famille. La distance, la capacité de se mouvoir de façon indépendante sans un accompagnement des parents et la qualité des endroits (attrait et sécurité) sont des facteurs de prédiction de fréquentation. Or, encore une fois, les enfants de milieux plus défavorisés fréquentaient moins les espaces publics que les autres. De plus, les conclusions de Sallis et al. (2002) le confirme, ce sont les temps libres des enfants consacrés à des jeux actifs à l'extérieur qui optimisent les retombées des activités physiques. Les écrits (Gordon-Larsen et al. 2000) démontrent de plus que ce sont les plus jeunes qui sont les plus actifs alors que les plus vieux, pré-ados et adolescents, deviennent moins actifs en raison des activités sédentaires croissantes. On remarque aussi que ce sont les filles et les jeunes de milieux socioéconomiquement défavorisés qui sont les moins actifs. En plus des environnements favorables à l'activité physique non structurées pour les enfants, les études démontrent l'importance de l'implication parentale dans les habitudes des enfants et les changements d'habitudes (Wind et al., 2007).

Parmi les 10 études de cas de Mercier et Bourque (2009) sur la participation citoyenne et le développement communautaire, un seul cas s'apparente à la structure de notre projet, pour la santé. Instance de concertation locale rassemblant acteurs du milieu, organismes communautaires, institutions publiques et gens d'affaires du quartier, Vivre Saint-Michel en santé (VSMS) constitue un modèle de concertation intersectorielle et multi niveaux. Depuis 1991, des projets concrets pour le développement social, environnemental, économique et culturel ont vu le jour. Récemment des efforts concentrés à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale ont été consentis. Des projets par micro-quartiers ou voisinage ont permis de mieux rejoindre les citoyens. Les stratégies de mobilisation les plus prometteuses se sont avérées le démarchage porte à porte, les rencontres en lieux naturels comme les parcs et les commerces, les cafés-rencontre, les fêtes de quartier et la création de comités de citoyens. Par contre, l'analyse globale des efforts de démocratisation nous donnent de nombreux éclairages sur l'approfondissement du concept de participation citoyenne pour la santé. Les auteurs notent la présence de divers niveaux de participation, où des initiatives naviguent entre l'information, la consultation et la conciliation et parfois atteignent le niveau de partenariat. Les résultats démontrent que la participation citoyenne peut influencer la

transparence dans la gouvernance locale, a la capacité d'influencer les décisions et peut aussi favoriser les aménagements du territoire en faveur des besoins de la population et des enjeux de développement durable. On a remarqué, dans l'étude, que ce sont davantage les citoyens déjà regroupés ou mobilisés par les organismes initiateurs des expériences qui sont le plus facilement rejoints. Les autres citoyens, non regroupés ou organisés, sont difficilement rejoints. Or, les regroupements peuvent servir de leviers mais une approche inclusive doit être développée pour une meilleure couverture citoyenne. L'accompagnement des citoyens demeure un élément clé du succès de la participation des citoyens dans les projets selon ces mêmes auteurs. Notre étude se distingue de VSMS par une approche des déterminants de la santé pour la prévention de l'obésité spécifiquement.

Objectifs généraux

La recherche-action proposée s'inscrit dans une vision de santé globale (Aronson et al., 2007) où les politiques, les environnements physiques et les réseaux sociaux créent une synergie pour contrer l'épidémie d'obésité. Elle vise deux objectifs généraux, soit 1) de contribuer au développement de connaissances sur les approches relationnelles de la toile causale des problèmes reliés au poids et 2) d'explorer et d'évaluer des initiatives émergentes de modes de vie collectifs sains chez des jeunes et leurs familles, issues de processus de participation citoyenne de quartiers. Globalement, l'étude renforce les mécanismes de liaison, de concertation et de transferts dans la collectivité par l'action intersectorielle (Runyan et al., 1998). Compte tenu de la perspective adoptée, l'émergence des coopératives de santé au Québec (Girard, 2006), comme véhicule prometteur de promotion et de prévention, constitue un lieu privilégiée d'étude de ces phénomènes uniques (Godbout, 2009; Leblanc, 2009). Le mouvement de démocratisation de la santé mérite que l'on s'y attarde, puisque la création de gains en santé ne passe plus seulement par l'offre de services mais bien par l'autonomisation des familles en regard de choix de santé facilités par des environnements de moins en moins obésogènes.

Fondements conceptuels

L'approche privilégiée ici est fondamentalement écologique tant dans la conception des origines du problème de l'obésité grandissante que dans les stratégies qui ont émergé. Les initiatives ont trouvé leur inspiration dans les pratiques factuelles et probantes des

lignes directrices canadiennes sur la prise en charge et la prévention de l'obésité au Canada (Lau et al., 2007) et des 24 stratégies communautaires pour contrer l'obésité proposées par Kettel Khan et al. (2009). Les objectifs et les questions de cette recherche sont ancrés au cadre en faveur des modes de vies sains (Secrétariat du Réseau intersectoriel de promotion des modes de vie sains- SRIPMVS, 2005). L'intégration, le partenariat et le partage des responsabilités et les meilleures pratiques sont des principes directeurs constituant des attributs référentiels de notre vision partagée de la problématique. Autour des orientations stratégiques telles que du développement de politiques à leur traduction locale, de l'éducation aux transferts de connaissances, de l'accessibilité des services dans les quartiers au développement communautaire ainsi qu'à l'information publique médiatique, ces actions globales et coordonnées s'imbriquent au sein de l'approche écologique populationnelle.

Milieux

Région éloignée des grands centres urbains, la région 07 ciblée ne faisait l'objet d'aucune étude subventionnée en promotion de la santé par la participation citoyenne. Elle comprend une population sur un large territoire traversé par des différences territoriales (urbain, rural, semi urbain); elle présente un profil de santé peu enviable à l'échelle de la province en matière de comportements de santé (tabac, inactivité), d'habitudes de vie et de morbidité élevée (obésité, maladies cardiovasculaires et diabète) et elle comprend des concentrations de pauvreté inégalée dans certains secteurs ciblés. Les participants à l'étude comprennent différents acteurs permettant de répondre aux questions de recherche dont les maires, les mairies et les comités de santé, les groupes de citoyens, les membres d'organismes communautaires des quartiers, les jeunes de 9 à 16 ans, les parents de ces jeunes, les comités de santé des coopératives de santé et les acteurs décisionnels des coopératives. Les cas étudiés comprennent des municipalités, des quartiers et des coopératives de solidarité en santé. Des quartiers avec des initiatives de participation citoyenne pour la promotion de la santé pour maximiser l'effet de levier du projet, des quartiers avec concentration de pauvreté pour cibler les inégalités reliées aux facteurs socioéconomiques et des quartiers avec des politiques municipales sociales et de santé novatrices et récentes (moins de 5 ans) ont été ciblés. De plus, nos critères incluaient l'urbanité, la ruralité, la rurbanité et finalement, l'éloignement.

Bilans

Types d'auditoires

Différents types d'auditoires sont interpellés par cette étude intersectorielle et multidisciplinaire. Il y a, d'une part, les intervenants en santé communautaire de toutes les disciplines de la santé, qui interviennent à proximité, près des citoyens : infirmières de santé communautaire, de santé publique, organisateurs communautaires, nutritionnistes, kinésiologues et travailleurs sociaux. Ils composent de plus plusieurs des équipes en saines habitudes de vie des Centres de santé et de services sociaux. À l'échelle locale, des acteurs d'économie sociale, des organismes à but non lucratif ainsi que des coopératives de santé se sont retrouvés au cœur même des actions issues de la recherche action participative, de ses retombées principales et y poursuivront des pistes de mobilisations collectives prometteuses. D'autre part, nous identifions le ministère de la Santé et des Services sociaux avec certains membres signataires du Plan d'action gouvernemental pour les saines habitudes de vie (2006-2012), dont le ministère de la Famille et les organismes communautaires Famille, le ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du Territoire (MAMROT), le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale et l'Institut national de santé publique, plus précisément les secteurs des habitudes de vie et des maladies chroniques, et spéciquement l'équipe 2012-2015 de la recherche et du développement sur l'approche Villes et villages en santé, d'impact des politiques publiques et finalement de la santé des autochtones. Entre les deux, se situent les paliers régionaux, soit les tables intersectorielles en saines habitudes de vie et les gouvernements locaux, qui agissent de plus en plus dans les sphères de la santé, soit directement ou indirectement. Nous les incluons dans le groupe des décideurs. Nous présentons ici quelques constats globaux portant sur notre centre d'intérêt : le développement d'innovations et de divers types de participation citoyenne, la vitalité des quartiers et les défis du regard évaluatif. Ils touchent simultanément, à différents égards, nos trois auditoires types : intervenants en santé publique de toutes les disciplines appliquées et les décideurs des divers paliers gouvernementaux.

Intervenants

Les résultats de processus et les retombés de cette recherche action participative dans 4 milieux frappés par des inégalités de santé différenciées, autant dans les causes que dans l'expression de ces iniquités, suggèrent divers bilans. Le premier se trouve en lien avec la

participation citoyenne pour la santé, spécifiquement en promotion de la santé. La participation citoyenne est généralement reconnue comme étant l'action de prendre part aux décisions collectives au sein du gouvernement d'une institution publique ou d'un organisme de la société civile facilitant une interaction permanente (MSSS, 2006) entre des instances décisionnelles et des acteurs. Progressivement, notre étude a vu s'inscrire une vision spécifique de la participation citoyenne pour la santé comme étant une action de prendre part aux décisions collectives au sein d'un milieu, d'un groupe, d'une collectivité en vue d'améliorer l'état de santé d'une communauté urbaine, rurale ou éloignée, de réduire les inégalités de santé et d'augmenter le pouvoir d'agir individuel et collectif en promotion de la santé par l'intersectorialité, la littératie en santé, la transdisciplinarité et l'action sur les déterminants sociaux. Les résultats indiquent que ces moyens sont prometteurs pour engager des actions qui peuvent mener vers des changements durables. Le second porte sur la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé qui célébrait ses 25 années de création au cours de la période de l'étude. Les actions proposées par la Charte sont des piliers à revisiter dans une conceptualisation convergente, i.e. qui mobilisent l'ensemble des actions simultanément. Nos résultats constituent un plaidoyer pour l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé, spécifiquement l'intégration de la santé dans toutes les politiques ou l'approche « *Health in All Policy (HiAP)* » de l' Organisation mondiale pour la santé à tous les paliers gouvernementaux et donc d'élargir la portée de l'article 54 de la loi sur la santé publique du Québec, pour le renforcement de l'action communautaire, la création d'environnements favorables, le développement d'aptitudes individuelles et finalement pour la réorientation vers la promotion, le prévention et l'action communautaire. Ce type de vision et de pratiques professionnelles exige un haut niveau d'engagement envers une pratique réflexive, humaniste, habilitatrice et critique où les individus et les groupes constituent les experts de leurs expériences de santé et d'actions citoyennes et auprès desquels il s'agit de bâtir une entreprise collective commune. Levier inégalé d'innovations où le clinicien, comme courtier de connaissances, alimente et anime l'émergence de pistes de solutions et de diverses participations citoyennes pour la santé. La promotion de la santé exige du temps, en vue de favoriser la connaissance du milieu, l'apprivoisement mutuel, la consolidation, la co-construction, l'adoption d'un mode de dialogue constructif et réciproquement enrichissant pour générer des solutions contextualisées. La professionnalisation des pratiques demeure une barrière par rapport aux rencontres des

groupes et des collectivités, qui sont, elles, les réelles porteuses de gains pour la santé. Un troisième élément du bilan empirique qui émerge fait appel aux conditions nécessaires à l'innovation. Dix caractéristiques des Interventions, des Politiques, des Stratégies, des Approches, des Programmes et des Equipes de recherche (IPSAPE) en action, dans les milieux fragilisés que ce soit économiquement, culturellement ou géographiquement explorés par cette étude, semblent fondamentales : l'ancrage au terrain, l'engagement dans la durée, l'application des principes de développement communautaires, une ouverture à des partenariats à prime abord éloignés du mandat principal, la prise de décision informée par des données et des résultats probants, une planification rigoureuse fondée sur l'intervention *mapping*, le contrôle et le pouvoir d'influence et d'agir aux citoyens, la liberté d'adapter localement et d'enrichir selon les forces du milieu, la puissance du réseautage local et finalement, l'évaluation continue de la pertinence, de la faisabilité et des effets perçus, observés et mesurés. La participation citoyenne pour la santé peut être mobilisée, soutenue, engendrée et elle peut entraîner des retombées inattendues en dehors des attentes et des cadres prescrits. L'étincelle ainsi allumée peut être source d'innovations pour la promotion d'environnements favorables et de saines habitudes de vie dans les milieux.

Finalement, depuis le PNSP (2003-2012), on parle plus activement, mais encore trop peu dans certaines régions, dont celles à l'étude, des pratiques cliniques préventives (PCP) qui sont un ensemble d'interventions réalisées par un professionnel de la santé et qui visent à promouvoir la santé et prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux. L'axe plus clinique de notre étude touche principalement le counseling défini par le PNSP par le fait de donner conseil et assistance à des individus aux prises avec des problèmes éducatifs ou personnels et le dépistage opportuniste, permettant de détecter précocement des maladies silencieuses ou des facteurs de risque chez des individus asymptomatiques. L'Agence de la santé et des services sociaux impliquée dans le projet à titre de co-chercheure a fait le choix d'intervenir du côté des environnements favorables en 2011, au moment du déploiement de nos actions avec nos concertations, et de ne pas investir dans l'objectif du renforcement du potentiel des personnes ni dans le soutien aux groupes vulnérables, ce qui aurait pu engendrer une action complémentaire porteuse. On peut se questionner sur le fait que ce n'est qu'en 2013 que les offres de formation sur les environnements favorables atteignent leur paroxisme

sur le territoire québécois, au détriment d'approches interventionnelles de proximité, par les équipes en saines habitudes de vie sur des objectifs du PNSP comme le renforcement du potentiel des personnes et le soutien aux groupes vulnérables ou que les pratiques cliniques préventives soient proposées plus formellement qu'à la fin du présent plan. La mission d'étude au Japon en 2010 auprès de citoyens qui prennent leur santé en main dans un modèle préventif centenaire japonais est assez concluante : le pouvoir d'agir renforcé par une participation citoyenne pour la santé contribue au développement de communautés en santé. Un des problèmes semble résider dans la conceptualisation ontologique de la notion des pratiques cliniques préventives sur le thème de promouvoir la santé : elles sont perçues comme une intervention brève de conseils préventifs ayant peu de liens avec une perspective réelle de promotion de la santé. Il existe une dualité conceptuelle qui se manifeste clairement dans l'exercice de la pratique de la santé publique québécoise, en promotion de la santé. Notre étude nous rappelle l'importance de saisir les enjeux stratégiques, pratiques et empiriques de l'approche intégrée de promotion de la santé mobilisatrice de savoirs et de pratiques dans l'ensemble des secteurs proposés de la Charte. Les objectifs nationaux en matière de prévention de l'obésité et des questions liées au poids pourraient être envisagés aussi sous le regard de la promotion des pratiques cliniques préventives spécifiques en promotion de la santé incluant les saines habitudes de vie (actuellement deux mesures sur sept en habitudes de vie et maladies chroniques y sont consacrées) et les environnements favorables qu'ils soient économiques, politiques, sociaux ou encore liés au milieu bâti ainsi que l'équité et les déterminants sociaux. Pour agir en cohérence avec la perspective québécoise du modèle de lutte à l'obésité, il est nécessaire d'exploiter aussi les pratiques intersectorielles, de mobilisation, d'action politique des intervenants et d'accompagnement des groupes de pairs. Le modèle québécois de lutte à l'obésité se positionne assez bien à l'échelle mondiale en matière de vision environnementale et sociétale. Foncièrement intersectoriel, multicausal et multi niveau, il répond théoriquement aux enjeux. Les défis demeurent dans l'opérationnalisation et les moyens mis en place. Le concept des pratiques cliniques préventives doit s'adapter aux problématiques ciblées et s'arrimer aux mesures prometteuses fondées sur les données et les résultats probants et ne pas miser exclusivement sur les pratiques préventives médicales mais bien exploiter les pratiques préventives de l'ensemble des professionnels de la santé et sociaux qui interviennent sur la problématique du poids chez les jeunes.

L’intervention brève ciblée doit s’inscrire dans une approche intégratrice plus large et à long terme. Une tendance de plus en plus claire se dessine sur le plan politique et mise sur l’action communautaire et les acteurs d’économie sociale pour assurer une part de plus en plus grande de soins et services destinés aux individus et aux groupes. Nos résultats soutiennent la valeur des approches par les pairs et l’habilitation collective. Le succès des approches par les pairs et des groupes d’entraide pour répondre à des problématiques bien spécifiques en réadaptation et soutien est bien connu. Or, le soutien au développement de pratiques préventives naturelles l’est moins. Notre étude contribue à faire valoir ces pratiques par la multiplication d’agents promoteurs de santé soutenus et accompagnés par des professionnels.

Décideurs

Trois constats émergent des résultats de l’objectif de vitalité des quartiers de l’étude. En lien avec l’expérience terrain et les résultats de l’étude, nous avons observé une mobilisation importante d’une diversité d’acteurs rassemblés autour d’enjeux de prévention et de promotion des saines habitudes de vie. En dehors des regroupements formels du bailleur de fonds et agent de mobilisation Québec en Forme, il existe d’autres regroupements locaux, ancrés au territoire, vitalisés par des acteurs d’économie sociale et favorisés par les municipalités. Comme premier constat, nous relevons la méconnaissance du réseau de la santé publique quant au modèle québécois des coopératives de santé au Québec comme levier majeur et vecteur de transformation des milieux. Depuis près de 20 ans, le Québec connait une croissance des entreprises collectives en santé. Alors qu’on croyait à un phénomène isolé, le modèle s’est imposé progressivement pour atteindre aujourd’hui une couverture territoriale importante avec un peu plus de 40 coopératives de santé sur tout le territoire québécois y compris dans la région à l’étude en milieu urbain et des coopératives plutôt de services et d’alimentation, au cœur de la vie des villages inuits au Nunavik, ayant participé à l’étude. La coopérative de santé est définie par la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé comme « une entreprise collective qui produit des services pour promouvoir, maintenir et améliorer l’état de santé et les conditions de vie des communautés tout en impliquant ses membres à l’organisation des services sur une base décisionnelle. Ces derniers définissent et gèrent les services et les investissements de la coopérative en fonction de leurs besoins. Cette gestion démocratique assure l’arrimage entre les besoins

locaux et les services offerts ». On constate que persistent une méconnaissance certaine du modèle d'organisation des services en question, une méfiance ainsi qu'une certaine exclusion de cet acteur assez central dans certaines zones, comme celles à l'étude. Formellement, nous ne retrouvons, ni dans le Plan d'action gouvernemental pour les saines habitudes de vie et le poids (2006-2012), ni dans le plan national de santé publique, (2003-2012, mise à jour 2008), ni dans le document phare québécois pour le développement des pratiques cliniques préventives produit par l'INSPQ (2007) ou encore dans les documents des partenaires de notre étude (Direction de la santé publique de l'Outaouais, *Contribuer à la santé et au bien-être de la population outaouaise par le recours aux pratiques cliniques préventives*, 2012; PAR, 2009; Régie de la santé et des services sociaux du Nunavik, 2012), de mention ou d'allusion à l'alternative coopérative. On note cependant, au Nunavik, une référence au terme magasin, ce qui comprend, au Nord, la formule coopérative, l'un des modèles d'affaires présent dans les 14 villages. Or, le positionnement associatif sur la place des coopératives de santé au sein du réseau local de services (2010) de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux est clair. Deux principes du positionnement nous interpellent soit la reconnaissance des COOP de santé à titre de partenaires du réseau local et une offre de services complémentaires. Dans cette perspective, l'AQESSS reconnaît que les coopératives de santé sont des acteurs et des partenaires du réseau local et qu'elles constituent un instrument propice au développement des communautés, ce qui s'inscrit dans l'esprit de la responsabilité populationnelle. Dans cette perspective et considérant quatre des huit valeurs fondamentales de la santé publique telles la diversité, l'autodétermination, l'habilitation, la participation communautaire, on ne peut que se pencher à l'avenir sur l'apport des entreprises collectives aux objectifs de santé populationnelle. Ignorer cet acteur, serait se priver d'une énergie mobilisatrice et structurante, permettant d'utiliser des mécanismes novateurs et de renforcer le réseautage actuel en matière de saines habitudes de vie, de réduction des inégalités de santé et de promotion des environnements favorables. Contribuer au renouvellement des relations entre l'État et les communautés implique d'engager un dialogue constructif avec des partenaires du milieu, comme les coopératives de santé, et de construire conjointement des ententes de services. Dans notre étude, ces partenaires ont fait preuve d'engagement à long terme, d'innovations, d'adaptations aux réalités et contraintes d'une étude scientifique, d'une proximité signifiante auprès des citoyens et

d'actions soutenues avec peu de moyens, si l'on compare aux regroupements locaux de partenaires de Québec en Forme, qui bénéficient d'enveloppes budgétaires significatives. Les écrits en organisation des services attribuent de façon assez consensuelle trois fonctions spécifiques de la participation des citoyens: information, conciliation et appropriation, ce que notre étude corrobore en plus d'ajouter les fonctions de transformation et de contribution à la cohérence systémique des pratiques préventives de notre système.

Le second constat traite de la pièce maîtresse que joue le secteur local dans l'atteinte d'objectifs de santé. D'autres États l'ont déjà expérimenté et ont doté les gouvernements locaux de mandats de santé que ce soit en Australie ou encore en Suède, où le modèle a fait ses preuve depuis plus de 30 ans avec des résultats impressionnants en santé préventive, ou au Danemark, encore plus récemment. Les résultats de notre sondage indiquent une vision positive, proactive et d'empressement à appuyer, d'une part, un rôle de santé populationnelle locale et, d'autre part, à diriger des projets intégrateurs ciblant une diversité de déterminants sociaux associés directement ou indirectement à la santé. Les résultats de nos expériences de terrain, dans l'accompagnement sur plus de 3 ans, de groupes locaux liés de près aux fonctions municipales dont l'un rural et l'autre urbain, indiquent aussi un sentiment de difficulté à se positionner par rapport aux diverses options d'action communautaire liée de près à la santé ou à la qualité de vie qui sont proposées aux acteurs locaux. L'origine de ce nouvel enjeu semble relié au travail en silo de divers ministères qui mènent à des actions croisées sur le terrain auprès de mêmes acteurs. Concrètement, sur le terrain, les actions du Réseau québécois de villes et villages en santé (RQVVS) et du Carrefour action municipale et famille se sont croisées intentionnellement pour répondre aux objectifs de notre étude. Nous avons travaillé en partenariat simultanément avec ces deux acteurs auprès d'une municipalité pour optimiser les retombées et valoriser les actions et les valeurs transversales. Cependant, les regroupements locaux de Québec-en-Forme avaient adopté comme position de ne pas soutenir les objectifs de l'étude en cours d'implantation et de mise en œuvre, mais, dans l'expérience de transfert, ils sont devenus collaborateurs pour une utilisation optimale des outils sur certains territoires, en dehors de la région urbaine, à l'étude. Nous remarquons que l'arrivée de Québec en Forme et des fonds associés à la promotion des saines habitudes de vie auprès des

acteurs locaux et provinciaux discutés auparavant ont amené, plusieurs d'entre eux, à réorienter leurs activités. Ayant comme mandat principal la promotion et le soutien de développement durable de milieux de vie sains, l'acteur RQVVS, au moment de l'étude en 2010 se voyait mal agir comme promoteur des saines habitudes de vie au sein d'un plan d'action municipale conjoint avec la ville. Or, depuis, un dossier « saines habitudes de vie » s'est ajouté aux activités du réseau. Le Carrefour action municipale et famille s'est aussi doté d'une chargée de projet en saines habitudes de vie. Dans les municipalités, les plans d'action de diverses politiques tendent à s'orienter de plus en plus vers un intéressement et un investissement santé, où le terme qualité de vie résonne davantage dans ce type d'approche citoyenne locale. La politique familiale québécoise est une avenue largement reconnue lors de notre sondage auprès des élus et des fonctionnaires comme permettant d'embrasser des objectifs de qualité de vie et de santé au sein des politiques familiales, sans pour autant s'affirmer avec un mandat plus clair en matière de santé. Certaines municipalités ont osé prendre le chemin d'une orientation politique précise en prévention ou promotion de la santé mais elles font exception. Notre expérience sur le terrain et les résultats de sondage confirment qu'il existe une compréhension de plus en plus transversale à l'échelle locale, à l'effet que les citoyens en santé peuvent exercer un pouvoir d'agir, contribuer à la cohésion sociale et même à l'économie, d'où une contribution sociale significative à agir sur les déterminants sociaux, sur la santé et envers des objectifs de développement global. Ce constat est cohérent avec les grandes tendances internationales en matière de prévention et de maîtrise des maladies non transmissibles depuis l'engagement historique des Nations Unies en 2011 et la déclaration politique de Rio (2011) sur les déterminants sociaux. « *L'équité en santé est une responsabilité partagée qui exige l'engagement de tous les secteurs des pouvoirs publics, de toutes les couches de la société et de tous les membres de la communauté internationale pour une action mondiale de « tous pour l'équité » et en faveur de la « santé pour tous* ». Bien que la volonté à cet égard soit acquise, les milieux n'ont pas nécessairement les ressources ni les outils pour agir dans un plan d'action coordonné et une approche systémique efficace. Il faut mettre en place une structure d'analyse comme les études d'impact sur la santé promues par l'INSPQ ou les analyses sous l'angle de la santé de l'OMS (« *health lens analysis* »), beaucoup plus souples, faciles à gérer et adaptées au milieu municipal. Les résultats corroborent l'effet convergent d'une telle pratique d'analyse sous l'angle de la santé pour les milieux

municipaux. Les équipes en saines habitudes de vie pourraient très bien appuyer les milieux locaux en ce sens. Finalement, notre étude met en lumière les dynamiques de coexistence entre les approches descendantes ou *top-down* et ascendantes ou *bottom-up* et fait état de plusieurs groupes d'intérêt luttant pour une reconnaissance d'un rôle spécifique en matière de saines habitudes de vie et environnements favorables ainsi que des enveloppes budgétaires limitées qui, à brève échéance, ne seront plus disponibles (Le fonds Québec en Forme venant à terme dans les prochaines années). Un défi, que l'on peut entrevoir et qui pourrait rapidement se transformer en danger, concerne l'appui maintenu et implicite de l'État à une certaine forme de concurrence nuisible. L'avenir est à la mobilisation certaine mais davantage à la mise en place de mesures structurantes permanentes de concertation menant à des actions cohérentes, convergentes et complémentaires à tous les paliers de décision. Selon Sabatier, il pourrait s'opérer un mode de changement par apprentissage facilité par le changement politique, le retournement important de conjonctures économiques, des avancées de connaissances scientifiques. Malgré le contexte politique entourant la fin du plan d'action gouvernemental pour les saines habitudes de vie et les préoccupations associées, ainsi que la fin des fonds associés à Québec en Forme, on ne peut qu'anticiper que le levier significatif observé au cours des trois dernières années en matière d'expérience québécoise en saines habitudes de vie et prévention des problèmes reliés au poids mènera à une transformation des approches vers une optimisation du dialogue intersectoriel, des actions pangouvernementales et le développement d'approches pansociales de la santé, i.e. inclusive et partagée par un ensemble d'acteurs gouvernementaux, non gouvernementaux et privés. Une voie à privilégier consiste à rehausser les compétences des praticiens de la santé publique qui demeurent les acteurs clés de la nécessaire mobilisation en s'attardant à la maitrise des 36 compétences essentielles, regroupées en 7 catégories par l'Agence de santé publique du Canada (soit les sciences de la santé publique ; l'évaluation et l'analyse ; la planification, mise en œuvre et évaluation de politiques et de programmes ; les partenariats, les collaborations et la promotion ; la diversité et l'inclusion ; la communication ; le leadership). Accorder la priorité aux aspects de partenariats, à la collaboration et à la promotion de l'intersectorialité et de l'évaluation et l'analyse pour soutenir la prise de décision fondée sur les données et les résultats probants et la réalisation d'évaluation systématique des impacts est prometteur. Parallèlement, on ne peut faire porter le poids des analyses et

évaluations par les acteurs de l'économie sociale. Il faut donc prévoir des ponts formels d'accompagnement et d'expertise afin d'atteindre les cibles préventives populationnelles de l'obésité et d'assurer le maintien de la vitalité des quartiers et des milieux, qui ne peuvent répondre facilement aux demandes d'évaluation de leurs pratiques de façon rigoureuse et utile. L'apprentissage dont parle Sabatier (*policy oriented learning*) repose sur la transformation progressive du système de croyances par confrontation aux réalités et aux autres systèmes de croyance. La complexité du système de prévention de l'obésité appelle à cet apprentissage mutuel et réciproque dans un positionnement qui se devrait moins normatif et moins contrôlant par la santé publique, pour reprendre les réflexions de Massé (2001). Une analyse anthropologique des systèmes et des politiques de santé publique pourrait permettre de comprendre certains blocages que l'on rencontre en prévention de l'obésité. Ré-équlibrer autant l'intérêt pour la macro et la micro-analyse que pour la macro et la micro-intervention demeurent d'actualité et cette considération passe nécessairement par une politique pangouvernementale et pansociale, intégrée et unitaire, du national au local. Penser des ententes de services pour mieux agir de façon concertée sur l'ensemble des déterminants sociaux, comme éléments de succès d'une perspective systémique est à envisager dans une vision de développement des communautés.

Enjeux de planification d'initiatives ascendantes (locales) et de leurs effets

Les constats qui émergent de notre expérience touchent autant les décideurs que les intervenants et ils s'articulent ici autour de la cohérence ontologique, méthodologique, empirique et évaluative qui découle d'une démarche de recherche action participative.

Enjeux ontologiques

D'abord, la nature même de notre phénomène d'intérêt comprend la participation des collectivités locales à l'atténuation des inégalités grâce à leurs modes de participation citoyenne pour la santé. L'émergence d'initiatives des milieux d'économie sociale exige un « espace temps dialogique » nécessaire à la valorisation des savoirs et des pratiques locales et naturelles. Un tel devis, qui comprend une analyse des meilleures pratiques communautaires et des données et résultats probants en lien avec la prévention de l'obésité, une planification rigoureuse et fondée théoriquement, un développement des outils, une réalisation et une évaluation échelonnée pose un défi redoutable à relever

dans le court temps qui est imposé dans le cadre d'une subvention de recherche. Certaines contraintes imposées par le programme viennent limiter la pleine optimisation des mesures et des principes d'action, mais nul ne peut nier la richesse de cette approche au moment où le secteur parapublic est incapable de répondre entièrement aux besoins de prévention dans une vision axée sur les déterminants sociaux de la santé et du bien-être. De telles approches sont le berceau d'initiatives susceptibles de transformer les milieux de façon durable et structurale. Les milieux urbain, rurbain et rural ont choisi d'adopter le modèle de pratique, i.e. de le développer conjointement et de l'appliquer localement chacun dans leur milieu. Comme les milieux avaient été sélectionnés en raison de la diversité représentée décrivant une aisance familiale diversifiée, c'est-à-dire, la ruralité et la défavorisation, l'urbanité et la diversité culturelle et la rurbanisation, le transfert des pratiques s'est avéré pertinent mais une déclinaison des niveaux d'approfondissement de la matière abordée dans les pratiques préventives a été réalisée pour s'adapter à une clientèle avec un plus haut niveau de scolarisation, retrouvé en milieu rurbain. Ainsi, une analyse plus fine du niveau de littératie en santé est apparue comme un facteur plus important que pensé initialement. Vis-à-vis des diverses vulnérabilités ciblées, les dix piliers transversaux de notre approche de promotion de la santé étaient l'élaboration de politiques favorables aux saines habitudes de vie, le développement de milieux favorables, le renforcement de l'action communautaire et des capacités, l'acquisition d'aptitudes individuelles, la promotion de la santé et le dépistage précoce comme prioritaires, toutes des cibles de la Charte d'Ottawa en plus du pouvoir d'agir ainsi que de l'intégration et de l'apprentissage expérientiels. De plus, la perspective du développement humain couplée à l'approche du parcours de vie, comme passerelle entre les personnes, leurs trajectoires et les structures sociales, a permis une vision systématique des processus causaux liés aux habitudes de vie et comportements de santé et, ce faisant, de réduire l'apport et la portée des inégalités sociales cumulatives. Finalement, l'intégration du principe de cogestion et de coopération intergénérationnels a traversé l'ensemble des stratégies. Ces piliers nous ont permis d'élargir les choix qui s'offrent aux populations en renforçant le recours aux divers capitaux (sociaux, économiques, humains et de santé) et par une approche intégrée sur divers plans (individuels et structuraux) et simultanée sur divers environnements favorables, de façon à ce que les gains en santé sont plus probables. Le milieu éloigné du Nunavik a exigé un renouvellement majeur de l'approche pour la rendre sensible

culturellement, pour répondre aux besoins spécifiques très différents de ceux du sud du Québec, pour intégrer les pratiques locales traditionnelles et une révision de la vision initiale. Reconnaissant les barrières importantes à l'intervention en milieu nordique, le processus et produit final inuit est un reflet d'appropriation culturelle remarquée après un investissement de temps et d'actions de proximité par l'équipe. Par contre, comparativement au Sud, une transformation de la vision s'est opérée au moment du transfert par les agents locaux dans les divers villages, signe d'une appropriation et d'un ancrage local.

Deux résultats issus des processus collectifs des concertations ont été stratégiques au développement et à la mise-en-œuvre des stratégies. D'une part, dix postulats ont défini les valeurs et principes d'action liés au développement et à l'animation des Cercles préventifs. D'autre part, dix autres postulats, liés au développement de la politique intergénérationnelle familiale MADA de la ville santé fondés sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques (*HiAp*, OMS, 2011) ont aussi définis. Ces résultats issus du processus collectif sont présentés en annexe.

Enjeux méthodologiques

D'abord, la participation non seulement des co-chercheurs des milieux de pratique dans cette étude mais aussi des citoyens et des familles étant centrale à l'étude, engage les chercheurs dans un processus hautement dynamique, contextualisé, accaparant et stimulant. L'absence de contrôle des processus et de partenariats et les évolutions diverses en font un type de recherche où les chercheurs académiques prennent une place capitale de mobilisation et leur présence fondamentale au cours des diverses boucles et cycles de réflexion, planification, action et évaluation ne peut être remplacée par des auxiliaires de recherche. Il s'agit d'appuyer les milieux à résoudre et à solutionner des problèmes et des préoccupations locales (Lusk, Harris & Stolee, 2013). En fait, des compétences associées au rôle de courtier de connaissances sont critiques : comprendre, évaluer et sélectionner les informations pertinentes au contexte, créer des relations auprès d'acteurs diversifiés qui ne travaillent pas nécessairement ensemble de façon régulière ou habituelle, faire la promotion de l'apprentissage et faciliter le changement, travailler en équipe en contexte intersectoriel et souvent politique, développer des solutions et des projets réalistes ainsi que niveau de confort à naviguer

les incertitudes et l'imprévisibilité des décisions prises par les groupes, pouvant altérer grandement la direction anticipée de l'étude. L'usage d'influence et la production de connaissances transférables et utiles et, spécifiquement en recherche action participative, la valorisation des savoirs académiques, pratiques et d'expérience sont d'autres acquis importants à promouvoir. À l'interface de plusieurs mondes issus des milieux de pratique de notre étude, le chercheur courtier doit être en mesure d'assurer l'organisation d'interactions favorables, entre autres à l'utilisation des preuves (Ridde, Dagenais & Boileau, 2013) ainsi qu'à une mobilisation concertée et très souvent avec d'autres acteurs externes à la cellule de travail. La succession de boucles de pratiques réflexives dans notre étude a été matérialisée sous la forme de comités locaux à chacun des 4 sites codirigés par le milieu et l'équipe, impliquant des réunions de planification mensuelles régulières sur une période de 2 ans où s'est enchevêtrée une trilogie d'objectifs de recherche, d'éducation et d'action où les frontières entre chacun sont perméables et ne sont pas forcément délimitées ni dissociables. Chaque site de l'étude, avec ses comités locaux et ses participants à l'étude, a vu se déployer des actions de participation, de coopération, d'apprentissage réciproque, des processus de réflexion et de conscientisation et des mesures d'habilitation, qui sont propres à cette stratégie de recherche.

Deuxièmement, dans l'approche de planification des initiatives citoyennes, divers outils conviviaux se sont avérés indispensables et utiles à la compréhension et la représentation des savoirs et à la conjugaison des pratiques scientifiques et populaires. Le modèle de planification, *Precede-Proceed* de Green demeure un incontournable ainsi que l'intervention mapping, considérée comme un processus itératif qui intègre les théories, les données empiriques issues des études et les opinions de citoyens (Gagnon et Guillaumie, 2010). Analyse des besoins, élaboration d'objectifs, choix de théories et méthodes, développement de la séquence et du contenu, implantation et évaluation sont les étapes méthodologiques valorisées avec un regard attentionné et prioritaire envers les environnements favorables économiques, politiques, sociaux et physiques. Deux textes phares sélectionnés au moment du devis proposé, celui des lignes directrices canadiennes sur la prise en charge et la prévention de l'obésité au Canada (Lau et al., 2007) et celui de Kettel-Khan et al. (2009) sur des stratégies communautaires recommandées pour la prévention de l'obésité de la CDC, ont servi de filtre analytique et

de paramètres guides au développement des approches et interventions préventives avec les groupes locaux. Le texte de Kettel-Khan a été repris en 2013 par *l'Institute of Medicine* américain comme exemplaire de changements environnementaux et politiques. De plus, l'approche stratégique méthodologique MAPPS (pour media, accès, point d'achat-promotion, prix et services de soutien) issue du modèle *Communities putting prevention to work* (initiative CPPW) de la CDC s'est avérée un levier important de changements environnementaux politiques et sociaux, spécifiquement, auprès de la communauté inuite. Les principes directeurs du cadre canadien pour les modes de vie sains (Secrétariat du Réseau intersectoriel de promotion des modes de vie sains-SRIPMVS, 2005, version améliorée en 2010), c'est-à-dire la priorité accordée à la promotion et à la prévention, l'intégration verticale et horizontale, le partenariat et le partage des responsabilités et, finalement, la pratique éclairée fondée sur les données probantes, ont servi de balises aux mécanismes mis en place tout au long de notre étude. La recherche action participative a été conduite autour des orientations stratégiques suivantes : du développement de politiques à leur traduction locale, de l'éducation aux transferts de connaissances, de l'accessibilité des services dans les quartiers au développement communautaire ainsi qu'à l'information publique médiatique. Ces actions globales et coordonnées s'imbriquent au sein de l'approche écologique populationnelle dont l'accent est mis sur les déterminants de la santé. De plus, une formation intensive à l'approche de l'intégration de la santé dans toutes les politiques (*HiAp*) en Australie, promue par l'Organisation mondiale de la santé depuis 2010, a permis de façonner de manière encore plus articulée la perspective de la vision intersectorielle adoptée au Québec, mais en la situant encore davantage dans un paradigme de développement humain et d'équité en santé. Cela permet ainsi de dépasser une vision plus restreinte de l'approche pangouvernementale pour la tendre vers la vision contemporaine internationale tournée vers la société en entier (gouvernance pansociale). La méthodologie de l'étude, solidement ancrée aux approches et théories de pointe, certaines étant internationales, demeure un point fort de l'étude.

Enjeux empiriques et évaluatifs

La recherche action participative devait se dérouler à l'origine sur trois terrains de recherche pré-sélectionnés. Cependant, nos activités de transfert de 2011 ont attiré l'attention d'un groupe, celui de la Fédération des coopératives du Nouveau-Québec. À

leur demande, un terrain a été entrepris au Nunavik avec tous les défis que comporte l'accès à cette région (permission de la Régie, enjeux éthiques spécifiques, ententes de partenariat sensibles aux enjeux culturels liés aux données issues des collectivités nordiques, l'entrée et la confiance dans le milieu, etc.). Avec quatre terrains simultanément et une diversité de groupes locaux à soutenir en planification, déploiement et implantation, les principaux enjeux empiriques ont été le temps, l'investissement dans le réseautage et la connaissance mutuelle, l'adaptation constante, la navigation des divers échéanciers variables et des interruptions contextuelles, le roulement du personnel aussi dans l'équipe et dans les équipes locales, la négociation avec les autorités de santé publique qui, dans une région, se sont désistées du projet comme co-chercheurs alléguant deux éléments dont la divergence des priorités entre l'étude qui ciblait, d'une part, les saines habitudes de vie et, d'autre part, les environnements et leurs plans d'action régionaux. Apparemment, le choix d'une vision sur les environnements favorables, prioritaire à leurs yeux ne ressortait pas de notre étude sur le développement de quartiers en santé. Or, l'année qui suivit, en 2012, après notre seconde offre d'ateliers préventifs, le CSSS local a développé une série de 7 ateliers très similaires, de 2 heures, appelés Corps en santé (http://www.csssgatineau.qc.ca/nos_services/saines_habitudes_de_vie/programme_corps_en_sante/).

Les praticiens de la promotion de la santé reconnaîtront le défi empirique suivant : malgré toutes les stratégies de marketing et de publicité possibles, le recrutement de participants nombreux à des ateliers ou des groupes peut s'avérer plus difficile. À la différence de groupes d'entraide axés autour de problématiques, la prévention et la promotion de la santé n'attirent que les personnes les plus motivées trop souvent. L'atteinte de l'objectif de création de groupes et d'une cohésion autour des actions préventives sur une période de plusieurs semaines est inégale dans notre étude et a amené l'équipe à développer aussi des ateliers ponctuels qui semblaient répondre à d'autres besoins et à d'autres milieux non anticipés, comme les Centre Jeunesse Emploi, les comités de vie de quartier pour personnes vivant avec des handicaps, des groupes de mères monoparentales du projet «Vers la réussite» de l'Association des familles monoparentales et recomposées. Ainsi, des groupes fermés, prévus à l'origine, se sont, dans certains cas, transformés en groupes ouverts et ateliers ponctuels sur demande.

Chacun des autres groupes communautaires a profité des interventions développées par les groupes cibles de la recherche sur une base régulière au cours des deux dernières années. Or, les avantages de la méthodologie sont cependant grands : les boucles réflexives forcent une proximité qui, elle, induit plus naturellement une réponse directe aux besoins les plus criants, le développement de forces vives locales, la valorisation des savoirs et des pratiques locales qui ont amené des variances aux interventions selon les milieux, le réseautage renforcé, le leadership communautaire renouvelé, l'habilitation individuelle et collective, la créativité stimulée par l'apport de tous et la grande retombée de ce processus, l'enchaînement successif de partenariats nouveaux contribuant au changement de normes favorables aux saines habitudes de vie, par des mesures structurantes. Issue des partenaires du milieu, l'étude avait comme postulat d'assurer ainsi une certaine pérennité aux activités. Or, l'accompagnement des milieux est une condition *sine qua non* à leur maintien. Finalement, nos résultats présentent des perceptions d'effets et d'impacts tout en demeurant limités en termes d'impacts populationnels. La promotion de la santé demeure un secteur dont la démonstration de résultats probants préventifs individuels ne peut être anticipée de façon prématurée. Il faut laisser au temps le temps d'agir et d'opérer des changements sur le plan individuel. Les résultats de la recherche action participative sont autant dans les processus que les effets. Or, notre étude démontre cependant des résultats probants en matière de changements organisationnels, politiques, collectifs et de paradigme dans la conceptualisation éducative de la réussite chez les jeunes décrocheurs, chez les jeunes mères monoparentales et auprès de populations vulnérables. On inclut maintenant la santé dans une approche globale de réinsertion sociale, ce qui, en soi, constitue justement une nouvelle tendance prometteuse. Ces éléments indiquent que la santé publique devrait aussi se tourner vers l'extérieur et instaurer des ponts entre ses équipes en saines habitudes de vie et divers organismes à but non lucratif de tous les horizons pour instaurer des leviers, créant des gains en matière de changements de normes sociales. Les actions de l'étude ont connu leur période de rodage en 2012 après une phase de développement théorique et d'implantations pilotes et une évaluation systématique des actions mériteraient un investissement de l'équipe pour en faire ressortir des données plus probantes à long terme.

Retombées des savoirs validés dans l'action

Les retombées que nous présentons sont toutes des initiatives ayant émergé à travers les processus de participation citoyenne pour la santé issus de l'étude afin de rencontrer les objectifs spécifiques de la recherche action participative. Toutes les initiatives sont originales mais toutes sont inspirées de pratiques de pointe, émergentes ou prometteuses et toutes ont été évaluées au plan de la pertinence, de la satisfaction et de la perception des effets à partir de divers outils développés.

Pour les partenaires co-chercheurs des milieux de pratique

Les Cercles Préventifs Hans Kai (urbain, rurbain, rural)

Les Cercles Préventifs Hans Kai sont inspirés des pratiques préventives japonaises visitées en 2010 à Nagano et Tokyo et visent les objectifs suivants développés localement : offrir un lieu de transfert, de partage et de soutien collectif au changement d'habitudes de vie par la motivation, l'auto-efficacité et la facilitation à l'exercice de choix santé soutenu par des pratiques cliniques préventives et des pratiques familiales fondées sur les données probantes, créer un noyau d'agents multiplicateurs de promotion de la santé dans la collectivité pour soutenir le changement de normes sociales favorables à la santé et appuyer le développement d'environnements socio-culturels de proximité favorables par des réseaux de solidarité et de participation citoyenne pour la santé. Les Cercle préventifs comprennent onze ateliers portant sur : 1) les saines habitudes de vie, la toile causale de l'obésité et les facteurs de risque; 2) la motivation au changement; 3) les habitudes alimentaires familiales; 4) l'étiquetage alimentaire; 5) les choix appropriés pour les repas, les lunchs et les collations santé; 6) les habitudes d'activités physiques familiales et la sédentarité; 7) l'équilibre budgétaire; 8) la gestion du temps et la communication en famille; 9) l'image corporelle et l'estime de soi en lien avec un poids naturel; 10) la cessation tabagique et, finalement, 11) le bien-être et la santé mentale. La fiche technique des Cercles préventifs présente les objectifs spécifiques liés à chacun des thèmes. Les Cercles sont conçus comme un programme intégré dispensé une fois par mois. Au moment où les parents participent aux Cercles, les enfants profitent d'une animation sportive récréative au parc local. L'approche écologique fondamentale du développement des Cercles Préventifs Hans Kai québécois tient compte de l'influence des environnements familiaux et socioculturels sur les comportements de santé des individus. Un suivi sur certains facteurs de protection de la santé est proposé dans le

cadre du processus de transférabilité et d'autonomisation de la santé des individus et des groupes de Cercles préventifs. Ces facteurs de protection peuvent permettre le développement de compétences dans l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie. Ces facteurs de protection (TA, tour de taille, poids, % gras, habitudes de vie, familles en santé, CANRISK - dépistage du diabète, Indice du mieux vivre canadien) peuvent s'avérer pertinents. Certains ne sont incontournables que pour certains individus engagés déjà dans un processus d'action vis-à-vis du changement d'habitudes de vie. Cependant, ces mesures ne se prêtent pas à tous les individus, selon leur stade de réflexion et de motivation, et peuvent même offenser ou contribuer à de la stigmatisation ou aux inégalités de santé Il faut utiliser le jugement clinique et la prudence dans la promotion de mesures invasives ou non. Notre approche propose strictement des mesures non invasives et incluant l'évaluation aussi des environnements, afin de réduire la perspective historique culpabilisante des principes d'origine de la santé publique.

La recherche a permis à chacun des partenaires co-chercheurs des milieux de pratique, urbain, rurbain et rural, de se familiariser avec les données et rapports probants en prévention de l'obésité, de concevoir les étapes de développement d'un projet à prime abord d'éducation à la santé mais hautement expérientiel et pratique, de considérer un ensemble d'enjeux écologiques, de créer de nouveaux partenariats avec leurs municipalités par exemple, avec les écoles locales pour le partage de locaux sportifs et de classe, de développer une expertise et une autonomie en matière de services de promotion de la santé, de profiter d'une formation rigoureuse pour l'offre des Cercles préventifs offerte par l'équipe de recherche, d'un accompagnement post période de rodage et finalement des outils (autant éducatifs qu'évaluatifs) pour usage permanent avec des mises à jour par l'équipe de recherche dans le cadre d'une entente partenariale. Les Cercles ont confirmé le rôle préventif que peuvent jouer les coopératives de santé dans les milieux. En nous appuyant sur la réception par les populations concernées participantes, nous avons constaté que les enjeux initiaux, bien qu'ils ciblaient les jeunes familles, les aînés ont aussi une soif de connaissances en matière de saines habitudes de vie et que, par leurs positions intergénérationnelles, peuvent aussi rejoindre la clientèle cible, soit les jeunes du Québec.

Le Parc à nous, le banc d'école aux parents!

Le Parc à nous, le banc d'école aux parents est un programme d'animation sportive récréative que l'équipe a offert aux enfants durant la période de dispensation des Cercles préventifs fermées. Chaque semaine, soit dans le parc, soit dans une école où la salle d'enseignement est annexée, les enfants sont animés. Les animateurs récréatifs devaient avoir suivi une formation et avoir reçu la norme d'accréditation High-Five canadienne (http://www.highfive.org/fr/qu%E2%80%99est-ce-que-high-five) en matière de développement sain chez les enfants et de formation à l'animation sportive. La norme High Five est reconnue par l'Agence de santé publique du Canada. Plus utilisée dans le reste du Canada, l'Outaouais est devenu pionner dans l'utilisation de cette norme, dans le cadre de notre étude. HIGH FIVE est fondée sur cinq principes du développement sains de l'enfant, qualifiés comme essentiels aux programmes de qualité soit 1) un adulte attentionné, 2) l'occasion de jouer, 3) l'occasion de se faire des amis, 4) l'occasion de maîtriser des habiletés et, finalement, 5) l'occasion de participer. Certains des membres de l'équipe de recherche ont aussi obtenu la certification au même moment que les animateurs sportifs récréatifs, faisant équipe avec les jeunes adultes embauchés. Le programme comprenait un cahier du jeune sportif où, chaque semaine, une progression dans la conscientisation et les actions alignées aux saines habitudes de vie était promue. Une série de défis-santé jeunesse ont été créés et distribués sous forme de cartes postales jeunesse à conserver pour remplir ses défis hebdomadaires et à distribuer à ses amis pour créer un effet d'entraînement et de changement de normes sociales.

Les ateliers Quartiers en santé

Les partenaires émergents ont bénéficié des interventions créées par les milieux cibles en forçant la création de menus à la carte du programme de Cercles Préventifs Hans Kai. Des ateliers ponctuels de 2 heures ont donc été offerts sur demande, après une adaptation, et évalués.

Coopératives en santé du Nunavik

L'accréditation de coopératives alimentaires du Nunavik comprend actuellement 4 des 14 villages. Une récente subvention parallèle de Nutrition Nord a permis l'ajout de 2 autres sites au transfert automnal 2013.

Les Cercles Préventifs Nordiques

Les Cercles Nordiques devaient aussi s'offrir sous une forme cohérente et intégrée en petits groupes. Après le deuxième séjour au Nord, nous avons constaté, avec les agentes

inuites formées à la promotion de la santé qui avaient persisté dans leurs rôles et les gestionnaires des magasins, que cette approche intégrée semblait être prématurée à ce stade du projet global au Nord de coopératives en santé. La création de petits groupes allait se produire mais de façon plus naturelle et échelonnée dans le temps. Il fallait poursuivre plutôt la transformation de l'environnement de la coopérative et continuer à attirer les membres vers la transformation graduelle des normes internes. Tous les ateliers ont dû être revus pour les adapter entièrement à la culture et l'appui inestimable de l'équipe de la Régie de la santé et des services sociaux du Nunavik (nutritionnistes) a été très appréciée pour les 4 ateliers nutritionnels inclus au Nord. Tous les outils ont été traduits en inuktitut et en anglais. Le temps de traduction de l'ensemble des ateliers a exigé une période d'environ 8 mois, incluant une validation post-traduction du matériel. La question des nuances langagières au sein même de l'inuktitut québécois s'est avérée, *a posteriori*, un enjeu majeur. La perception de la traduction n'était pas, pour certains, entièrement adéquate et un processus de validation demeure effectif pour l'ensemble des outils.

Les cuisines collectives santé nordiques par la cuisson avec mijoteuses

Les cuisines collectives nordiques étaient conçues selon la vision d'origine des coopératives en santé du Nunavik pour stimuler l'intérêt envers la saine alimentation et une alimentation complète. Les repas mijoteuses ont cet avantage de pouvoir constituer des repas complets, sains et qui requièrent peu d'outils sophistiqués de cuisine. Comme les magasins ne possèdent que des salles de conférences et non des cuisines aménagées, cette stratégie s'est avérée très appropriée. Il a fallu organiser une formation MAPAQ, prévoir tous les besoins associés et préparer un ensemble de produits clés en main pour les préparations et réalisations des cuisines collectives en plus d'identifier et de créer une banque de recettes à la mijoteuse avec certains des produits traditionnels du Nord et autres produits de base.

Les ateliers préventifs nordiques

La progressive création des Cercles Préventifs se construit dorénavant à partir d'ateliers préventifs nordique. Ces ateliers sont offerts dans les magasins, en même temps que les agentes de promotion offrent des portions alimentaires de la cuisine mijoteuse mensuelle. Cette formule s'avère gagnante, car elle permet concrètement de constater et goûter un repas santé apprêté en magasin à partir des produits du magasin exposés dans un panier, de dialoguer avec les agentes de promotion qui généralement forment un duo

intergénérationnel. Une série de huit affiches sur les thèmes nordiques adaptés servent de points de dialogue avec les membres et des enseignements sous forme de messages clés sont partagés à partir des affiches.

Le marketing santé dans les coopératives de services alimentaires du Nunavik

Le marketing santé comprend le programme co-construit « *Go for Green, chose healthy* » ainsi que la promotion mensuelle de produits sains sur une étagère dédiée, à la vue des membres. Après avoir analysé et caractérisé plus de 446 produits alimentaires entre le 19 et le 26 janvier 2013 et à partir des étiquettes alimentaires de chacun des produits trouvés en magasin, nous avons élaboré une liste préliminaire qui a été validée par les nutritionnistes de la Régie. Des critères incluant le guide alimentaire du Nunavik, les recommandations de Santé Canada et des facteurs de nordicité nous ont permis de qualifier les aliments de vert, d'autres de jaune et, enfin, d'autres de rouge. Le code vert est attribué aux meilleurs choix santé (plus nutritif), le jaune est attribué à un aliment à consommer sur une base occasionnelle et le code rouge aux aliments les moins nutritionnels dont se méfier. Des listes ont donc été créées et servent aux agentes de promotion de la santé à planifier leurs codifications des aliments verts-jaunes et rouges. Une autre liste sert à faire la démonstration d'aliments mensuels à l'étagère de promotion.

Portail en promotion de la santé

La question du transfert des compétences et des outils a fait émerger un besoin par la Fédération des coopératives, validé par un sondage auprès des coopératives et de leurs membres impliqués au projet. Le besoin d'avoir facilement accès, en temps opportun, à des informations conviviales et culturellement appropriée en grande majorité, sur des sujets d'intérêt et associés au projet de Coopératives en santé du Nunavik est devenu prioritaire dans la dernière année. Un financement externe de transfert a permis, en complémentarité, d'appuyer cet élément. Le site et son contenu sera opérationnel au premier mars 2014 : www.healthycoopsante.com. Ce portail fournit des informations, offre de soutils de dépistage précoce, présente l'ensemble des ateliers des Cercles Préventifs nordiques et fournit des capsules vidéos brèves en matière de prévention des maladies chroniques. Un site Facebook sera associé au projet en 2014.

Cybercentre d'éducation en promotion de la santé

Au portail de promotion de la santé, où se croisent la modernité et les savoirs traditionnels, les technologies, les pratiques préventives et la télé-santé sont au service

des membres. Une équipe universitaire de professionnels et de stagiaires étudiants en promotion de la santé, en éducation à la santé, en santé communautaire et publique de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval veilleront à la mise en opération d'un programme de télé-santé pour les coopératives et leurs membres. Le cybercentre a développé une pratique préventive unitaire pour l'optimisation des processus de vie et du potentiel de santé. Ce modèle de pratique préventive est fondé sur la théorie de l'être humain unitaire de Rogers (1970-1986), du concept de la transition de Méleis (2010) et des guides de pratiques d'interventions de santé pertinents.

Campagne jeunesse : Défis santé des jeunes inuits du Nunavik

Une série de défis jeunesse sur une durée de 5 semaines est proposée dans quatre villages du Nunavik et comprend plusieurs thèmes soit : *"Go for green: what to look for and how much to eat!", "Let's cook together and spice things up!", "Good choices for snacks and juices", "Get up, get out and have some fun" et "Groove, move, get out and play, it's healthy!"*

Politique familiale intergénérationnelle Municipalité amie des aînés d'une ville santé

À la suite du sondage réalisé en 2011 auprès des élus et des fonctionnaires municipaux, le partenaire co-chercheur du milieu de pratique rural s'est engagé avec l'équipe, en plus de l'offre des Cercles préventifs pour les jeunes familles, dans le développement d'une politique municipale rassembleuse et centrée sur les saines habitudes de vie et les environnements favorables dans une perspective intergénérationnelle. Jamais au Québec, une municipalité ne s'était engagée simultanément dans un processus intégrateur entre l'approche Municipalité Amie des Aînés du Ministère du secrétariat aux aînés et celle du Réseau québécois des Villes et villages en santé. Or, retombée significative de l'étude, l'équipe a organisé l'orchestration, le réseautage et l'appui au processus de développement à toutes les phases du comité de développement de la politique (du forum, du sondage, des analyses, des prises de décisions, des orientations, etc.). La politique interpelle toutes les familles, toutes les générations et ciblent les quatre thèmes généraux regroupant huit projets : le thème 1 ayant émergé des processus participatifs et travaux du comité est identifié comme le « Soutien collectif inclusif pour les modes de vie sains et le développement continu »; le thème 2 réfère à la « Communauté vibrante et solidaire – les familles au cœur des activités thursoliennes »; le thème 3 invite à l' « Aménagement urbain et naturel pour la vie active et le tissu

social »; et finalement, le thème 4 représente la « Participation citoyenne pour la solidarité et l'équité en santé ».

Le Mimosa du Quartier

Après la première phase d'implantation des Cercles préventifs et du Parc à nous, le banc d'école aux parents et des données issues des questionnaires, des dialogues et des échanges avec les mères, l'équipe académique et le groupe citoyen, co-chercheur du milieu de pratique urbain, s'engagent à déposer une requête auprès de la ville, pour accéder au programme Accès-logis de la Société d'habitation du Québec à l'attention des familles monoparentales fragilisées par des situations contextuelles ou plus permanentes. Le besoin de sécurité au centre-ville, l'absence de marché d'alimentation dans le quartier et la précarité financière des familles ont amené l'équipe à repenser sa stratégie de soutien aux saines habitudes de vie et à amorcer le développement d'un concept d'habitation-santé communautaire au centre-ville, qui permette à 21 familles monoparentales d'intégrer un milieu moderne sécuritaire où l'ensemble de l'environnement est pensé pour être favorable à la santé des jeunes et de leurs familles par les saines habitudes de vie facilitées (transport actif, toit-vert, cuisines collectives, aide aux devoirs, jardin communautaire collectif, cercles préventifs, accompagnement professionnel en santé, etc.). La construction de l'immeuble de 3 977 000$ débute en mars 2014 pour accueillir les familles dès la fin de l'automne.

Pratique de la promotion de la santé

Cinq types de pratiques professionnelles fondées sur les données probantes ont émergé. Il y a d'abord la pratique professionnelle et l'accompagnement de la pratique naturelle des agentes de promotion de la santé des Cercles préventifs Hans Kai. Ensuite, nous avons élaboré un modèle qui favorise l'intégration de la pratique préventive des milieux associatifs d'économie sociale à l'organisation des services : le modèle de pratique préventive coopérative et collaborative de première ligne en dépistage et intervention précoce en obésité et poids santé. Ensuite, la construction, en 2012, d'un modèle logique de Collectivités en santé nous permet d'optimiser nos réflexions préventives et réflexives avec chacun des groupes citoyens dans la mise en œuvre de stratégies d'environnements favorables aux saines habitudes de vie. Un modèle logique d'évaluation en prévention de l'obésité a été développé en 2012-2013 et permettra l'analyse des processus et des retombées en phase de consolidation des concertations de l'étude. En 2013, le Cybercentre de promotion de la santé du Nunavik a suscité le développement d'une

pratique infirmière de télé-santé, la pratique préventive unitaire visant à optimiser les processus de vie et le potentiel de santé dans la conceptualisation de la théoricienne Martha Rogers, tenant compte des transitions (Méléis) vécues par les communautés éloignées. Les modélisations des pratiques sont présentées dans l'annexe.

Transfert et formation de praticiens et de promoteurs de la santé publique

Trente-huit activités de transfert ont été organisées sous diverses formes, entre 2010-2013 par l'équipe académique. Le tableau suivant présente une synthèse des diverses formules et des publics auxquels étaient destinées nos activités. La liste des productions se trouve après la conclusion.

Tableau de la liste des productions

ÉCHANGE – TRANSFERT ET FORMATIONS	NOMBRE D'ACTIVITÉS
CO-CONSTRUCTION DE LA RECHERCHE AVEC LES CONCERTATIONS LOCALES (4 sites)	72 réunions approx. (avec les partenaires co chercheurs des milieux, au total sur les 3 années et demie)
FORUMS LOCAUX ou D'EXPERTS	4
COLLOQUES ***contributions et expertises***	5
REGROUPEMENTS DE PROFESSIONNELS	4
COMMUNICATIONS SCIENTIFIQUES ET COMMUNAUTAIRES	39
RAPPORTS DE RECHERCHE	11
MÉDIAS MUNICIPAUX ÉCRITS (organisme provincial et local)	6
MÉDIAS TÉLÉVISUELS (entrevue Canal Savoir)	1
MÉDIAS ÉLECTRONIQUES (outils de formation en ligne, portail web en promotion de la santé pour le Nunavik, en cour de création)	2 http://www.healthycoopsante.com/en/index.php
FORMATIONS D'AGENTS PROMOTEURS DE SANTÉ (4 sites) **FORMATIONS PONCTUELLES SUR UNE BASE RÉGULIÈRE AUPRÈS D'ORGANISMES** *(Carrefour Jeunesse Emploi de l'Outaouais, Groupe de femmes monoparentales Vers la Réussite de l'Association des familles monoparentales et recomposées de l'Outaouais (AFMRO), Comité de vie de Quartier du Vieux-Gatineau, Amicale des personnes handicapées, Association des gens d'affaires du Vieux-Gatineau- Marché public Notre-Dame-ateliers PS VIENS AU MARCHÉ)*	*10 agents formés (3 en région 07 et 7 au Nunavik) *Environ 225 personnes rejointes approx. (15 personnes par groupes, X 3 reprises dans chaque groupe)
REVUES ARBITRÉES	2
EXPERTISES SOLLICITÉES 2011-2013 : Guide de pratique clinique sur le traitement de l'obésité pédiatrique 2011-2012 Agence de santé publique du Canada, Centre pour la promotion de la santé, comité stratégique obésité 2012-+ Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité 2013 Institut national de santé publique, cas traceur en obésité	4
CONTRIBUTIONS FINANCIÈRES COMPLÉMENTAIRES 2010 : Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES UQAM)- Fonds pour l'organisation d'événements scientifiques et l'invitation de conférenciers étrangers (1500.00$) 2012 : IRSC- café scientifique (3000.00$) 2013 : Ville de Gatineau. (mai, 2013). Fonds vert. (21 000.00$) 2013 : Programme Nutrition Nord. Régie de la santé et des services sociaux du Nunavik.(août 2013) (53 000.00) 2014 : Société d'habitation du Québec. Programme accès logis. Engagement définitif attendu pour les 21 unités de logements communautaire pour les familles monoparentales fragilisées. (2 800 000.00$, construction des unités)	5

Ensuite, les thèmes suivants ont été offerts aux animateurs des Cercles préventifs de l'Outaouais. Le Nunavik a connu une série de trois séances de formation distincte de celle du Sud, dans une formule largement adaptée, plus pratique et moins théorique, destinée aux agentes de promotion de la santé du Nunavik. La formation comprend trois modules d'auto-apprentissage en ligne proposant des lectures, de la réflexion critique et un exercice d'essai. Des volets expérientiels d'intégration sont offerts aux modules 4, 5 et 6 à visée éducative et pratique. Le détail de la formation est offert à la section suivante.

Recherche en prévention et promotion

Au terme de l'étude en 2013, des pistes de recherche sont significatives en lien avec les suites de toutes les initiatives, spécifiquement en termes d'évaluation des effets et des impacts. L'étude appelle à une valorisation de la recherche action participative qui permet, en promotion de la santé, d'opérer simultanément des actions sur l'ensemble des secteurs d'intervention de la Charte d'Ottawa, facilitant ainsi des gains en santé en transformant des environnements et engageant les citoyens envers une prise en charge et un pouvoir d'agir accru sur leur santé et celle de leur famille. La diversité des acteurs impliqués facilite les croisements entre le monde scientifique et le monde social, entre les savoirs académiques et les savoirs d'expérience. Ces croisements sont autant de "clés" permettant une meilleure intelligibilité de la complexité selon Courtois, Mias et Labbé (2013). L'étude a aussi amené au développement d'une expertise québécoise académique reconnue en matière de recherche partenariale et de recherche évaluative en prévention de l'obésité.

Politiques publiques locales

L'étude a permis de consolider les liens entre recherche et politiques et ainsi de contribuer à influencer les décideurs à l'aide de données probantes, que ce soit en matière d'habitation communautaire ou de politiques municipales en santé et qualité de vie, du côté de la Commission permanente de l'habitation, du Conseil municipal, des élus et fonctionnaires municipaux, de nos partenaires de recherche. Plusieurs actions de revendication, de présentations des projets, de validation et de recherche d'appuis ont été mises en œuvre par l'équipe académique avec les co-chercheurs des milieux de pratique. Les conditions gagnantes de l'influence politique proposées par Shamian et Griffin (2003),

citées par Ducharme (2013), ont été rencontrées : sujet porteur, cohérent avec les valeurs et les changements de normes de la société, fournir des résultats probants de grande qualité et apporter de solutions fondées et contextualisées. L'apprentissage de la culture politique locale est un atout significatif à l'approche intersectorielle et à la mise en place d'environnements favorables partout au Québec, actuellement. Les analyses sous l'angle de la santé et les études d'impacts en gouvernance locale, dans la perspective de l'intégration de la santé dans toutes les politiques sont des moyens susceptibles d'apporter de grandes retombées, à moyen et long termes au Québec sur le plan des impacts populationnels.

Spirale des processus et faits saillants : savoirs académiques, expérientiels et hybrides

Propre à la recherche action participative, le processus de spirales d'action-réflexion amène une série d'événements accessoires et d'autres, essentiels à l'étude. En annexe, se trouvent les outils, les processus et les résultats principaux. Divisés en savoirs académiques, expérientiels et hybrides, ces documents peuvent permettre un transfert élargi à d'autres milieux qui pourraient s'intéresser aux résultats et aux stratégies.

Conclusion

Le projet en action concertée *Quartiers en santé pour la prévention de l'obésité par la transformation des politiques municipales, le capital social et la participation citoyenne* réunissait une équipe de chercheur académique avec des partenaires, co-chercheurs des milieux de pratique. Il a permis la réalisation d'un ensemble de stratégies écologiques depuis 2010, intervenant sur les divers environnements tel que proposé par le document québécois pour une vision commune des environnements favorables paru en 2012. Spécifiquement, les environnements sociaux, politiques et économiques ont émergé comme leviers stratégiques dans les milieux ciblés en plus de pratiques cliniques préventives novatrices développées et offertes conjointement avec les membres de la communauté. La création de pratiques collaboratives intersectorielles avec le milieu communautaire de l'économie sociale, dans une logique constructiviste, a permis de confirmer la pertinence des approches partenariales dans la recherche interventionnelle en santé publique. Ces réseaux souvent appelés hybrides connaissent diverses

évolutions qui peuvent être conceptualisées sur un continuum allant d'une co-existence, à la coordination, à la collaboration, à la consolidation et à la convergence (Mulgan, 2008; Kickbush, 2011). Notre expérience démontre que les interventions contextualisées et ancrées aux savoirs et pratiques locales ont de meilleures chances d'atteindre un niveau de convergence. Or, les quatre cas à l'étude ont reflété diverses évolutions en fonction du pouvoir et de la provenance du leadership local ainsi qu'en fonction de la valorisation des savoirs et des expertises des organisations communautaires. L'intervention de quartier est à nos yeux une approche fort prometteuse, capable de développement durable et menant à des impacts populationnels significatifs à long terme.

La recherche a permis un nombre significatif d'activités diversifiées de transfert auprès des milieux de pratique et auprès de la communauté scientifique. Trois théorisations permettent de situer la pratique de la promotion de la santé dans le contexte québécois comme un outil important de lutte à l'obésité et de guider les approches et la recherche interventionnelle. Chacun des milieux s'est transformé par la participation à la recherche et ces changements ont contribué à l'atteinte d'une série de gains plus ou moins importants en matière de progrès envers la lutte à l'obésité et la promotion de saines habitudes de vie. L'action directe sur les déterminants sociaux contextualisés que seule une recherche de ce type peut faciliter est un appel à revoir la pratique de la santé communautaire en réaffirmant la place des actions promues par la Charte d'Ottawa dans une vision intégrée, intersectorielle et pan sociale. Les environnements obésogéniques peuvent être contrés par l'intégration de la santé dans toutes les politiques, décisions et interventions sur les milieux, avec les milieux. Finalement, des approches graduellement plus régulatrices et des leviers législatifs doivent être placés en priorité. À l'échelle locale, notre intervention partenariale a su mobiliser, dans certains cas, certains de ces mécanismes pour optimiser les retombées potentielles. Chacun des milieux, après trois ans de partenariats issus de la recherche intervention et réflexive incluant de nombreux allers-retours théoriques et pratiques, font preuve d'un renforcement des capacités et de diverses expressions d'un pouvoir d'agir soit émergent, soit renouvelé ou encore mobilisé. Des synergies créatrices ont remplacé des résistances au changement et la prise en compte des processus et des besoins en continu par un engagement dans les milieux, comme partenaire formel des concertations sur une longue période, ont été

garantes des bénéfices mutuels observés. Les nombreuses collaborations périphériques pour la réalisation des objectifs spécifiques ont été fructueuses et ont mené à de nouvelles collaborations entre les milieux. Deux partenariats ont été interrompus en 2010-2011 dont l'un à la demande du milieu, soit la santé publique locale et un autre, par l'équipe de recherche. Des ententes partenariales ont été signées avec tous les autres milieux et perdurent au-delà de la recherche subventionnée.

Outre ces retombées diverses, ce projet a contribué à la formation à la recherche d'étudiants aux niveaux collégial, 1er et 2e cycles. L'étude a profité à trois techniciens, trois étudiants de premier cycle, deux de deuxième cycle et à deux professionnels de recherche en plus d'expertises ponctuelles sollicitées en graphisme et traduction pour les divers outils de transfert. Deux professionnels cliniciens ont aussi contribué aux objectifs.

Sans le financement de l'action concertée pour cette recherche, la voix et l'expérience de groupes communautaires vivant diverses expériences de vulnérabilité ne seraient pas connues et nos pratiques professionnelles resteraient inchangées. Or, l'étude a favorisé diverses transgressions des frontières usuelles entre savoirs académiques, scientifiques et populaires qui, sur le chemin de la lutte à l'obésité, contribuent à concevoir certains progrès en la matière. Selon le réseau de recherche en santé des populations (2010), la recherche participative interventionnelle comprend une stratégie mobilisatrice qui, réunissant plusieurs groupes d'acteurs autour de projets communs, contribue à renforcer l'action en santé publique. L'accompagnement des milieux n'est pas un enjeu théorique mais bien pratique, exigeant un renouvellement des pratiques de santé publique. En somme, l'approche de notre équipe des Quartiers en santé, issue de l'Organisation mondiale de la santé et des concepts de villes ou municipalités en santé, comprend aussi différents secteurs de la société, public, privé et communautaire, qui forment un groupe à partir des organisations communautaires ou des groupes de voisinage informels pour réaliser des initiatives de promotion de la santé et de prévention des maladies. En raison de l'influence de déterminants spécifiques à des problématiques locales, de l'adaptation nécessaire des interventions aux besoins locaux et du contrôle local favorisé, l'approche ciblée favorise la mise en œuvre locale en temps opportun d'initiatives prometteuses. Notre action sur le capital social a contribué à renforcer les réseaux reliés, durables, de

confiance, réciproques et riches en ressources (capital financier, éducation, statut social et pouvoir politique) dans les quartiers et utilisés comme des outils d'habilitation de la société et de ses membres dans la vision de Putnam (1995). Une participation citoyenne pour la santé émerge et s'imbrique aux milieux, transformant les environnements pour les rendre plus favorables aux choix santé facilités.

Liste des productions

Co-construcion de la recherche avec les concertations locales:
72 réunions approximativement réalisées sur 4 sites X 9 rencontres par année, pendant 2 ans ; 72 réunions au total (80% en présentiel avec les partenaires en Outaouais dans diverses municipalités et à Montréal siège de la fédération (Nunavik), 20% en modes virtuels)

Forums locaux ou d'experts
- ✓ Atelier Partenariats, concertation et participation citoyenne, 2010
- ✓ Forum citoyen pour la politique familiale intergénérationnelle, 18 fév 2012
- ✓ Semaine de la Recherche 2011 de l'Université du Québec en Outaouais
- ✓ Forum des partenaires : Vers des recommandations pour le guide de pratique clinique sur le traitement de l'obésité pédiatrique au Québec. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (Montréal, 2 février, 2011).

Colloques, organisation (O) et expertises (E)
- ✓ Entre l'action et les conditions, la PS crée des gains en santé! Partenaires pour des approches multidimensionnelles à proximité (*Gatineau, 2011*) (O)
- ✓ Troisième colloque du Groupe de recherche interdisciplinaire en sciences de la santé et milieux favorables: La santé, qui en est l'expert? (*St-Jérôme, 2011*) (O)
- ✓ Colloque national du réseau Québécois de la recherche partenariale en économie sociale (RQRP-ÉS) Économie sociale, développement territorial et sectoriel des territoires (*Gatineau, 21 avril 2011*) (E)
- ✓ Sommets canadien de l'obésité Sommet de l'obésité (*Mtl, avril. 2011 Vanc., mai 2013*) (E)
- ✓ Café scientifique des IRSC : L'obésité, un enjeu de taille! (*Gatineau, 2011*) (O)

Regroupements de professionnels
- ✓ Gouvernance locale et saines habitudes de vie : perceptions et leviers. AQLM-Montréal, octobre 2012.
- ✓ Direction de la santé publique de la Montérégie - 22 mai 2012
- ✓ La promotion dans le réseau de la santé et dans la société - Commission politique fédérale de l'Outaouais – 22 janv. 2011
- ✓ Démocratisation de la santé à proximité- Table de concertation outaouaise en SHV – 9 nov. 2010

Texte et chapitre arbitrés
Lapierre, J**.,** Ndengeyingoma, A. & Boucher, J. (2012). L'intégration de la santé dans toutes les politiques dans la gouvernance pour la santé : Une pratique issue de l'axe des politiques publiques favorables de la Charte d'Ottawa. REFIPS, Revue du Réseau francophone international pour la promotion de la santé – Numéro spécial sur les célébrations de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Pp. 75-82.

Boucher, Jacques L. "Recherche en partenariat" et démocratisation du savoir. Les sciences sociales et leurs publics. Iasi (Roumanie) : Éditions universitaires Alexandru Ioan Cuza, 2013. 223-248.

Communications scientifiques et communautaires des processus, résultats, retombées (2011-2014)

Lapierre, J., Dumas, N., De Wals, P. Bisset, S., Roy, G., Dionne M. & Prévost, J. (2014). Comprehensive systems thinking evaluation in healthy living and obesity prevention: Challenges and results from the Quebec experience. *Obesity Reviews* (International Association for the Study of Obesity, IASO). 12th International Congress on Obesity (ICO) Kuala Lumpur-Malaysia. 17- 20 March 2014 (*soumis 21 octobre 2013*).

Lapierre, J., Theoret, L., Hamilton, S., Sokchiveneath, C., Boucher, J. et Ndengeyingoma, A. (2014). Healthy Co-Op Preventative Circles In Northern Isolated Inuit Communities: An Empowering Strategy For Socioenvironmental Changes Promoting Healthy Norm Changes And Facilitating Healthy Choices. (t.8). Obesity Reviews (International Association for the Study of Obesity, IASO). 12th International Congress on Obesity (ICO) Kuala Lumpur-Malaysia. 17- 20 March 2014 (accepted December 14th 2013).

Lapierre, J. & Boucher, J. (2014). Moving Social Housing To A Community Mobilization Synergistic Process Inseparably Linking Healthy Living Habits To Healthy Habitats With Vulnerable Families. Obesity Reviews (International Association for the Study of Obesity, IASO). 12th International Congress on Obesity (ICO) Kuala Lumpur-Malaysia. 17- 20 March 2014 (accepted December 14th 2013).

Lapierre, J., Boucher, J., Ménard, A., Blais, H. et Ndengeyingoma, A. (2014). Health In All Policies At The Local Level: The Case For Intergenerational Healthy Living Within Supportive Economic, Political, Physical And Social Environments. Obesity Reviews (International Association for the Study of Obesity, IASO). 12th International Congress on Obesity (ICO) Kuala Lumpur-Malaysia. 17- 20 March 2014 (accepted December 14th 2013).

Lapierre, J., Pellerin, S., Chénard, M.-P., Larivière, D., Boucher, J., Major, F., Ndengeyingoma, A. (2012). Gouvernance locale et saines habitudes de vie *: perceptions et leviers*. Congrès annuel de l'Association québécoise du loisir municipal. Montréal : 3-5 octobre 2012.

Lapierre, J., Bédard-Allaire, M., Chénard, M.P., Boucher, J. , Ndengeyingoma, A, Major, F., Larivière-Bastien, D. (2012). *L'étude d'impact en gouvernance locale : Enjeux favorables, stratégie d'équité et levier synergique de lutte à l'obésité en santé publique (affiche)*. EIS 2012 Prendre en compte la santé dans toutes les politiques. Québec (Canada) : 29-31 août 2012.

Lapierre, J., Major, F., Ndengeyingoma, A., Boucher, J., Ménard, A., Sabourin, H., Ouimette, S., St-Arnaud, C., Lalonde, C., Laplante, K. & Larivière-Bastien, D. (2012). *Pratiques cliniques préventives en saines habitudes de vie dans les coopératives de solidarité au Québec : Enjeux et évaluation du programme Le parc à nous, le banc d'école aux parents !*5ième congrès mondial des infirmières et infirmiers de la francophonie : Des pratiques cliniques novatrices, optimiser les compétences professionnelles. Suisse : Genève, 20-24 mai 2012.

Ndengeyingoma, A., Lapierre, J. & Major, F. (2012). Pratiques cliniques préventives et de promotion au cœur des quartiers : une innovation québécoise d'infirmières engagées en promotion de la santé et qualité de vie. Communication orale. Des pratiques cliniques novatrices : Optimiser les compétences professionnelles. 5ième Congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones. Genève (Suisse) : 20-24 mai.

Major, F., Ndengeyingoma, A., & Lapierre, J. (2012). *Les effets d'une formation à l'autogestion des maladies chroniques sur l'état de santé, les comportements de santé et l'utilisation des soins de santé (affiche).* Des pratiques cliniques novatrices : Optimiser les compétences professionnelles. 5ième Congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones. Genève (Suisse) : 20-24 mai 2012.

Ndengeyingoma, A., Major, F., & Lapierre, J. (2012). *Une qualité de vie par-delà la maladie : Un programme d'autogestion des maladies chroniques qui optimise les compétences infirmières.* Communication orale. Des pratiques cliniques novatrices : Optimiser les compétences professionnelles. 5ième Congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones. Genève (Suisse) : 20-24 mai 2012.

Lapierre, J., Boucher, J., Orpana, H., Major, F., Ndengeyingoma, A., Ménard, A., Sabourin, H., Ouimette, S., St-Arnaud, C., Lalonde, C., Laplante, K. & Larivière-Bastien, D. (2012). *Urbanisation, gouvernance locale et modes de vie sains : Planification municipale intégrée (HiAP) et analyse des lentilles intergénérationnelles de santé à Thurso (Québec) - innovation en concertation Quartiers-Communautés en santé et Municipalité amie des aînés* ! Conférence annuelle de l'Association canadienne de santé publique (ACSP) : La santé publique au Canada : créer et soutenir des environnements sains. Canada : Edmonton (Alberta), Shaw Conference Centre, 11-14 juin 2012.

Jarvis, S., & Lapierre. J. (2012). *Eat Well and Be Active Educational Toolkit : Creating Supportive Environments for Physical Activity (affiche)*. Conférence annuelle de l'Association canadienne de santé publique : La santé publique au Canada, soutenir des environnements sains. Shaw Conference Center, Edmonton (Alberta) : 11 au 14 juin 2012.

Lapierre, J., Larivière-Bastien, D., Laplante, K., Boucher, J., Ndengeyingoma, A., Major, F., Ménard, A., Sabourin, H., Ouimette, S., St-Arnaud, C., Lalonde, C. (2012). La santé à la table des municipalités! Perceptions des élus et fonctionnaires des gouvernements municipaux. 5ième congrès mondial des infirmières et infirmiers de la francophonie (affiche) : Des pratiques cliniques novatrices, optimiser les compétences professionnelles. Suisse : Genève, 20-24 mai 2012.

Pellerin, S. & Lapierre, J. (2012). Actions de la Coalition Poids et partenariats possibles avec les acteurs de santé publique. Direction de la santé publique de la Montérégie : 22 mai 2012.

Lapierre, J., Bédard Allaire, M., Chénard, M.-P., Guénette, M., Boucher, J. & Ndengeyingoma, A. et collaborateurs des milieux de pratique. (2012). Sondage sur les environnements favorables et la gouvernance locale pour des Quartiers en santé : Messages clés. Municipalité et famille, le penser et agir famille du Carrefour action

municipale et famille, mai.

Lapierre, J., Orpana, H., Boucher, J., Major, F., Ndengeyingoma, A., Ménard, A., Sabourin, H., Ouimette, S. & Lalonde, C., (2011). *Systemic Challenges of Promoting Healthy Weights and Preventing Obesity: A Canadian case study of a health promotion HiAP multilevel, multisectoral and transdisciplinary perspective (poster). Health in All Policy World Health Organization and South Australian Summer Course. Adelaide, Australia: Nov. 28th-Dec. 2nd.*

Boucher, J.L. (2011). Promotion, prévention et coopération : quelques promesses et questions . Entre l'action et les conditions, la promotion de la santé crée des gains en santé ! Université du Québec en Outaouais. GIRESS.

Boucher, J.L. (2011). La recherche en partenariat: innovation et contrainte. Séminaire. Institut d'étude des sociétés et du savoir, Sofia, Bulgarie, 14 septembre 2011.

Boucher, J.L. (2011). La "recherche en partenariat": démocratisation du savoir?. Colloque international "Les sciences sociales et leurs publics. Engagements et distanciations. Iasi, Roumanie, 22-23 sept. 2011.

Lapierre, J., Laplante, K (présentatrice), Major, F., Ndengeyingoma,, A. & Lortie, C. (2011). *Promotion de la santé au marché: PS Viens au marché et paniers bios collectifs, une initiative de Quartiers en santé.* Troisième colloque du Groupe de recherche interdisciplinaire en sciences de la santé et milieux favorables (GIRESSS) : La santé, qui en est l'expert? (St-Jérôme, 27 avril 2011).

Ndengeyingoma, A., Lapierre, J., Major,F., Ménard,A., Sabourin,H. & Gélinas, B. (2011). Recherches partenariales, actions concertées et pratiques préventives pour des quartiers en santé. Gatineau (Université du Québec en Outaouais) : Colloque national du réseau Québécois de la recherche partenariale en économie sociale (RQRP-ÉS) Économie sociale, développement territorial et sectoriel des territoires : 21 avril 2011.

Major, F., Lapierre, J., Ndengeyingoma, A. (2011). *Innover en promotion et prévention par la participation citoyenne : les modes d'action d'une coopérative de solidarité en promotion de la santé et qualité de vie.* 4e Colloque international des programmes locaux et régionaux de santé : Les artisans du changement. Gatineau, 27-30 juin.

Major, F. (2011). *Les saines habitudes de vie et les maladies chroniques.* Rencontre thématique de la commission politique du parti libéral du Québec en Outaouais (22 janvier, Gatineau).

Major, F., Lapierre, J., Ndengeyingoma, A., Aimé, A. & Lévy, C. (2011). *Groupe interdisciplinaire de recherche en sciences de la santé et milieux favorables*. Présenté à la délégation de la Haute école de santé de Genève (26 janvier, Gatineau).

Lapierre, J. (2011). L'obésité: renverser la tendance, un enjeu prioritaire! Semaine de la recherche 2011 de l'Université du Québec en Outaouais.

Lapierre, J., Major, F. et al. (2011). Dialogue sur les leviers, les programmes et les politiques en matière de promotion des saines habitudes de vie. Semaine de la recherche 2011 de l'Université du Québec en Outaouais.

Major, F., Lapierre, J. & Ndengeyingoma, A. (2011). Recherche et transfert d'une innovation sociale sous forme de Coopérative de santé. Semaine de la recherche 2011 de l'Université du Québec en Outaouais.

Lapierre, J., Major, F., Ndengeyingoma, A., Aimé, A. & Lévy, C. (2011). Coopérative de solidarité en promotion de la santé et qualité de vie. Démocratiser la santé à proximité. Journées Portes Ouvertes de l'Université du Québec en Outaouais (12 février, St-Jérôme).

Lapierre, J. (2011). Après le virage ambulatoire, cédons le passage prioritaire à la promotion dans le réseau de la santé et dans la société. Rencontre thématique de la commission politique du parti libéral du Québec en Outaouais (22 janvier, Gatineau).

Major, F., Lapierre, J., Ndengeyingoma, A., Aimé, A. & Lévy, C. (2011). Groupe interdisciplinaire de recherche en sciences de la santé et milieux favorables. Journées Portes Ouvertes de l'Université du Québec en Outaouais (12 février, St-Jérôme).

Gagnon, M., Lapierre,J., Major, F., Ndengeyingoma, A., Bélanger, G., Aimé, A. et al. (2010). Urgence d'agir. Montréal - Montréal - Troisième rendez-vous de la gestion des maladies chroniques : Modèles, expériences et résultats: 29 novembre 2010.

Lapierre, J., Major, F., Ndengeyingoma, A. & Aimé, A. (2010). *Quartiers en santé, Coopérative de solidarité pour la promotion de la santé et la qualité de vie : un modèle à explorer.* Montréal – Colloque FÉRASI 2010 Réinventer l'accessibilité aux soins : des modèles à explorer pour le Québec : 19 novembre 2010.

Major, F., Lapierre, J., Ndengeyingoma, A. (2010). *La Coopérative de solidarité Quartiers en santé.* Conférence sur invitation. Forum Innovation 2010. Atelier sur la valorisation de la recherche en Outaouais : Exemples de succès. Gatineau (QC)/Université du Québec en Outaouais, 19 mars.

Lapierre, J., Major, F., Ndengeyingoma, A., Nadeau, F. (2010). *Coopérative de solidarité en promotion de la santé et qualité de vie : Démocratisation de la santé à proximité*. Gatineau - Table de concertation Outaouaise en saines habitudes de vie : 9 novembre 2010.

Lapierre, J., Major, F., Ndengeyingoma, A. et al. (2011-2012-2013).Quartiers en santé pour la prévention de l'obésité par la transformation des politiques municipales, le capital social et la participation citoyenne : Rapport de première étape. Rencontre de suivi au FQRSC –*Trois présentations.*

Major, F., Lapierre, J. & Ndengeyingoma, A. (2010). Panel principal du Forum sur les Innovations Université du Québec en Outaouais. Le développement, les défis et le rôle de Quartiers en santé dans le développement de l'économie sociale de l'Outaouais.

Ndengeyingoma, A. (2010, janvier). L'immigration et ses défis pour se garder en santé. Rencontre thématique de la commission politique du parti libéral du Québec en Outaouais. Gatineau.

Rapports de recherche

Lapierre, J., Boucher, J., Major, F., Ndengeyingoma, A. et le comité de la politique familiale de la municipalité de Thursos. (2012). *Rapport du Forum citoyen du 18 février 2012 : Ensemble en 2012 pour le développement de Thurso : Politique familiale, politique amie des aînés et villes en santé*. Gatineau : Quartiers en santé.

Lapierre, J., Boucher, J., Major, F., Ndengeyingoma, A. (2012). L'obésité, un enjeu de taille : Portrait, positionnement et solutions. *Carnets ÉquitéSanté, 1*. Gatineau : Quartiers en santé.

Lapierre, J., Boucher, J., Ndengeyingoma, A. & Major, F. (2012). Rapport d'activité présenté aux IRSC : Café scientifique *L'Obésité un enjeu de taille!* Gatineau, 27 mars 2012 : Équipe FQRSC Quartiers en santé en prévention de l'obésité.

Lapierre, J., Bédard Allaire, M., Chénard, M.-P., Guénette, M., Boucher, J., Major, F. & Ndengeyingoma, A. et collaborateurs des milieux de pratique. (2012). Rapport synthèse du Sondage sur les environnements favorables et la gouvernance locale pour des Quartiers en santé : Faits saillants, enjeux, messages clés et perspective d'avenir. Gatineau : Carnets ÉquitéSanté, 2, Université du Québec en Outaouais, Équipe FQRSC Quartiers en santé en prévention de l'obésité.

Lapierre, J., Major, F. & Ndengeyingoma, A. (2011). Cahier 26 : Rapport des activités 2010-2011 de Quartiers en santé. UQO : Groupe interdisciplinaire de recherche en sciences de la santé et milieux favorables.

Lapierre, J., Laplante, K, Major, F., Ndengeyingoma, A. (2011). Cahier 23 : Mieux vaut prévenir que guérir! Rencontre thématique, Commission politique libérale de l'Outaouais –comité de recommandation en promotion de la santé. UQO : Groupe interdisciplinaire de recherche en sciences de la santé et milieux favorables.

Major, F., Lapierre, J., Ndengeyingoma, A., Girard, J.-P., Gélinas, B., Laplante, K., Rus, A. (2011). Actes du colloque, Entre l'action et les conditions, la promotion de la santé crée des gains en santé! Partenaires pour des approches multidimensionnelles à proximité. Cahier 25 du Groupe interdisciplinaire de recherche et de développement en sciences de la santé et milieux favorables (GIRESSS).

Lapierre, J., Laplante, K., Major, F., Rus, A. (2011). Cahier 24 : Outils de transfert et d'application pour les participants au colloque *Entre l'action et les conditions, la promotion de la santé crée des gains en santé!* Partenaires pour des approches

multidimensionnelles à proximité (Projet action concertée 2010-2013 Problèmes de poids et facteurs sociaux – FQRSC *Quartiers en santé pour la prévention de l'obésité par la transformation des politiques municipales, le capital social et la participation citoyenne).* UQO : Groupe interdisciplinaire de recherche en sciences de la santé et milieux favorables.

Lapierre, J., Major, F. , Ndengeyingoma, A., Hébert, C., Raby, D., Duguay, P., Lalonde, C. (2010). Cahier 18 - Rapport de l'atelier sur les coopératives de santé : Les partenariats, la concertation et la participation citoyenne au coeur du déploiement des coopératives de santé et des actions de promotion-prévention dans notre région. UQO : Groupe de recherche interdisciplinaire en sciences de la santé et milieux favorables.

Lapierre, J., Major, F., Ndengeyingoma, A.,Duguay, P., Lalonde, C., Boudreault, L., Poirier, G. & Ouimette, S. (2010). Cahier 19 - Rapport des activités de « Quartiers en santé », Présenté à l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais. UQO : Groupe de recherche interdisciplinaire en sciences de la santé et milieux favorables.

Lapierre, J., Major, F. , Aimé, A., Ndengeyingoma, A., Nadeau, F., Ramazani, A., Lévy, C., (2010). Cahier 20 - La Coopérative de solidarité Quartiers en santé. UQO : Groupe interdisciplinaire de recherche en sciences de la santé et milieux favorables.

Références

Agence de santé publique du Canada & Institut canadien d'information sur la santé. (2011). Obésité au Canada. Ottawa : Auteurs.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais. (2012). *Contribuer à la santé et au bien-être de la population outaouaise par le recours aux pratiques cliniques préventives*. Cadre de référence et outil d'analyse régionale. Montréal : Bibliothèque et Archives du Canada.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais. (2009). *Des gens en santé dans des milieux en santé. Plan d'action régional de santé publique Outaouais (2009-2012)*. Montréal : Bibliothèque et Archives du Canada. www.santepublique-outaouais.qc.ca.

Aronson, R.E., et al. (2007). Achieving a broad view of health…. *Health Education & Behavior, 34*, 441-452.

Assemblée générale des Nations Unies. (2011, 19-20 septembre). *Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1*

Avargues, M.C. (2005). Débattre de l'intégration de la promotion….*IUHPE Promotion and Education Supplement, 3*, 45-48.

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

Bar-Or O. (2000). Juvenile obesity, physical activity, and lifestyle changes…. *Physician and Sports Medicine, 28*(11).

Baum, F. et al., (2006). What makes for sustainable Healthy Cities initiatives? …. *Health Promotion International, 21*(4), 259-265.

Bernard, P. (2007). Le point sur l'effet de quartier : L'obésité. Montréal : Léa Roback.

Bernard, P. & McDaniel, S. A. (2009). Le parcours de vie comme optique de politiques publiques– défis et occasions pour le développement humain. Dialogue sur les politiques de RHDCC « Le parcours de vie comme optique de politiques publiques ». Ottawa.

Birmingham, C.L., et al., (1999). The costs of obesity in Canada. *Cdn Medical Association Journal*, *160* (4) :483-488.

Canadian Population Health Initiative. (2004). *Improving the health of Canadians.* Ottawa: Canadian Institute for Health Information.

CDC. (2005). Guide to community preventive services .Atlanta : Author.

CDC. www.cdc.gov/chronicdisease/recovery/PDF/N_and_PA_MAPPS_strategies.pdf.

Chen, X., et al., (2008). Personal social capital scale …. *Health Education Research, 24*(2), 306-317.

Choy, L.B., et al., (2008). Increasing access to places for physical activity through a

joint-use agreement*. Preventing Chronic Disease : Public Health Research, Practice, and Policy, 5(*3), 1-8.

Christakis, N. et al., (2007). The spread of obesity in a large social network over 32 years. *New England Journal of Medicine, 357*, 370-379.

Courtois, L. Mias, C. & Labbé, S. (2013). La recherche-action considérée comme un potentiel vecteur de changement des pratiques professionnelles du secteur associatif : le cas d'une recherche visant la promotion de comportements citoyens. http://www.aref2013.univ-montp2.fr/cod6/?q=content/369-la-recherche-action-consid%C3%A9r%C3%A9e-comme-un-potentiel-vecteur-de-changement-des-pratiques--0

CSSSS de Gatineau. (2011). Programmes Corps en santé. Ateliers sur les saines habitudes de vie.

Dobilas, G et al., (2005). Measuring neighborhood vitality. Final Report. Toronto : GHK International Ltd.

Flynn, M.A.T. (2003). *Community prevention of obesity in Canada.* Calgary: Calgary Community prevention of obesity steering committee.

Freudenberg, N. (2004). Community capactiy for environmental health promotion….*Health Education & Behavior, 31*(4), 472-490.

Gagnon, H. & Guillaumie, L. (2010). L'intervention mapping: une démarche structurée de planification en promotion de la santé. Montréal : JASP 2010.

Girard, J.P. (2011). Coopératives de santé au Québec, 15 ans de cheminement, d'adaptation, d'apprentissage. Centre canadien pour le renouveau communautaire. http://communityrenewal.ca/

Girard, J.P. (2006). Notre système de santé autrement : l'engagement citoyen par les coopératives. Montréal. BLG, 211 p.

Goodman, R., et al., (1998). Identifying and defining the dimensions of community capacity to…. *Health Education & Behavior, 25*(3), 258-278.

Gordon-Larsen, P., et al.,(2000). Determinants of adolescent physical activity and inactivity patterns. *Pediatrics*, 105, 1-8.

Gouvernement du Québec. (2009). *Stratégie d'action jeunesse 2009-2014 : Enrichir le Québec de sa relève.* Auteur : Québec. 99p.

Green, L.W. Sim, L. & Breiner,, H. (Editors). (2013). *Committee on Evaluating Progress of Obesity Prevention Efforts; Food and Nutrition* Board. Washington: National Academies of Science, Institute of Medicine.

Green, L.W. (1995). *Recherche participative et promotion de la santé*. Ottawa : Société Royale.

Groulx, S. (2007). *Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 72 p. (Collection L'intégration de pratiques cliniques préventives)

Guba, E.G., et al.,(1989). *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Haerens, L., et al.,(2008). Developing tje IDEFICS community-based intervention. *Health Education Research, 24*(3), 381-393.

Holtgrave, D.R. et al.,(2006). Is social capital a protective factor against obesity and

diabetes? *American Journal of Epidemiology, 16,* 406-408.
Institut de la statistique du Québec. (2002). *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois. Qu*ébec : Auteur.
Institut national de la santé publique. (2012). Programmation scientifique 2012-2015 Des expertises en constante évolution. Gouvernement du Québec : au : http://www.inspq.qc.ca.
Institut national de la santé publique. (2012). Portrait de l'environnement alimentaire dans les écoles primaires du Québec. Montréal : Biblithèque et archives nationales du Québec.
Katzmarzyk, P.T. et al.,(2004). Les coûts économiques de l'inactivité physique et l'obésité au Canada : Mise à jour. *Revue canadienne de physiologie appliquée, 29*(1), 90-115.
Kettel Khan, L., et al.,(2009). Recommended Community Strategies… to Prevent Obesity in the United States. *MMWR, 58*(RR07);1-26.
Koehly, L.M. et al.,(2009). Adolescent obesity and social networks. *Preventing Chronic Disease : Public Health Research, Practice, and Policy, 6* (3), 1-8. LeBlanc, P. (2009). Portrait des coopératives de santé du Québec. Colloque sur les coopératives de santé (Mtl)29 avril 2009.
Lau DCW, Douketis JD, Morrison K, et al. (2007). Obesity Canada Clinical Practice Guidelines Expert Panel. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children. CMAJ 2007;176(8 Suppl):S1-13. [For the complete set of guidelines, go to www.cmaj.ca/cgi/content/full/176/8/S1/DC1
Lusk, E., Megan, H. & S. P. (2013). Le rôle de courtiers de connaissances au sein des réseaux de connaissances: le cas du Senior Health Research Transfer Network, en Ontario (Anglais*). Implementation Science, 8*:7.
Manske, S. et al., (2007). Système d'intervention, de planification et …. Université de Waterloo : Centre de recherche sur le comportement de la Société canadienne du cancer et le Groupe de recherche sur la santé des populations. Mcdermott, R.J., et al.,(2009). A community-school district-university partnership….*Preventing Chronic Disease : Public Health Research, Practice and Policy, 6*(1), 1-10.
Massé, R. (2001). Ds Dozon, J.P. & Fassin, D. (editeurs). *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique.* Bulletin Amades (en ligne), 48. Paris. Éditions Balland, Coll. Voix et Regards.
Massé, R. (2001). La santé publique comme projet politique et projet individuel. *Collection développée avec la Bibliothèque Paul-Émile Boulet de l'Université du Québec à Chicouti*mi. http://bibliotheque.uqac.ca
Mercier, C. et al.,(2009). Participation citoyenne et développement des communautés….Rapport dans le cadre des suivis sur la participation citoyenne. UQO : Alliance de recherche Université-Milieu; Innovation sociale et développement des communautés.
Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008). Programme national de santé publique 2003-2012 (mise à jour 2008). Montréal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec.
Ministère de la santé et des services sociaux & Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. (2007). L'intégration des pratiques cliniques préventives : Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature. Montréal : Gouvernement du Québec.

Ministère de la santé et des services sociaux. (2006). Plan d'action gouvernemental (2006-2012) pour les saines habitudes de vie et la prévention des problèmes reliés au poids.
Ministère de la santé et des services sociaux. (2006). La participation citoyenne au cœur de la responsabilité populationnelle. Montréal : Bibliothèque et archives nationales du Québec.
Mongeau, L., et al.,(2005). *L'excès de poids dans la population québécoise de 1987 à 2003*. Québec: Bibliothèque nationale du Québec.
Moore, S., et al.,(2009). Association of individual network social capital with abdominal adiposity, overweight and obesity. *Journal of Public Health, 31*(1), 175-183.
Neiger, B.L., et al.,(2008). A policy and environmental response to overweight in childhood….*Preventing Chronic Disease : Public Health Research, Practice and Policy, 5*(4), 1-5.
Nolin, B. et al.,(2005). *Les québécois bougent plus mais pas encore assez.* Saint-Laurent : Institut national de santé publique.
OCDE. (2013). *Reviews of Health Care Quality: Danemark, Executive Summary, Assessment and Recommendations*. Health Division. 34 p.
Ohmer, M.L. (2008). Assessing and developing the evidence base of macro practice and neighborhood focus. *Journal of Evidence-Based Social Work, 5*(3-4), 519-547.
OMS. (2013). (http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/fr/index2.html)
OMS. (2013). http://www.who.int/features/factfiles/obesity/fr/index.html
OMS. (2011). Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé Rio de Janeiro (Brésil), 21 octobre 2011.
OMS. (2010). Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles. ISBN 978 92 4 259741 7 (NLM classifi cation: WT 500). Genève (Suisse): Service de production des documents de l'OMS.
Poortinga, W. (2005). Social capital : An individual of collective resource for health? *Social Science and Medicine, 62*, 292-302.
Public Health Agency of Canada. (2011). *The Chief's Public Health Officers Report on the State of Public Health in Canada: Youth and Young Adults – Life in transition*.
Public Health Agency of Canada. (2010). *Strategic Policy Research Assessment. Chapter: Obesity.*
Public Health Agency of Canada. (2010). *The Strenghened Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy*. http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ipchls-spimmvs/fw-eng.php.
Public Health Agency of Canada & World Health Organization. (2008). *Health Equity through Intersectoral Action: An Analysis of 18 Country Case Studies.*
Public Health Agency of Canada. (2007). *Crossing Sectors: Experiences in Intersectoral Action, Public Policy and Health.*
Public Health Agency of Canada. (2007). IUHPE World Conference June 13th 2007. *Crossing Sectors: Intersectoral Action – Innovative Approaches for Health and Equity.*
Réseau québécois des villes et villages en santé. (2000). *La santé c'est aussi l'affaire des municipalités*. Mémoire.
St Pierre, L. & Gauvin, F.-P. (2010). *Intersectoral governance for Health in All Policies : An integrated framework.* Health in All Policies – Adelaide 2010 International Meeting.
Putnam, R.D. (1995). Tuning in, tuning out- the strange disappearance of social capital. *Political Science, 28*, 664-683.

Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik. (2012). Rapport annuel 2011-2012. Montréal : Bibliothèque nationale du Québec / National Library of Quebec.

Renaud, L. et al., (2002). *Planifier pour mieux agir*. Montréal : RÉFIPS. 178p. RQVVS. (2000). La santé c'est aussi l'affaire des municipalités. Québec : RQVVS, 5 pages.

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

Runyan, D.K., et al.,(1998). Children who prosper in unfavourable environments: The relationships to social capital, *Pediatrics, 101*, 12-18.

Sallis, J.F., et al.,(2002). Correlates of vigorous physical activity for children in grades 1 through 12, *Pediatric Exerc Sci, 14*, 30-44.

Santos Burgoa, C., et al.,(2009). Healthy Communities Program. *Preventing Chronic Disease : Public Health Research, Practice, and Policy, 6*(1), 1-4.

SRIPMVS.(2005). La stratégie pancanadienne intégrée…. Ottawa: Ministère de la santé.

Statistiques Canada, http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2012001/article/11712-fra.htm *Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 2009 à 2011. Dans le cadre de l'ECMS, les données sur la santé sont mesurées à partir de la population canadienne à domicile de 3 à 79 ans.*

Tjepkema, M., et al.,(2005). *Obésité mesurée… .Canada*. Ottawa: Statistique Canada, Produit no 82-620-MWF2005001, 35 p.

Tountas, Y. (2009).The historical origins of the basic concepts of health promotion, *Health Promotion International, 24*(2), 185-192.

Ubelacker,S. (2013). Les Canadiens n'ont jamais été aussi obèses. Publié le 27 février 2013 à 16h53. La Presse. http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201302/27/01-4626125-les-canadiens-nont-jamais-ete-aussi-obeses.php

Veitch, J., et al.,(2007). Children's active free play in local neighborhoods. *Health Education Research, 23* (5), 870-879.

Whitaker, R.C., et al.,(1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *New England Journal of Medicine, 337*(13), 869-873.

Wind, M., et al., (2007). Appreciation and implementation of a school-based intervention *Health Education Research, 23*(6), 997-1007.

Wong, S.L. et al.,(2009). Association between sedentary behavior, physical activity, and obesity…. *Preventing Chronic Disease : Public Health Research, Practice and Policy, 6*(1), 1-13.

Yin, R.K. (1995). The *Art of Case Study Research.* Thousand Oaks: Sage.

ÉQUIPE DE RECHERCHE
PÉPO - ULAVAL - UQO
Promotion de la santé urbaine
et des saines habitudes de vie

UQO

UNIVERSITÉ LAVAL

Quartiers en santé pour la prévention de l’obésité par la transformation des politiques municipales, le capital social et la participation citoyenne

2010-AC-137224

Annexe

Février 2014

Liste des annexes

Formulaires de consentement

Formulaire de consentement des jeunes
Formulaire de consentement des participants-parents
Formulaire de consentement des membres du regroupement
Lettre informative Sondage sur les environnements favorables et la gouvernance locale
Lettre informative Directeurs des écoles du Nunavik

Questionnaires

Les questionnaires

- Grille d’entrevue individuelle démarrage du projet (parents)
- Grille d’entrevue individuelle démarrage du projet (enfants)
- Grille d’entrevue, planification des regroupements
- Grille d’entrevue auto-rapporté, mise-en-œuvre
- Grille d’entrevue, groupe focalisé, temps 3
- Grille d’entrevue, fin du projet, impact auprès des parents
- Grille d’entrevue, fin du projet, impact auprès des jeunes
- Grille d’entrevue, post-ateliers intégrées
- Grille d’entrevue, individuelle, démarrage du projet (jeunes adultes)
- Grille d’entrevue, individuelle, section - jeunes adultes avec jeunes enfants
- Évaluation de la plateforme politique favorable aux saines habitudes de vie et aux environnements favorables
- Questionnaire d’ateliers ponctuels
- Éléments de capacité organisationnelle
- Évaluation des Cercles Préventifs
- Grille d’entrevue focalisée avec des femmes inuites
- Analyse des forces, des faiblesses, des occasions, des menaces
- Exemple de bilan des Cercles Préventifs complétés par les agentes de promotion de la santé
- Indice du mieux vivre Perception from Nunavik Inuit Community
- Journal descriptif et affectif de l’immersion ethnographique sur le terrain
- Hans Kai Preventative Circles Evaluation
- Healthy Children Healthy Families
- Mesure et évaluation du progrès du laboratoire Healthy Living Cybercentre
- Transfert et Application en Promotion de la Santé
- Implementation of the Healthy Co-ops of Nunavik Project: Monthly diaries, Kiosks, Healthy Marketing and Crockpot Kitchens (for store managers & project health promotion agents)
- Sondage sur les Besoins de services à domicile par des jeunes et jeunes adultes – politique familiale-ville santé de Thurso
- Sondage sur les Besoins de popote roulante par des aînés de Thurso- politique familiale – ville santé de Thurso
- Évaluation de la plateforme politique favorable aux saines habitudes de vie et aux environnements favorables
- Validation et d’analyse des besoins suite à la prise de connaissance du portrait de la municipalité

Grille 4 a : Grille de groupe focalisé (analyse)Comité intersectoriel Jeunesse
Capacité et vitalité communautaires et partenariales pour la prévention de l'obésité
Grille 4 b : Grille de groupe focalisé (analyse) Comité intersectoriel Vieillissement actif (MADA) Analyse des caractéristiques essentielles des villes-amies des aînés
Grille 5 a : Grille de groupe focalisé (planification) Comité intersectoriel Jeunesse
Grille 5b : Grille de groupe focalisé (planification) Comité intersectoriel Vieillissement actif
Grille 6 : Grille de groupe focalisé commun de l'angle intergénérationnel
Grille 7a : Entrevues de groupes de travail de planification
Comité intersectoriel Jeunesse
Grille 7B : Entrevues de groupes de travail de planification Comité intersectoriel Vieillissement actif
Grille 8a et b : Entrevues GF d'implantation en trois temps Comité intersectoriel Jeunesse Comité intersectoriel Vieillissement actif

Deux rapports de résultats quantitatifs
Sondage auprès des gouvernements locaux
Sondage en partenariat, pan québécois auprès des élus et des fonctionnaires municipaux (municipalités québécoises)
Questions du *Sondage sur les environnements favorables et la gouvernance locale pour des quartiers en santé*
Résultats du *Sondage sur les environnements favorables et la gouvernance locale pour des quartiers en santé (disponible en pdf)*
Sondage auprès de répondants du Nunavik
Questions du sondage *Health coops of the North Project: Information technology needs and uses for health promotion*
Rapport de résultats du sondage *Health coops of the North Project: Information technology needs and uses for health promotion*

Savoirs expérientiels
Profil de la communauté 1*(disponible en pdf)*
Profil de la communauté 2*(disponible en pdf)*
Profil de la communauté 3*(disponible en pdf)*
Le Cahier du Petit Sportif (disponible en pdf aussi)
Rapport du Forum citoyen : Ensemble en 2012 pour le développement
Exemple d'un *Rapport de de plan d'action en cours du comité de la politique familiale pour la Politique intergénérationnelle familiale MADA* de la ville santé de Thurso
Fiche technique des Cercles préventifs Hans Kai
Fiche technique du MIMOSA du Quartier
Plan de services du MIMOSA du Quartier
Politique familiale municipale intergénérationnelle de la ville santé de Thurso (disponible en pdf)
Carnet Équité santé : *L'Obésité, un enjeu de taille : Portrait, positionnement et solutions*. Présentation de la table des matières. *Des copies en format papier sont disponibles sur demande.*
Recettes santé à la mijoteuse : *Healthy Crockpot Collective Kitchen Recipes*
12 ateliers (power point) Cercles préventifs Hans Kai en saines habitudes de vie (en français, en anglais et en Inuktitut). *Ces outils sont disponibles sur demande.*

12 Cahiers de formation (*coach toolbook*) pour les Agents promoteurs de santé des Cercles préventifs Hans Kai *Ces outils sont disponibles sur demande.*
Table des matières et références des outils développés et liés aux ateliers de Cercles Préventifs issus du programme initial développé dans le cadre du programme original de l'équipe : Le parc à nous, le banc d'école aux parents!
Cadre de référence sur les compétences pour la promotion de la santé Manuel (traduction et révision culturelle)
Postulats liés aux Cercles préventifs
Postulats liés au développement de l'approche des politiques intégrées municipales (*HiAP*)
Cahier du participant du colloque : Entre l'action et les conditions, la promotion de la santé crée des gains en santé! (disponible en pdf)

Savoirs hybrides de pratiques préventives et évaluatives

MPPCC-Obésité: Modèle de pratique préventive coopérative et collaborative de première ligne en dépistage et intervention précoce en prévention de l'obésité et promotion du poids santé
Modèle logique de Collectivités en santé
Modèle logique d'évaluation des interventions, des politiques, des stratégies, des approches, des programmes et des études-recherches en prévention de l'obésité du modèle québécois de lutte à l'obésité
Pratique infirmière de télé-santé, la pratique préventive unitaire
Plan du logement communautaire le MIMOSA du QUARTIER
Plan de la salle communautaire du MIMOSA du QUARTIER pour les services aux familles : Premier niveau
Plan de la salle communautaire du MIMOSA du QUARTIER pour les les services aux familles : Étage
Affiches pour les ateliers santé du Nunavik (anglais et Inuktitut)

- Affiche *Motivation for healthier living*
- Affiche *Eating habits*
- Affiche *What are food labels for?*
- Affiche *Preparing lunches and snacks at home*
- Affiche *What do you know about food safety?*
- Affiche *Are you active or leading a more sedentary life?*
- Affiche *Healthy living habits, chronic diseases and you*
- Affiche *Quitting smoking*
- Affiche *Why prepare a budget?*

Formulaire de consentement des jeunes

Projet Quartiers en santé pour la prévention de l'obésité par la transformation des politiques municipales, le capital social et la participation citoyenne

No de projet : 1040-CÉR UQO

Titre du projet : **Projet Quartiers en santé pour la prévention de l'obésité par la transformation des politiques municipales, le capital social et la participation citoyenne**

Nom : Judith **Lapierre**, inf. Ph.D. Santé publique (Promotion-santé) Chercheuse principale. UQO-Quartiers en santé.
Jacques Boucher, PhD. Soc. Professeur, UQO. Responsable administratif UQO
Francine **Major**, PhD (c.), Professeure UQO
Assumpta **Ndengeyingoma**, PhD (c.), Professeure UQO
Et partenaires du milieu (co chercheurs FQRSC) Josée **Charlebois**, Direction de la santé publique, Hélène **Éverest**, Coop des Collines, Angèle **Ménard**, Coop de **Thurso**, Stéphan **Ouimette**, Centre sportif UQO,
Karine **Laplante**, Agente de recherche, Quartiers en santé, infirmière diplômée
Anisia **Rus,** Agente de recherche, Quartiers en santé, infirmière, Étudiante à la maîtrise

Adresse du Université du Québec en Outaouais
Chercheuse principale : Lapierre, Judith, PhD, Profes. Associée**,**Département de travail social
C.P. 1250, Succ. Hull, Gatineau, Québec, J8X 3X7 **Téléphone :** (819) 230-0213

Introduction Tu es invité à participer à une étude sur la mise en place de projets dans les quartiers visant la promotion des saines habitudes de vie et la prévention de l'obésité chez les jeunes en partenariat avec le regroupement de votre localité et le Groupe de recherche interdisciplinaire en sciences de la santé et milieux favorables (GIRESSS) de l'Université du Québec en Outaouais. Tes parents acceptent de participer en tant que famille et nous souhaitons aussi t'inclure dans le projet et la recherche.

Description et but du projet Le projet dans lequel tu participeras vise à accroître tes connaissances et tes compétences en matière de vie active, activité physique et saine alimentation! La recherche qui accompagne le projet vise elle à documenter tes propres habitudes sportives, sédentaires ou d'alimentation et ton évaluation des possibilités et des accès dans ton quartier pour promouvoir une vie active. Ton point de vue est très important pour nous car nous souhaitons améliorer les conditions de ton environnement familial, social et physique dans ton quartier pour faciliter des choix santé pour les jeunes. La collecte des données sera réalisée à partir de deux entrevues à deux temps de collecte au cours des 8 semaines de

participation (temps 1- fin octobre 2011 &, temps 2, décembre 2011. La collecte pourrait avoir lieu dans ton école ou au centre mis à la disposition de ton regroupement de quartier. Les avantages immédiats à ta participation sont d'en savoir plus sur tes habitudes de santé, d'explorer des nouveaux moyens d'être plus actif et de choisir de bons aliments santé en plus de t'offrir l'occasion d'expérimenter un projet novateur dans ton quartier. Tu pourras rencontrer de nouveaux amis de ton âge et contribuer tes idées au projet.

Procédures En acceptant de participer à la recherche, tu auras à répondre à un questionnaire si tu as plus de 13 ans ou à rencontrer une agente de recherche pour le compléter avec toi si tu as moins de 13 ans. Tu acceptes aussi que des mesures de santé soient réalisées sur toi, comme par exemple, ton poids, ta taille, etc. dans un premier temps, tu auras à répondre à un questionnaire et après, à dessiner (si tu as moins de 13 ans) sur une feuille tes endroits extérieurs préférés dans ton quartier, ou tu passes tes temps libres et ou tu pratiques des activités que tu nous décriras. Si as plus de 13 ans, nous te remettrons un appareil photo jetable avec lequel tu auras un exercice à compléter, soit de prendre 24 photos des endroits extérieurs préférés dans ton quartier ou tu passes tes temps libres et des activités que tu y pratiques seul, entre amis ou avec la famille. Au deuxième temps de collecte, tu auras à nous indiquer comment tu as trouvé le projet et quels changements dans tes habitudes de santé sont survenus s'il y en a.

Risques et inconvénients Les risques associés à ta participation sont minimaux et le chercheur s'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire ou les pallier. Si en cours de recherche, l'une de nos infirmières chercheuses ou agente de recherche, identifierait avec toi une problématique, nous pourrons te mettre en lien avec un service médical du réseau local de services (Md de la Coop des Collines ou Md du Centre de pédiatrie sociale de Gatineau). Ainsi, le seul inconvénient est le temps passé à nous rencontrer, en plus du programme auquel tu participeras pour faire plus d'activité physique ou de choix santé en nutrition!

Bénéfices et avantages Tu auras la chance d'en apprendre plus sur ta santé, d'identifier des risques à ta santé, de rencontrer d'autres jeunes de ton âge et de contribuer à améliorer des projets pour les jeunes.

Confidentialité En acceptant de participer à ce projet, tu participeras à un groupe de jeunes et de parents que tu pourras connaître et toutes les données de recherche sur toi et ta famille seront traitées confidentiellement, i.e. que l'on ne pourra jamais savoir que cet énoncé viens de toi ou que ces données sur ton poids, ta taille sont de toi. Aucun lien ne sera fait et aucune personne ne sera informé de tes réponses aux questionnaires, pas même tes parents. Les résultats seront diffusés globalement sous forme de rapports, de conférences et d'articles scientifiques portant sur les thèmes à l'étude et non sur les personnes spécifiquement. Les analyses et les résultats seront décrits sans noms associés. Les données papier recueillies seront conservées sous clé dans une filière au bureau de recherche du GIRESSS (Groupe de recherche interdisciplinaire en sciences de la santé et milieux favorables) de l'Université du Québec en Outaouais. Les entrevues seront enregistrées sur bande audio afin de faciliter la réalisation des entrevues. Elles seront, par la suite, retranscrites sous forme de codes, sans nom associé pour les analyses. Seule l'équipe citée aura accès aux données de recherche et elles seront détruites dans 5 ans et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document, pour aucune autre raison.

Participation volontaire / retrait Ta participation est tout à fait volontaire. Tu es donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et tu peux te retirer en tout temps, sans avoir à donner de raisons et sans que cela n'affecte le programme que tu reçois.

Personnes à contacter Si tu as des questions concernant ce projet de recherche, tu peux communiquer avec Judith Lapierre au (819) 230-0213 ou par courriel : **lapierre_judith@hotmail.com**. Si tu désires des renseignements supplémentaires concernant tes droits en tant que sujet participant à une étude de recherche, tu peux communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec, Monsieur André Durivage au (819) 595-3900, poste 1781 ou le joindre par courriel : andre.durivage@uqo.ca. Cette étude a reçu l'approbation éthique avant de débuter.

Énoncé du consentement La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comportent ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués par un membre de l'équipe de recherche. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et j'ai reçu des réponses de façon satisfaisante. Je reconnais avoir eu le temps voulu pour prendre ma décision. J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans que cela ne nuise aux relations avec le programme de saines habitudes de vie de mon regroupement de quartier. En posant ta signature ici, tu acceptes de participer aux entrevues et aux tests d'indicateurs de santé au début et à la fin et tu

acceptes de participer au projet motivationnel pour modifier tes habitudes de vie. Tu en conserves une copie et l'autre sera conservée dans une filière sous clé au bureau du groupe de recherche.

Signature du participant	Nom (caractères d'imprimerie)	Date
Signature du chercheur	Nom (caractères d'imprimerie)	Date

Formulaire de consentement des participants-parents

Projet Quartiers en santé pour la prévention de l'obésité par la transformation des politiques municipales, le capital social et la participation citoyenne

No de projet : 1040-CÉR UQO

Titre du projet : **Projet Quartiers en santé pour la prévention de l'obésité par la transformation des politiques municipales, le capital social et la participation citoyenne**

Nom : Judith **Lapierre**, inf. Ph.D. Santé publique (Promotion-santé) Chercheuse principale.
UQO-Quartiers en santé
Jacques Boucher, PhD. Soc. Professeur, UQO. Responsable administratif UQO
Francine **Major**, PhD (c.), Professeure UQO
Assumpta **Ndengeyingoma**, PhD (c.), Professeure UQO
Et partenaires du milieu (co chercheurs FQRSC) Josée **Charlebois**, Direction de la santé publique, Hélène **Éverest**, Coop des Collines, Angèle **Ménard**, Coop de **Thurso**, Stéphan **Ouimette**, Centre sportif UQO,
Karine **Laplante**, Agente de recherche, Quartiers en santé, infirmière diplômée
Anisia **Rus,** Agente de recherche, Quartiers en santé, infirmière, Étudiante à la maîtrise

Adresse du Chercheuse principale : Université du Québec en Outaouais
Lapierre, Judith, PhD, Profes. associée**,**Département de travail social
C.P. 1250, Succ. Hull, Gatineau, Québec, J8X 3X7 **Téléphone :** (819) 230-0213

Introduction Vous êtes invité à participer à une étude sur la mise en place de projets dans les quartiers visant la promotion des saines habitudes de vie et la prévention de l'obésité chez les jeunes en partenariat avec le regroupement coopératif de votre localité et le Groupe de recherche interdisciplinaire en sciences de la santé et milieux favorables (GIRESSS) de l'Université du Québec en Outaouais. Avant de prendre une décision, il est important que vous compreniez pourquoi cette étude est réalisée, comment les renseignements vous concernant seront utilisés, en quoi consisterait votre participation ainsi que les avantages, les risques et les inconvénients qu'elle pourrait entraîner. Veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent et lorsque vous serez bien renseigné au sujet de l'étude et qu'on aura

répondu à toutes vos questions, on vous demandera de signer le présent formulaire de consentement si vous désirez participer à l'étude.

Description et but du projet Nous sollicitons par la présente votre participation à la recherche en titre, qui vise à analyser la mise en opération du programme auquel vous participez, à soutenir votre motivation, votre persévérance et vos efforts dans le changement d'habitudes de vie autant en termes d'augmentation de l'activité physique, et d'amélioration de vos habitudes alimentaires pour votre famille. La collecte des données sera réalisée à partir de deux entrevues à deux temps de collecte au cours des 8 semaines de participation (temps 1- octobre 2011 &, temps 2, décembre 2011. Les avantages immédiats à votre participation sont d'explorer plus en profondeur certains éléments reliés à vos habitudes de vie, réaliser un plan individualisé basé sur les normes canadiennes en matière d'habitudes de vie et améliorer certains indicateurs de votre santé. Les connaissances cumulées nous permettront d'améliorer la qualité du service offert et de documenter ce qui fonctionne à la satisfaction des participants afin de contribuer dans notre quartier à diminuer les effets néfastes de l'embonpoint et du surpoids. De plus, une meilleure réponse à vos besoins est anticipée à la suite de la recherche. Vous aurez l'occasion de participer à un projet de saines habitudes de vie à proximité, dans votre quartier, avec votre enfant, pendant 8 semaines. Nous croyons que par votre participation au projet du regroupement, votre santé et celle de votre famille sera meilleure parce que vous augmenterez le pouvoir à moyen terme sur votre capacité à prendre votre santé en main à l'aide d'outils. De plus, la recherche nous permettra de décrire quels sont les effets bénéfiques pour les participants de participer à un nouveau programme d'accessibilité à la santé à proximité.

Procédures En acceptant de participer à la recherche, vous acceptez aussi que des mesures prises sur vous et votre enfant, dans le cadre du programme soient utilisées pour mesurer les effets du programme comme votre poids, tour de taille, taux glycémique, tension artérielle, habitudes de vie, etc. La recherche s'échelonne sur une période de 6 mois mais votre participation se fait sur 8 semaines. Les autres semaines dont dédiées au développement du projet par le regroupement et son évaluation. Vous rencontrerez donc une agente de recherche à deux reprises, à l'endroit de votre choix, soit chez vous, ailleurs ou autre regroupement de quartier en plus de participer à un projet sur 8 semaines à raison d'une rencontre hebdomadaire minimale de 2hres à deux rencontres, selon l'intensité du projet, qui sera retenu par le regroupement. Ainsi, à deux reprises pour la recherche (fin février et fin avril à fin juin), au cours d'une rencontre d'environ 1h30, nous allons discuter de vos habitudes familiales, de vos défis et de vos réalisations dans la gestion de vos habitudes de vie et de celle de votre famille en plus de vérifier votre satisfaction du programme.

Risques et inconvénients Les risques associés à votre participation sont minimaux et le chercheur s'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire ou les pallier. Vous devez d'abord obtenir une autorisation de votre médecin pour participer au programme si vous souffrez d'une maladie chronique. Si en cours de recherche, l'une de nos infirmières chercheuses ou agente de recherche, identifierait avec vous une problématique, nous pourrons vous référer à un service médical du réseau local de services (Md de la Coop des Collines ou Md du Centre de pédiatrie sociale de Gatineau). Ainsi, le seul inconvénient est le temps passé à nous rencontrer, en plus du programme auquel vous participer pour améliorer les saines habitudes de vie de votre famille et prévenir l'obésité de votre enfant.

Bénéfices et avantages La contribution à l'avancement des connaissances sur les programmes novateurs d'accessibilité à la santé pour les personnes à risque d'obésité ou de surpoids et leurs familles est un avantage certain. De plus, le programme novateur cible plusieurs déterminants sociaux et s'inscrit dans une démarche écologique de promotion de la santé et ses diverses caractéristiques multidimensionnelles qui seront documentés permettront d'outiller encore mieux les citoyens à prendre en charge leur santé. Vous aurez la chance de développer un plan individualisé motivationnel pour modifier certaines de vos habitudes de vie et de bénéficier de soutien par notre équipe spécialisée en promotion de la santé. Votre participation contribue directement à transformer nos milieux et les normes sociales pour favoriser l'inclusion, l'intégration et l'accessibilité à la santé pour tous, à proximité, dans son quartier.

Indemnité compensatoire et/ou dépenses Vous ne recevrez aucun paiement pour votre participation à cette étude. Vous n'aurez rien à débourser pour participer à cette étude. En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliqués de leurs responsabilités légales ou professionnelles.

Confidentialité En acceptant de participer au programme et à la recherche, vous comprenez que votre participation n'est pas anonyme aux yeux des autres participants mais dans le traitement de toutes les données recueillies, l'équipe de chercheurs, s'engage au traitement confidentiel et aucune donnée ne pourra être associée à vous sauf à l'appartenance au groupe de parents d'un regroupement X. Votre confidentialité sera assurée puisqu'un code numérique sera substitué à votre nom. Les résultats de la recherche ne permettront pas d'identifier les participants individuellement car les données seront traitées en groupe strictement. Les résultats seront diffusés globalement sous forme de rapports, de conférences et

d'articles scientifiques portant sur les thèmes à l'étude et non sur les personnes spécifiquement. Les analyses et les résultats seront décrits sans noms associés. Les données papier recueillies seront conservées sous clé dans une filière au bureau de recherche de Quartiers en santé de l'Université du Québec en Outaouais. Les entrevues seront enregistrées sur bande audio afin de faciliter la réalisation des entrevues. Elles seront, par la suite, retranscrites sous forme de codes, sans nom associé pour les analyses. Seule l'équipe citée aura accès aux données de recherche et elles seront détruites dans 5 ans et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document, pour aucune autre raison.

Participation volontaire / retrait Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à donner de raisons et sans que cela n'affecte le programme que vous recevez. Dans le cas ou votre enfant vit en garde partagée, vous devez informer l'autre parent de la participation au projet et obtenir son consentement. Vous pouvez décider de ne pas participer à la recherche et tous les services prévus dans le cadre du projet du regroupement vous seront offert.

Personnes à contacter Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Judith Lapierre au (819) 230-0213 ou par courriel : **lapierre_judith@hotmail.com**. Si vous désirez des renseignements supplémentaires concernant vos droits en tant que sujet participant à une étude de recherche, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec, Monsieur André Durivage au (819) 595-3900, poste 1781 ou le joindre par courriel : andre.durivage@uqo.ca. Cette étude a reçu l'approbation éthique avant de débuter.

Énoncé du consentement La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comportent ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués par un membre de l'équipe de recherche. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et j'ai reçu des réponses de façon satisfaisante. Je reconnais avoir eu le temps voulu pour prendre ma décision. J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans que cela ne nuise aux relations avec le programme de saines habitudes de vie de mon regroupement de quartier. En posant votre signature ici, vous acceptez de participer aux entrevues et aux tests d'indicateurs de santé au début et à la fin et vous acceptez de participer au projet motivationnel pour modifier vos habitudes de vie et celle de votre famille. Le formulaire est signé en deux exemplaires. Vous en conservez une et l'autre sera conservée dans une filière sous clé au bureau du groupe de recherche. Veuillez préciser votre situation familiale ici.

- Mon enfant vit en garde partagée et l'autre parent a été informé du projet et de la recherche et consent à ce que notre enfant ___________________ participe. Mettre vos initiales ici. ______
- Mon enfant ne vit pas en garde partagée et je suis la seule autorité parentale à devoir consentir.

Mettre vos initiales ici._____

Signature du participant	Nom (caractères d'imprimerie)	Date
______________________	______________________	______________
______________________	______________________	______________
Signature du chercheur	Nom (caractères d'imprimerie)	Date
______________________	______________________	______________
______________________	______________________	______________

Formulaire de consentement des membres du regroupement

Projet Quartiers en santé pour la prévention de l'obésité par la transformation des politiques municipales, le capital social et la participation citoyenne

No de projet : 1040-CÉR UQO

Titre du projet : **Projet Quartiers en santé pour la prévention de l'obésité par la transformation des politiques municipales, le capital social et la participation citoyenne**

Nom : Judith **Lapierre**, inf. Ph.D. Santé publique (Promotion-santé) Chercheuse principale. UQO-Quartiers en santé. Directrice du Groupe interdisciplinaire de recherche en sciences de la santé et milieux favorables (GIRESSS)
Francine **Major**, PhD (c.), Professeure UQO
Assumpta **Ndengeyingoma**, PhD (c.), Professeure UQO
Et partenaires du milieu (co chercheurs FQRSC) Josée **Charlebois**, Direction de la santé publique, Hélène **Éverest**, Coop des Collines, Angèle **Ménard**, Coop de **Thurso**, Stéphan **Ouimette**, Centre sportif UQO,
Karine **Laplante**, Agente de recherche, Quartiers en santé, infirmière diplômée
Anisia **Rus,** Agente de recherche, Quartiers en santé, infirmière, Étudiante à la maîtrise

Adresse du Université du Québec en Outaouais
Chercheuse principale : Lapierre, Judith, PhD, Profes. Associée**,** Département de travail social
C.P. 1250, Succ. Hull, Gatineau, Québec, J8X 3X7

Téléphone : (819) 230-0213

Introduction Vous êtes invité à participer à une étude sur la mise en place de projets dans les quartiers visant la promotion des saines habitudes de vie et la prévention de l'obésité chez les jeunes en partenariat avec le regroupement de votre localité et le Groupe de recherche interdisciplinaire en sciences de la santé et milieux favorables (GIRESSS) de l'Université du Québec en Outaouais. Avant de prendre une décision, il est important que vous compreniez pourquoi cette étude est réalisée, comment les renseignements vous concernant seront utilisés, en quoi consisterait votre participation ainsi que les avantages, les risques et les inconvénients qu'elle pourrait entraîner. Veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent et lorsque vous serez bien renseigné au sujet de l'étude et qu'on aura répondu à toutes vos questions, on vous demandera de signer le présent formulaire de consentement si vous désirez participer à l'étude.

Description et but du projet Nous sollicitons par la présente votre participation à la recherche en titre, qui vise à analyser la mise en opération d'un projet développé par votre regroupement, son implantation en concertation et ses effets auprès des participants parents et jeunes et votre perception des effets dans les cibles visées en termes de mobilisation collective, prise en charge de la santé, indicateurs de santé, etc. La collecte des données auprès de votre regroupement comprend un groupe focalisé en janvier 2011 pour la planification, un questionnaire auto rapporté sur la mise en œuvre de la concertation en février, un groupe focalisé sur la mise en œuvre du projet par votre regroupement en mars, un questionnaire auto rapporté fin mars 2011 et finalement, un questionnaire d'impact fin juin. Les avantages immédiats à votre participation sont d'explorer au sein de votre regroupement plus en profondeur comment vous pouvez mobiliser les actions en promotion de saines habitudes de vie et prévention de l'obésité en planifiant avec l'accompagnement du groupe de recherche qui inspirera les initiatives par les cadres spécifiques en saines habitudes de vie, lignes directrices en prévention de l'obésité et pratiques exemplaires, un projet durable pour la famille et les jeunes. Vous aurez à décider si le projet de promotion de la santé cible les jeunes du primaire (6 – 12 ans) ou les jeunes du secondaire (13 à 17 ans) selon les spécificités de votre quartier et des membres de vos regroupements. Les connaissances cumulées nous permettront d'améliorer la qualité des options en promotion de la santé et prévention de l'obésité pour les familles à proximité, de documenter la participation citoyenne pour la santé et de favoriser des conditions favorables en soutenant les environnements propices au sport récréatif non structuré. En plus, nous contribuons ensemble à contribuer à la satisfaction des membres de vos regroupements en plus les effets néfastes de l'embonpoint et du surpoids. Nous croyons que par votre participation à la recherche, votre regroupement contribue à augmenter le pouvoir à moyen terme sur votre capacité à favoriser la santé de votre quartier et à agir pour défendre les bienfaits de la promotion de la santé.. De plus, la recherche nous permettra de décrire quels sont les effets bénéfiques pour les participants de participer à un nouveau programme d'accessibilité à la santé à proximité.

Procédures En acceptant de participer à la recherche, vous acceptez de remplir des questionnaires, de rencontrer l'équipe de recherche régulièrement au cours des prochains mois pour assister la planification fondée sur des données probantes d'un projet novateur et de mettre en œuvre le projet. Ces rencontres se tiendront au moment même de vos rencontres mensuelles prévues ou en dehors à votre convenance au lieu de votre regroupement. La recherche s'échelonne sur une période de trois ans et nous amorçons la deuxième année. Votre participation comme regroupement et pour certains comme co-chercheurs pourrait durer jusqu'en 2013, selon votre intérêt.

Risques et inconvénients Les risques associés à votre participation sont minimaux et le chercheur s'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire ou les pallier. Le projet et la recherche exigent un investissement de temps mais s'inscrit directement dans la mission de votre regroupement et s'ajoutent aux activités en cours ou un précise une spécifiquement. De plus, cette activité s'inscrit dans le prolongement de nos partenariats en cours depuis plus d'un an et demi.

Bénéfices et avantages La contribution à l'avancement des connaissances sur les programmes novateurs d'accessibilité à la santé pour les personnes à risque d'obésité ou de surpoids et leurs familles est un avantage certain. De plus, le programme novateur cible plusieurs déterminants sociaux et s'inscrit dans une démarche écologique de promotion de la santé et ses diverses caractéristiques multidimensionnelles qui seront documentés permettront d'outiller encore mieux les citoyens à prendre en charge leur santé. Votre participation comme regroupement contribue directement à transformer nos milieux et les normes sociales pour favoriser l'inclusion, l'intégration et l'accessibilité à la santé pour tous, à proximité, dans son quartier.

Indemnité compensatoire et/ou dépenses Vous ne recevrez aucun paiement pour votre participation à cette étude. Vous n'aurez rien à débourser pour participer à cette étude. En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliqués de leurs responsabilités légales ou professionnelles.

Confidentialité En acceptant de participer au programme et à la recherche, vous comprenez que votre participation n'est pas anonyme aux yeux des autres participants mais dans le traitement de toutes les données recueillies, l'équipe de chercheurs, s'engage au traitement confidentiel et aucune donnée ne pourra être associée à vous sauf à l'appartenance au groupe de parents d'un regroupement X. Votre confidentialité sera assurée puisqu'un code numérique sera substitué à votre nom. Les résultats de la recherche ne permettront pas d'identifier les participants individuellement car les données seront traitées en groupe strictement. Les résultats seront diffusés globalement sous forme de rapports, de conférences et d'articles scientifiques portant sur les thèmes à l'étude et non sur les personnes spécifiquement. Les analyses et les résultats seront décrits sans noms associés. Les données papier recueillies seront conservées sous clé dans une filière au bureau de recherche du GIRESSS (Groupe de recherche interdisciplinaire en sciences de la santé et milieux favorables) de l'Université du Québec en Outaouais. Les entrevues seront enregistrées sur bande audio afin de faciliter la réalisation des entrevues. Elles seront, par la suite, retranscrites sous forme de codes, sans nom associé pour les analyses. Seule l'équipe citée aura accès aux données de recherche et elles seront détruites dans 5 ans et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document, pour aucune autre raison.

Participation volontaire / retrait Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à donner de raisons.

Personnes à contacter Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Judith Lapierre au (819) 230-0213 ou par courriel : **lapierre_judith@hotmail.com**. Si vous désirez des renseignements supplémentaires concernant vos droits en tant que sujet participant à une étude de recherche, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec, Monsieur André Durivage au (819) 595-3900, poste 1781 ou le joindre par courriel : andre.durivage@uqo.ca. Cette étude a reçu l'approbation éthique avant de débuter.

Énoncé du consentement La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comportent ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués par un membre de l'équipe de recherche. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et j'ai reçu des réponses de façon satisfaisante. Je reconnais avoir eu le temps voulu pour prendre ma décision. J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps.
En posant votre signature ici, vous acceptez de participer aux entrevues et au déploiement d'un projet concerté par votre regroupement. Le formulaire est signé en deux exemplaires. Vous en conservez une et l'autre sera conservée dans une filière sous clé au bureau du groupe de recherche. Veuillez préciser votre situation familiale ici.

Signature du participant	Nom (caractères d'imprimerie)	Date
Signature du chercheur	**Nom (caractères d'imprimerie)**	**Date**

14 novembre 2011

SONDAGE 2011 pour des Quartiers en santé
auprès des élus municipaux et fonctionnaires municipaux

Sondage sur les environnements favorables et la gouvernance locale

ÉQUIPE DE RECHERCHE : Équipe FQRSC en prévention de l'obésité, Université du Québec en Outaouais : Lapierre, Boucher, Major, Ndengeyingoma, Sabourin, Ménard, Ouimette, Charlebois et Lalonde.

COORDONNATRICE DU PROJET : Quartiers en santé FQRSC, Danaë Larivière-Bastien 819-595-3900, poste 2365.

ORGANISME SUBVENTIONNAIRE : Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC)

Madame/Monsieur

Notre équipe vous invite à participer à un sondage en ligne. En participant vous courrez la chance de gagner l'un des trois prix de participation expliqués à la page suivante. Veuillez noter de plus, que pour chaque participation au sondage, un don sera remis par notre équipe, au fonds Thierry Bonnin, à la Fondation du centre suprarégional du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine pour la clinique de nutrition du service de pédiatrie générale. Vos décisions et les gestes que vous posez influencent la santé de vos citoyens et nous aimerions connaître votre perception à cet égard.

PREMIER PRIX DE PARTICIPATION pour les personnes qui auront complété le sondage avant le 22 décembre!

Le premier prix consiste en une fin de semaine en famille dans l'un des chalets en bois rond au Refuge du Cerf dans la belle région de Montebello, en Outaouais. Expérimentez le confort d'aujourd'hui dans la chaleur d'autrefois!
Vos hôtes pour ce weekend inoubliable sont :

Marie-Claire Choquette & Guy Langlais

Tél sans frais: **1-866-521-6232** Cell : (819) 773-0537
chaletsrefuge@gmail.com

39, rang Procule à Notre-Dame-de-la-Paix, Québec, Canada

http://www.chaletsrefuge.ca/

DEUXIÈME PRIX DE PARTICIPATION pour les personnes qui auront complété le sondage avant le 31 janvier 2012!

Une nuitée dans la région de la capitale canadienne, à Gatineau, à l'hôtel Four Points by Sheraton & Conférence Centre Gatineau-Ottawa, 35 rue laurier, situé face au Musée canadien des Civilisations (secteur Hull). Seule une rivière vous sépare alors du centre-ville d'Ottawa, de la colline du Parlement et du marché By.
Tél sans frais : 1-800-567-9607
http://www.fourpointsgatineau.com/francais/index.html

TROISIÈME PRIX DE PARTICIPATION pour les personnes qui auront complété le sondage avant le 31 janvier 2012 !

Deux billets pour une journée de ski alpin au Centre Mont Tremblant

http://www.tremblant.ca/index-f.htm

La santé des citoyens est l'affaire de tous, dans une perspective de développement social, économique et humain où la gouvernance, à tous les paliers, et la santé, sont de moins en moins dissociées.

Pour compléter notre sondage, vous n'avez qu'à entrer sur le site à l'adresse suivante : http://app.fluidsurveys.com/surveys/fqrsc/environnements-favorables/

En acceptant de participer au sondage, vous répondrez en ligne de façon entièrement anonyme. Si vous souhaitez inscrire votre nom pour gagner l'un des trois prix de participation, veuillez compléter le formulaire à cet effet, à la page suivante et le retourner à rechfrqsc@uqo.ca.

Les maladies chroniques sont les principales causes de décès et d'invalidité dans le monde. Au Canada, environ deux tiers des décès sont dus à des maladies chroniques, soient aux maladies cardio-vasculaires, cancers, maladies pulmonaires obstructives chroniques et au diabète. Toutes ces maladies sont liées à des facteurs de risque évitables et communs tels une mauvaise alimentation et un niveau d'activité physique insuffisant; des facteurs influencés grandement par les environnements dans lesquels nous grandissons, travaillons et vieillissons. Nous travaillons précisément, dans nos activités de recherche, cliniques et de transfert, en prévention de l'obésité et promotion du poids santé dans des environnements favorables qui facilitent les choix santé.

Nous vous contactons aujourd'hui pour solliciter votre participation à un sondage en ligne afin d'évaluer votre perception, en tant qu'élus ou fonctionnaires municipaux, par rapport à plusieurs enjeux reliés aux maladies chroniques, à l'obésité, aux actions préventives et à la gouvernance locale. À cet effet, la contribution des municipalités aux saines habitudes de vie et à la santé de leurs citoyens est de plus en plus reconnue.

Ce volet de notre recherche s'intéresse aux grands facteurs entourant la mise en place de politiques sociales, de bien-être et de santé dans plusieurs municipalités et aux rôles que peuvent jouer les conseils dans l'optimisation d'activités de promotion de la santé. Les résultats de ce sondage s'inscriront dans les données de recherche du programme 2010-2013 du FQRSC (Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture) de l'équipe de l'Université du Québec en Outaouais et serviront à développer des approches éducatives, de soutien et d'accompagnement pour les municipalités désireuses de contribuer aux saines habitudes de vie et à la santé de leurs citoyens.

Ce sondage prendra un peu plus de 30 minutes à compléter. Comme il demande une certaine réflexion, il peut être complété par étapes. Tous les renseignements que nous recevons de votre part seront anonymes. Les données recueillies seront conservées pendant cinq ans aussi bien en copie papier qu'électronique. La copie papier sera conservée dans une armoire de rangement sécurisée logée au sein des locaux de l'équipe FQRSC-Quartiers en santé de l'Université du Québec en Outaouais. La version

électronique sera conservée sur un serveur protégé par un mot de passe. Les données recueillies ne seront accessibles qu'aux chercheurs principaux de l'équipe et aux agents de recherche. Le rapport pourra toutefois être diffusé aux partenaires et aux municipalités intéressées. De plus, nous pourrions publier des articles de recherche sur les résultats de l'étude dans des revues scientifiques, respectant les normes éthiques internationales (garantissant l'anonymat et la confidentialité).

Si vous désirez recevoir une copie des résultats de l'étude, vous pouvez indiquer votre adresse postale dans un courriel à part (rechfqrsc@uqo.ca) en indiquant votre intérêt à recevoir les résultats de l'étude dans le sujet du courriel. Cette information sera conservée dans une base de données informatisée séparée avec le même niveau de sécurité que les données de l'enquête. Il ne sera pas possible de lier les résultats du sondage avec votre identité personnelle. Il n'y a aucun risque prévisible pour vous associé à votre participation au sondage. Bien qu'à première vue, il ne semble pas y avoir d'avantages directs pour vous à répondre au sondage, excepté la possibilité de gagner l'un des trois prix, votre participation contribuera à la connaissance des perceptions des acteurs en politiques locales au Québec et permettra, à terme, de développer des outils d'accompagnement répondant aux besoins et attentes du monde municipal. Les données permettront d'influencer les actions de tous les groupes partenaires du sondage pour soutenir les saines habitudes de vie en lien avec le *Plan d'action gouvernemental pour les saines habitudes et la prévention des problèmes reliés au poids (2006-2012)* et de mobiliser les acteurs autour des enjeux que vous allez prioriser.

Votre participation à cette enquête est volontaire. En remplissant le questionnaire en ligne, vous consentez à y participer. Veuillez compléter le sondage **avant le 31 janvier**. Un message de rappel vous sera envoyé par courriel environ deux semaines après avoir reçu le sondage.

Si vous avez des questions concernant le sondage, à tout moment vous pouvez contacter l'équipe de recherche au 819 595-3900, poste 2365 pour parler avec Madame Danaë Larivière-Bastien. Si vous avez des questions concernant vos droits en tant que participant à la recherche, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche de l'UQO au 819-595-3900, poste 1781 pour parler avec Monsieur André Durivage. Ce sondage a reçu une approbation éthique de deux comités d'éthique de la recherche soit celui de l'Université du Québec en Outaouais et celui de Santé Canada-Agence de santé publique du Canada.

Nous vous remercions à l'avance pour votre temps et pour votre soutien.

Cordialement,

Judith Lapierre, PhD.
Pour l'Équipe de recherche FQRSC et les partenaires du sondage, soit l'Université du Québec en Outaouais, Quartiers en santé, coopérative de promotion de la santé, la Coalition québécoise sur la

problématique du poids, l'École de santé publique de l'Université d'Alberta, l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES), ANEB (Anorexie et boulimie Québec), le Carrefour Action Municipale et Famille et la clinique de Nutrition du CHU Sainte-Justine.

FOUR POINTS BY SHERATON
Hôtel & Centre de Conférences Gatineau-Ottawa

TREMBLANT
Mont-Tremblant, Québec

http://www.chaletsrefuge.ca/ ttp://www.fourpointsgatineau.com/francais/index.html
http://www.tremblant.ca/index-f.htm

Formulaire de participation au tirage

J'ai complété le sondage en ligne (http://app.fluidsurveys.com/surveys/fqrsc/environnements-favorables/) et je souhaite m'inscrire au tirage des trois prix de participation.

Nom :
Prénom :
Municipalité ou MRC :
Je suis un élu :
Je suis un fonctionnaire :
Adresse courriel :
Numéro de téléphone :

Veuillez retourner ce formulaire rempli à l'adresse suivante : rechfrqsc@uqo.ca

Healthy Co-Ops of Nunavik Project

Québec, le 12 février 2014

Monsieur Dubé,
gilles.dube@kativik.qc.ca
Monsieur Molière,
serge.moliere@kativik.qc.ca
Monsieur Payette,
nicolas.payette@kativik.qc.ca
Monsieur Lefebvre,
bernard.lefebvre@kativik.qc.ca

Monsieur Therrien,
richard.therrien@kativik.qc.ca

Tommy Arnatuk,
Tommy.arnatuk@kativik.qc.ca
Rhoda Cookie
Rhoda.cookie@kativik.qc.ca
Alec Niviaxie,
alec.niviaxie@kativik.qc.ca
Suzie Kuananack Darrell Atagotaaluk
suzie.kuanack@kativik.qc.ca
darrell.atagotaaluk@kativik.qc.ca

Messieurs, Mesdames,

Il nous fait plaisir de vous présenter l'un des volets du projet : *Healthy Co-Ops of Nunavik*, que certains d'entre vous connaissent déjà. Nous avons eu l'occasion de faire connaissance l'an passé lors de notre séjour pour implanter et développer les divers volets. Ce projet est un partenariat entre la Fédération des Coopératives du Nouveau-Québec (FCNQ) pour élargir ses services aux membres et à la jeunesse et l'équipe de recherche en santé urbaine et saines habitudes de vie de l'Université Laval (2012-2014) et Université du Québec en Outaouais (2010-2013) et en collaboration avec la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik.

.

Cette lettre a pour but de susciter votre intérêt à participer à une campagne de 5 semaines: ***Youth Healthy Challenges.*** Les défis jeunesse se présentent sous la forme d'un Facebook jeunesse avec des cartes postales web-santé une par semaine, incluant trois messages clés et des défis associés, à compléter. Les cartes ont été réalisées grâce à la participation de l'école Isummasaqvik à Quaqtaq en janvier 2013 et nous sommes très reconnaissants de la participation de la direction, de l'école, des parents et des jeunes qui ont permis la création de ces cartes, spécifiquement nordiques.

Si vous acceptez de participer, nous pourrons rencontrer vos élèves de 4ième, 5ième et 6ième année durant notre passage lors de la première semaine de mars. Notre équipe visitera et travaillera au sein des 4 villages. Vos élèves recevraient un cahier de défis jeunesse ainsi que l'adresse Facebook et les explications associés à la campagne de 5 semaines. Les classes participantes vont compiler les résultats auto-rapportés par les élèves et un pointage par classe, par niveau et par école sera réalisé pour remporter les défis. Le calcul des points est strictement collectif et contribue à l'obtention de scores par classes. Nous pourrons ensuite, identifier une classe par niveau gagnante, un niveau gagnant et une école gagnante, si nous réussissons à cumuler des prix. L'idée étant de contribuer à mobiliser les jeunes pour un changement de normes, progressif en matière d'activité physique et de saine alimentation. Nous sommes en train d'identifier des commanditaires pour des prix et des collaborations, comme avec Québec-en-Forme. Vos idées sont bienvenues! Comme vos quatre villages, de par leurs coopératives, ont choisi d'amorcer le virage santé, nous lançons les défis-jeunesse dans vos villages. Les défis-jeunesse peuvent seulement être un levier significatif, à travers la participation des écoles, et leurs soutiens envers le projet. Un répondant par école pourrait récolter les compilations des enfants qui participeront. Ultérieurement, on souhaite, élargir la campagne jeunesse aux autres villages et en créer un événement annuel. Possiblement que les dates de cette année, ne sont pas idéales, il nous fera plaisir d'en discuter avec vous, soit par courriel ou sur place, pour l'an prochain.

L'équipe profite d'un stagiaire de l'Université Laval, Monsieur Gabriel Roy, qui assurera la supervision des cinq semaines de la campagne jeunesse et du Facebook associé. Nous serons sur place entre le 2 mars et le 8 mars pour lancer la campagne.

La campagne jeunesse compte 7 défis en saines habitudes de vie. Le tableau suivant présente les thèmes et les défis associés.

	Thème	DÉFIS- *CHALLENGES* Proposition - Activités sur le terrain
Semaine #1	Les bons choix ÉP ***"Go for green: what to look for and how much to eat!"***	**Challenge 1: *"Go for Green" treasure hunt at the Co-op*** Go grocery shopping with your parents at the Co-op and fill in the healthy food treasure hunt sheet taken from the *Youth Healthy Challenges - Co-ops of Nunavik Facebook page*. Return the completed form to your class for the class count! ➢ Contribute this way to accumulate class points to help your class win the challenges **Challenge 2*: Step up to the plate! Know what a good portion size is!*** At dinner time, use the healthy plate you made to know the right portion size for each food group. Write down the meals you ate with the good portion sizes on the sheet provided on the *Youth Healthy Challenges - Co-ops of Nunavik Facebook page* (up to 5 dinner meals during the week) and return the sheet to class the following week. ➢ Contribute this way to accumulate class points to help your class win the challenges
Semaine #2	Cuisine en famille et mets du piquant dans ta vie! ***"Let's cook together and spice things up!"***	**Challenge 3*: Write up a family recipe and contribute to our Nunavik Recipe Guide 2014!*** Family cooking is fun! Write up the recipe of your favorite family meal. Post the recipe on the *Youth Healthy Challenges - Co-ops of Nunavik Facebook page*. ➢ Contribute this way to accumulate class points to help your class win the challenges
Semaine #3	Les bons choix CJ ***"Good choices for snacks and juices"***	**Challenge 4*: Water is the best!*** Drink water several times a day! Replace at least one sweetened beverage with a glass of water. Record the number of days you drank 8 glasses of water on the sheet provided on the *Youth Healthy Challenges - Co-ops of Nunavik Facebook page*. ➢ Contribute this way to accumulate class points to help your class win the challenges **Challenge 5: *Healthy snacks*** Choose your daily snacks from the healthy snacks list from the *Youth Healthy Challenges - Co-ops of Nunavik Facebook page*. Record your daily healthy snack and return the sheet to your class. ➢ Contribute this way to accumulate class points to help your class win the challenges
Semaine #4	Des loisirs pour sortir dehors et te faire plaisir ***"Get up, get out and have some fun"***	**Challenge 6: *Steps count! Pedometer – 5 day challenge*** Wear your pedometer during the whole week from Monday to Friday; write down your daily steps count. Aim for gold: the closer you come to 13 000 steps a day, the closer you are to being active and fit. Record your daily number of steps on the sheet provided and return it to your class the following week. ➢ Contribute this way to accumulate class points to help your class win the challenges
Semaine #5	Bouger, jouer et marcher : C'est la santé ! ***"Groove, move, get out and play, it's healthy!"***	**Challenge 7*: Daily activity count!*** Use the Daily Activity Calendar Count sheet for 5 days, from the *Youth Healthy Challenges - Co-ops of Nunavik Facebook* page. Record your activities and return the sheet to your class the following week. ➢ Contribute this way to accumulate class points to help your class win the challenges ➢ Class with the most points wins the challenges

En somme, suite à notre présentation du projet, chaque élève de chaque classe participante se verra remettre un cahier des défis contenant les informations relatives aux défis de la campagne. Ils y inscriront leur réponses associées et pourront suivre sur Facebook, les diverses étapes et publier certains de leurs résultats

individuellement et par classe, ou école, pour stimuler leur motivation. À la fin des 5 semaines, un prix sera décerné à l'école ayant accumulé collectivement, le plus de points en matière de saines habitudes de vie. Cette campagne est offerte gratuitement.

C'est avec beaucoup de motivation et d'intérêt que nous sollicitons votre participation. Les coopératives des villages persévèrent dans le virage amorcé et le succès des mesures sociétales, dépend de l'intersectorialité et des partenariats. En ce sens, cette initiative fait progresser les dialogues sur la santé des jeunes, sur la place de l'activité physique et de la saine alimentation tout en offrant, dans les magasins, plus de choix santé, facilités par les divers éléments de programme, démarrés progressivement depuis 1 an après plus de 2 ans de préparation. De plus, les familles seront interpellées par les divers défis. Vous trouverez en pièce jointe, une lettre informative qui serait adaptée et transmise aux parents pour obtenir leur consentement. Ce type de lettre est exigé pour la certification éthique du milieu académique, et vise à garantir, le respect des droits fondamentaux et éthiques des jeunes et des familles. Évidemment, une telle campagne jeunesse, ne comprend aucune mesure invasive de paramètres physiologiques et de risques, au sens de la santé. Toutes les données sont auto-rapportées et l'exercice se veut collectif entre les classes, entre les écoles, entre les villages.

Serez-vous des nôtres ? Si vous avez des questions, des préoccupations, ne pas hésiter à communiquer avec Judith Lapierre, inf. Ph.D. au 819-743-1508 ou par courriel à judith.lapierre@fsi.ulaval.ca, avec Sabrina Hamilton, agente de liaison, Développement économique, FCNQ à 514-457-9371 ou par courriel à sabrina.hamilton@fcnq.ca. Aussi, Monsieur Gabriel Roy, étudiant de premier cycle, stagiaire finissant en kinésiologie est disponible à gabriel.roy@criucpq.ulaval.ca.

Espérant une réponse positive de votre part, nous indiquant le nombre d'élèves par niveau (4, 5 et 6) pour notre préparation des carnets et les divers achats ou commandites de podomètres, par exemple, nous demeurons disponibles pour vous en parler personnellement.

Acceptez nos salutations cordiales,

Judith Lapierre, inf. Ph.D.	***Sabrina Hamilton***	***Gabriel Roy***
Équipe en santé urbaine et SHV	Agente de liaison	Étud., stagiaire en kinésiologie
Université Laval, FSI	FCNQ	Université Laval

Code alphanumérique : ____

GRILLE D'ENTREVUE 6a (entrevue individuelle)
DÉMARRAGE DU PROJET
QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE
ET D'HABITUDES DE VIE EN LIEN
AVEC LA PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ

FAMILLE AVEC JEUNES

Partie A – Parent

1. **Membres de la famille et âge des membres de la famille**:

Cocher si famille recomposée : ________

Cocher si famille monoparentale : ________

Cocher si famille nucléaire : ________

Membre 1 : ___ans
Membre 2 : ___ans
Membre 3 : ___ans
Membre 4 : ___ans
Membre 5 : ___ans
Membre 6 : ___ans
Membre 7 : ___ans
Membre 8 : ___ans
Membre 9 : ___ans

____
____
____

2. **État Civil :** Êtes-vous…
   - ☐ Célibataire
   - ☐ Conjoint(e) de fait
   - ☐ Marié(e)
   - ☐ Divorcé(e)
   - ☐ Veuf (veuve)

____
____

3. **Réseau familial à domicile** : Comme parent, avec qui vivez-vous à la maison? (vous pouvez encercler plus d'une réponse)

☐ Seul
☐ Avec conjoint
☐ Avec enfants
☐ Avec famille élargie
☐ Autres, veuillez préciser : ____________________________________

4. **Ethnicité :** ☐ Canadien(ne)

☐ Autre, veuillez préciser et indiquer le pays d'origine ___________________________________

5. **Éducation :** Veuillez indiquer votre dernier niveau de scolarité complété et celui de votre conjoint s'il y a lieu.

Participant	**Conjoint**
☐Primaire	☐Primaire
☐Secondaire	☐Secondaire
☐Collégial ou technique	☐Collégial ou technique
☐Universitaire	☐Universitaire

6. **Revenu familial annuel :** Quel est votre revenu familial annuel?

☐ Moins de 12 000$	☐ 50 000$ - 75 000$
☐ 12 000$ - 24 000$	☐ 76 000 $ et plus
☐ 24 000$ - 35 000$	☐ Je bénéficie de l'aide sociale
☐ 35 000$ - 40 000$	☐ Je bénéficie de l'assurance-chômage
☐ 40 000$ - 50 000$	☐ Autre, veuillez préciser : _________

7. **A) Santé :** Quels problèmes de santé sont présents dans votre famille? Pour chacun, indiquer depuis quand vous (ou le membre de votre famille) vivez avec ce problème de santé.

Qui	**Diagnostic confirmé par un médecin**	**Nombre d'années avec la maladie**

B) Avez-vous d'autres maladies ou problèmes de santé présents selon vous qui ne sont pas confirmés par un médecin?

____

____

____

____

____

a. Y a-t-il d’autres membres de votre famille élargie qui souffrent de ces maladies ? (hérédité)
☐Oui ☐Non

b. Si oui, veuillez indiquer le lien familial avec ces personnes et préciser de quelle maladie il s’agit.

____
____
____
____
____
____
____

8. **Pharmacothérapie** : Quels les sont médicaments et/ou les produits naturels que vous prenez actuellement? Pour chacun, veuillez préciser la raison pour laquelle vous prenez ce médicament selon vous. Si vous ne vous souvenez pas exactement du nom du médicament, ce n’est pas grave. Vous pouvez nous donner les informations que vous savez sur ces médicaments.

Qui	Médicaments	Raison du médicament

9. **Projet**:

a. Quelle est votre motivation (raisons principales) à participer à ce projet?

____
____
____
____

b. Comment connaissez-vous le regroupement (ou la coop santé)?

____
____
____
____

10. **Perception de l'état de santé familiale**

a. Quelle est votre perception de votre état de santé (vous sentez-vous en bonne santé ou en mauvaise santé) et pourquoi?

b. Quelle est votre perception de l'état de santé de vos enfants ?

11. Qu'est ce qui **compte le plus pour vous** en ce moment (ce qui est le plus important pour vous à ce moment de votre vie, par exemple, divorce, emploi, etc.)?

12. Qu'est-ce qui vous cause **le plus de soucis** en ce moment?

13. Comment vous sentez vous au niveau de votre **énergie**? Êtes-vous souvent fatigué et cela semble dû à quoi? Avez-vous beaucoup d'énergie et cela semble être relié à quoi?

14. Quand vous vous levez le matin, vous vous sentez **comment**?

15. Quel est votre sentiment par rapport à **vos accomplissements** dans votre vie (êtes-vous satisfait de votre vie en général, êtes-vous où vous souhaitez être et où vous souhaitez être avec votre famille)? Indiquez **ce qui vous satisfait** et ce qui **vous rend insatisfait**.

16. Quelle est votre perception des **habitudes de vie de votre famille** – identifiez des bonnes habitudes que vous avez comme famille et des habitudes moins bonnes (selon vous)?
Perception :

Bonnes habitudes :

Mauvaises habitudes :

17. Quelles sont les **forces de votre famille** (qualités individuelles des membres si incapable de nommer des forces collectives), selon vous, pour atteindre les objectifs généraux que vous visez (ce qui vous aide)?

18. Quelles sont les **limites** selon vous de votre famille pour arriver à atteindre les objectifs généraux que vous visez (ce qui vous nuit)?

19. Quels seraient votre **trois objectifs principaux** - trois choses que vous aimeriez changer en lien avec la santé pour votre famille? (Cela peut inclure un changement dans les déterminants sociaux de la santé, ex. un meilleur revenu, le statut familial, etc.)

Regardons maintenant les **habitudes de vie spécifiques** :

20. **Activité physique** :

A) Comment qualifieriez-vous le niveau d'activité physique **quotidien** de la famille?

☐ **Aucun** (Sédentaire)

☐ **Faible** (Exemple : on marche peu, on ne fait aucun exercice mais nous sommes actifs dans la maison)

☐ **Moyen** (Exemple : occasionnellement, nous nous réservons du temps pour être actifs ou nous faisons attention à nous stationner loin des portes, prendre les escaliers, etc.)

☐ **Adéquat** (Exemple : nous pratiquons une ou des activités physiques régulières, nous avons une routine où nous nous consacrons à du sport ou à être physiquement actif – parc, marche, etc.)

☐ **Élevé** (Exemple : nous pratiquons tous les jours une activité physique de façon intensive – marche rapide, course, sport récréatif ou de compétition exigeant au niveau cardiovasculaire)

B) Que faites-vous comme **activité physique au quotidien** dans votre famille?

____
____
____

21. **Alimentation** :

Comment qualifiez-vous en quantité et qualité votre alimentation quotidienne <u>familiale</u> **:**

A) **<u>Quantité</u>**

☐**Faible** (nous mangeons un à deux repas par jour)

☐**Moyenne** (nous mangeons la plupart du temps 3 repas par jour sans collation)

☐**Adéquate** (nous mangeons toujours 3 repas par jour avec collation)

☐**Élevée** (nous mangeons souvent plus de 3 repas et des quantités plus grandes que celles que nous devrions)

B) **<u>Qualité</u>**

☐**Faible** (Exemple : nous ne faisons pas attention à ce que nous mangeons et nous aimons les aliments qui ne sont pas favorables à notre santé et nous en mangeons quotidiennement)

☐**Moyenne** (Exemple : nous suivons occasionnellement le guide alimentaire en s'efforçant de manger des légumes, fruits, et en limitant les viandes, gras, etc.)

☐**Adéquate** (Exemple : nous respectons les principes du guide alimentaire : groupes alimentaires et portions quotidiennes)

☐**Élevée** (Exemple : nous respectons les principes du guide alimentaire et nous surveillons les calories et les étiquettes alimentaires pour s'assurer de limiter les gras, lipides et augmenter les fibres, grains entiers, etc.)

C) Combien de repas par jour prenez-vous en famille? __________

Explication (facultatif) : ____
____
____
____
____

22. Faites-vous votre épicerie de façon régulière (par exemple, chaque semaine ou de façon plus spontanée au fur et à mesure)? Expliquer.

____
____
____
____
____
____

23. Est-ce qu'il vous arrive parfois de ne pas avoir assez de budget en attendant la prochaine paye pour effectuer d'autres achats alimentaires en dehors des épiceries? Si oui, combien de fois approximativement dans l'année, de façon générale, vivez-vous cette expérience?

____
____
____
____

24. Faites-vous votre épicerie dans :

- ☐ supermarchés
- ☐ marchés publics de fruits et légumes
- ☐ dépanneurs
- ☐ pharmacie avec rayons alimentaires
- ☐ grandes surfaces comme Wall-Mart, Tante Marie, etc.
- ☐ combinaison de milieux, lesquels:

25. **Tabagisme** :

Est-ce que vous fumez ? Oui Non

A) Si oui, depuis combien de temps fumez-vous? ______________________________
Combien de paquet par jour fumez-vous? ______________________________

B) Si non, avez-vous déjà fumé ? Oui Non
Depuis combien de temps avez-vous arrêté de fumer? ______________________________

Est-ce que votre conjoint fume ? Oui Non

A) Si oui, depuis combien de temps fume-t-il? ______________________________
Combien de paquet par jour? ______________________________

B) Si non, a-t-il déjà fumé ? Oui Non
Depuis combien de temps a-t-il arrêté de fumer? ______________________________

26. **Consommation d'alcool** : Veuillez cocher l'énoncé qui correspond à votre consommation d'alcool.

Participant

 Je ne bois pas d'alcool

 Je bois moins d'une consommation/semaine

 Je bois 1 à 2 consommation/semaine

 Je bois 3 à 7 consommations/semaine

 Je bois tous les jours 1 à 2 verres par jour

 Je bois plus de deux verres par jour

Conjoint

 Je ne bois pas d'alcool

 Je bois moins d'une consommation/semaine

 Je bois 1 à 2 consommation/semaine

 Je bois 3 à 7 consommations/semaine

 Je bois tous les jours 1 à 2 verres par jour

☐ Je bois plus de deux verres par jour

27. **IMC des adultes** [Calcul : (Poids /taille)^2]

Participant

Taille : _____m ______pi

Poids : _____kg ______lbs

IMC Participant : _____

☐ Plus petit que 23.0

☐ Entre 23.0 et 24.9

☐ Entre 25.0 et 29.9

☐ Plus grand que 30.0

Conjoint

Taille : _____m ______pi

Poids : _____kg ______lbs

IMC Conjoint : _____

☐ Plus petit que 23.0

☐ Entre 23.0 et 24.9

☐ Entre 25.0 et 29.9

☐ Plus grand que 30.0

IMC des enfants [Calcul : (Poids /taille)^2]

Enfant 1

Taille : _____m ______pi

Poids : _____kg ______lbs

Enfant 2

Taille : _____m ______pi

Poids : _____kg ______lbs

Enfant 3

Taille : _____m ______pi

Poids : _____kg ______lbs

Enfant 4

Taille : _____m ______pi

Poids : _____kg ______lbs

IMC enfant 1 : _____

☐ Plus petit que 23.0

☐ Entre 23.0 et 24.9

☐ Entre 25.0 et 29.9

☐ Plus grand que 30.0

IMC enfant 2 : _____

☐ Plus petit que 23.0

☐ Entre 23.0 et 24.9

☐ Entre 25.0 et 29.9

☐ Plus grand que 30.0

IMC enfant 3 : _____

☐ Plus petit que 23.0

☐ Entre 23.0 et 24.9

☐ Entre 25.0 et 29.9

☐ Plus grand que 30.0

IMC enfant 4 : _____

☐ Plus petit que 23.0

☐ Entre 23.0 et 24.9

☐ Entre 25.0 et 29.9

☐ Plus grand que 30.0

28. **Tour de taille** :

Parent 1 : __________

Parent 2 : __________

Plus grand que 88 pour une femme ________ ou inférieur _________

Plus grand que 102 pour un homme ________ ou inférieur _________

29. **Tension artérielle connue des parents** :

Parent 1 : _________

Parent 2 : _________

30. Lorsque vous vivez un **stress important** comme des soucis financiers, un changement d'emploi, des disputes familiales, des inquiétudes en lien avec les enfants, comment gérez-vous votre stress? Que faites-vous exactement pour faire passer le stress?

____
____
____
____
____

31. Identifiez le **nombre de personnes** dans votre entourage sur lesquelles vous pouvez compter en cas de soucis (des personnes que vous pourriez appeler en tout temps en cas de problème)? Quel est **votre lien** avec ces personnes (mère, sœur, amis, frère, etc.)?

Nombre de personnes : _________

Lien :

____
____
____

32. Dans votre entourage, ce réseau vous **apporte-t-il plus qu'il n'exige de vous en échange**? En d'autres mots, est ce que votre réseau vous satisfait ou est-ce qu'il vous cause plus de soucis qu'il ne vous aide?

____
____

33. Remarquez-vous des **symptômes de stress** chez vos enfants – si oui quels sont-ils? Quand ils sont stressés, quels sont leurs comportements?

34. Quels sont les **principaux problèmes** que vous rencontrez dans l'éducation de vos enfants (ex. la discipline, etc…)?

35. Quels seraient **les aides** dont vous auriez besoin pour mieux jouer votre rôle de parent?

36. Comment vous **sentez-vous face à votre rôle de parent (**compétent la plupart du temps, dépassé quelque fois, dépassé souvent, etc.)?

37. Qu'est-ce qui est **le plus difficile pour vous comme parent** (discipline, routine scolaire, devoirs, communication, etc.)?

38. Quelles sont les **connaissances et les compétences** dont vous avez besoin pour faire de meilleurs choix santé (connaissances sur les aliments à éviter, quantité d'activité physique à faire quotidiennement, etc.)?

Connaissances :

____

____

Compétences :

____

____

39. Pour quelles habitudes avez-vous une **attitude positive** dans l'adoption du changement et pour quelles habitudes est ce que l'attitude de départ est plus **récalcitrante ou négative** et pourquoi, selon vous?

Attitude positive : ____

____

____

____

____

Attitude négative : ____

____

____

____

____

40. A) Y a-t-il des habitudes de vie que vous souhaitez changer (pour vous-même ou votre famille)?

____

____

____

____

B) Quels sont les **moyens que vous prenez ou prendrez pour réaliser** ces objectifs en lien avec votre décision d'adopter de nouvelles habitudes de vie pour chacune des habitudes?

___

___

___

___

41. Quels sont les **défis anticipés ou les barrières** dans votre adoption de nouvelles habitudes, que ce soit pour l'alimentation, pour l'activité physique, etc.?

___

___

___

42. Quels sont les **avantages que vous y voyiez** ou qu'est-ce qui vous motive dans votre décision?

___

___

___

43. Autour de vous (famille, amis), quels sont les **influences positives et négatives** dans votre décision d'adopter de nouvelles habitudes?

Positives :

___

___

___

___

Négatives :

___

___

___

___

44. Où votre/vos enfant/s passe/nt-il/s tous ces/leurs **temps libres** selon vous? À quel **endroit?** À **faire quoi**?

___

___

___

45. Pourquoi selon vous, est-ce que ces **temps libres** sont ainsi occupés?

46. Préférez-vous que votre enfant passe ses temps libres chez-vous, au parc, chez un ami, chez de la famille, en garderie, au centre d’achat et pourquoi?

47. Quelles sont les **possibilités** autour de votre maison pour **favoriser les jeux libres à l’extérieur** (cour, parc, etc.)?

48. Si vous pensez à la **sécurité** de votre enfant lors de ses jeux libres, à quoi pensez-vous pour votre quartier (trafic, dangers, milieux dangereux, aucun espace vert, etc.)?

49. Quelles sont les **possibilités et les contraintes** autour de vous pour favoriser la pratique d’activité physique chez votre enfant (comme le temps, la motivation, l’accès, la proximité, etc.)?

Possibilités :

Contraintes :

50. **Quelles libertés** donnez-vous à votre enfant dans ses temps libres? Peut-il se déplacer librement ou non et pourquoi? Peut-il se déplacer seul?

____
____
____
____
____

51. Lors d'une semaine typique, combien des journées de votre enfant sont occupées par **plus de 30 minutes en temps libres**? **Les cours et autres activités structurées (ex. cours de natation) ne sont pas considérés comme du temps libre.** Nombre de jours : ________

Où votre enfant passe-t-il ces temps libres?

Jours de semaine (indiquer 1-2-3 jusqu'à une possibilité de tous les jours, soit 7)

Cour arrière de notre logement : ____

Amis – cour arrière : ____

Rue, pistes, centre dans le quartier : ____

Rues, pistes, centre en dehors du quartier : ____

Parc dans le quartier : ____

Centre communautaire ou sportif : ____

Cour d'école du quartier : ____

Autres endroits : ____

Jours de fins de semaine (indiquer 1-2)

Cour arrière de notre logement : ____

Amis – cour arrière : ____

Rue, pistes, centre dans le quartier : ____

Rues, pistes, centre en dehors du quartier : ____

Parc dans le quartier : ____

Centre communautaire ou sportif : ____

Cour d'école du quartier : ____

Autres endroits : ____

Quel est le nom du parc le plus proche de chez-vous? ______________________________

Ce parc se trouve à combien de minutes de marche de chez-vous approximativement? _____

Ce parc est-il aménagé ou est-il simplement un espace vert? Que trouves-t-on dans ce parc?
____
____
____

Code alphanumérique : ____

GRILLE D'ENTREVUE 6b (entrevue individuelle)
DÉMARRAGE DU PROJET (fin février 2011)
QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE
ET D'HABITUDES DE VIE EN LIEN
AVEC LA PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ

FAMILLE AVEC JEUNES

Partie B – Enfant

1. Quel **âge** as-tu? ____________

2. Est-ce que tu vis :

   ○ avec tes 2 parents
   ○ avec un seul parent à plein temps
   ○ tes parents ont la garde partagée
   ○ dans une famille recomposée
   ○ dans une famille recomposée et en garde partagée

3. Tu es originaire de : ______________________________________

4. Vous **habitez** :

   ○ un appartement

   ○ une maison

   ○ un condo

   ○ chez de la famille

5. Est-ce que tu pratiques une **activité sportive** régulière (1 fois par semaine) avec la ville ou une association?

   ○ Oui Laquelle? ____
   ○ Non

6. Que préfères-tu?

   ○ Regarder la télévision ou jouer à l'ordinateur

   ○ Aller faire du sport ou être actif dehors

7. Est-ce que tu **déjeunes avant d'aller** à l'école ou de commencer ta journée?

- ○ Toujours
- ○ Souvent
- ○ Rarement
- ○ Jamais

Que prends-tu :

____
____
____
____

8. Est-ce que tu consommes **trois repas** par jour?

- ○ Toujours
- ○ Souvent
- ○ Rarement
- ○ Jamais

9. À l'heure des repas, est-ce que tu consommes les aliments provenant de **chaque groupe alimentaire** ? **(**Fruits et légumes, pain et céréales, produits laitiers, viandes et substituts)

- ○ Toujours
- ○ Souvent
- ○ Rarement
- ○ Jamais

Nomme ce que tu as mangé hier :

____
____
____
____

10. Combien de **portions de fruits et légumes** consommes-tu par jour? __________

Quels sont tes fruits préférés? ______________________________

Quels sont tes légumes préférés? ____

11. Est-ce que tu prends **deux collations par jour** à l'école?

  - O Toujours (5 jours par semaine)
  - O Souvent (3 à 4 jours par semaine)
  - O Rarement (2 jours et moins par semaine)
  - O Jamais

Quelles sont tes collations préférées? ____

Quelles sont les collations typiques que tu apportes le matin?
____

Quelles sont les collations typiques que tu apportes pour le pm?
____

12. Combien de verres de lait bois-tu par jour? __________

13. Combien de temps passes-tu à faire de l'**activité physique** chaque jour? ________________

    Quelle activité fais-tu le plus souvent ? ___________________________

14. Est-ce que **tu joues dehors**?

  - O Toujours (7 jours par semaine)
  - O Souvent (4 à 6 jours par semaine)
  - O Rarement (3 jours et moins par semaine)
  - O Jamais

15. Combien d'heure en moyenne **regardes-tu la télévision** par jour? ___________

16. Combien d'heure en moyenne joues-tu à **l'ordinateur ou DS** ou aux jeux vidéo par jour? __________

17. Habituellement, à **quelle heure te couches-tu** et à **quelle heure te réveilles-tu**?

Heure du coucher : __________
Heure du réveil : __________

18. Est-ce que tu considères que les membres de ta famille ont de bonnes **habitudes** de vie en matière de santé?

- Oui
- Non

Pourquoi ?

____

Selon **ta perception**, est-ce que tu considères que :

- tu maintiens un poids santé
- tu es en dessous de ton poids santé
- tu as un surpoids

Poids : _______________
Taille : _______________
IMC : _______________

19. Quand **tu es stressé**, que fais-tu pour contrôler ou évacuer ton stress (par exemple, se ronger les ongles)?

20. Qu'est ce qui **cause l'obésité** chez les jeunes, selon toi?

21. Est-ce que tu trouves que **tes amis mangent bien ou mal**?

22. Est-ce que tu penses que tes amis font suffisamment d'**activités sportives à l'extérieur**?

____
____
____
____
____

23. Est-ce que tu trouves que dans **ton entourage** (famille, oncle tante, grand parents) il y a des gens qui mangent n'importe quoi ou qui mangent des choses qui ne sont pas bonnes pour la santé?

____
____
____
____
____

24. Est-ce que les autres membres de ta famille ont des **comportements actifs**? ________

Lesquels (par exemple pelleter, marcher, etc…)?

____
____
____
____
____

25. Quelles sont les activités que **tu aimes le plus faire en famille**?

____
____
____
____
____

26. Quelles sont les activités que tu **aimes le moins faire en famille**?

____
____
____
____
____

27. À quoi **joues-tu ou quelles activités ou sports** fais-tu le plus souvent avec tes amis?

28. À quoi **joues-tu ou quelles activités ou sports** fais-tu le plus souvent avec ta famille?

29. Penses-tu **qu'avoir du surpoids ou être obèse** peut être dangereux pour la santé? ___________

Si oui c'est quoi les dangers?

30. Quels sont les **messages que tes parents** te donnent à propos de ton alimentation?

31. Quels sont les **messages que tes parents** te donnent à propos de ton activité physique?

32. Toi, est-ce que tu trouves que tu **bouges assez**?

____
____
____
____
____

33. **Que fais-tu des messages** que tes parents te donnent pour ta santé? Est-ce que tu les écoutes?

____
____
____
____

34. **Que fais-tu des messages** que tes amis te donnent directement ou indirectement en lien avec la santé? Est-ce que tu les écoutes?

____
____
____
____

35. As-tu un ordinateur dans ta chambre?

   ○ Oui

   ○ Non

36. As-tu un téléviseur dans ta chambre?

   ○ Oui

   ○ Non

37. As-tu une wii, un Xbox ou un DS avec lequel tu joues régulièrement?

   ○ Ou   Non

38. Chaque jour après l'école ou après le service de garde et les fins de semaine, est-ce que tu as du temps libre? ________ Combien de temps? ___________

39. Quel est le nom du parc le plus près de chez vous? ____________________________________

Combien de temps cela te prend-t-il pour marcher jusqu'à ce parc? _____________

Que retrouves-tu dans ce parc pour y faire des activités?
____
____
____
____

40. Qu'est-ce que tu aimerais voir s'installer dans ton quartier qui te pousserait à être plus physiquement actif?
____
____
____
____

41. Si tu pouvais plutôt aller ailleurs ou faire autre chose, identifies ici (nomme) **l'endroit** où tu voudrais aller et **l'activité que tu aimerais** faire le plus souvent.
____
____
____

42. Est-ce que tu **t'ennuies dans tes temps libres** généralement?

○ Oui

○ Non

43. Préfères-tu à cette période, des **activités structurées** (sports organisés ou cours organisés) ou des **activités non structurées**? ______________________________

Pourquoi?
____
____

Projets concertés pour la jeunesse en prévention de l'obésité

Dans le cadre de la recherche **Quartiers en santé pour la prévention de l'obésité par la transformation des politiques municipales, le capital social et la participation citoyenne- an 2**

- ✓ *Accroître la collaboration, la compréhension et la planification en intersectorialité*
- ✓ *Augmenter la capacité de développement et d'échanges de connaissances sur les modes de vie sains et les liens avec le poids santé*
- ✓ *Accroître la recherche sur les processus liés à la concertation et à la participation citoyenne en promotion de la santé et prévention de l'obésité*
- ✓ *Réduire les inégalités de santé auprès des populations fragilisées*

GUIDE D'ENTREVUE 1 (groupes focalisé)
PLANIFICATION TEMPS 1
Préambule historique

Nom de votre regroupement, comité, groupe : ____
Localité – municipalité : ____________________
Membres du regroupement (à titre individuel ou collectif) : (nb total, individu par genre et appartenance)
____
____
____
____
____
____
____
____

Année de création : _______________
Structure de gestion :____
Santé comme axe ou omniprésente dans la mission :____
Financement annuel de votre regroupement et sources (ex. année 2009 ou 2010)
____
____
____
____
____
____
____

1.0 Quel est le **mandat** de votre regroupement?

____
____
____
____

2.0 Dans votre mandat global, **la santé** est-elle une cible directe ou indirecte?

3.0 Quel est votre **mandat en promotion-prévention** spécifiquement?

4.0 Quels sont les **facteurs principaux** ayant amené la création de votre regroupement?

5.0 Quels sont, parmi les **12 déterminants sociaux** de la santé (**le niveau de revenu et le statut social; les réseaux de soutien social; l'éducation et l'alphabétisme; l'emploi et les conditions de travail; les environnements sociaux; les environnements physiques; les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles; le développement de la petite enfance; le patrimoine biologique et génétique; les services de santé; le sexe; et la culture), ceux qui influencent le plus la** qualité de vie des jeunes **de votre quartier (deux groupes, en premier, les 6-12 ans & ensuite les 13 -17 ans)?**

6.0 Quels sont les **éléments de soutien** les plus favorables à votre regroupement et leurs **sources**?

7.0 Quels sont les **défis** que vous rencontrez qui limitent les actions en promotion-prévention?

8.0 Quels sont vos **objectifs prioritaires** de promotion-prévention au cours des deux dernières années?

9.0 Comment **s'opérationnalisent vos objectifs** de promotion-prévention – donnez deux exemples concrets ou déposez votre plan d'action.

10.0 Quelles sont les **5 principales problématiques** de santé des jeunes de votre quartier ?

11.0 Quelles sont les **habitudes de vie des jeunes** de votre quartier qui seraient les plus malsaines selon votre expérience?

12.0 Quelle place occupe la **problématique du poids, surpoids, obésité** chez vos jeunes et leurs familles? (est ce que cela touche la majorité, une minorité, la plupart, etc.) et quelles seraient les **causes principales**?

13.0 Après avoir pris connaissance du **cadre pancanadien sur les modes de vie sains**, des **pratiques exemplaires** de l'Agence de santé publique du Canada et des **théories de changement de comportement individuel,** identifiez une stratégie déjà existante ou une innovation que votre regroupement souhaiterait mettre en place entre février et mai 2011. Elle doit comprendre une approche cognitive (connaissances - éducation, comportementale – habiletés et familiale – inclusive des membres pour un changement familial – ces approches sont les plus prometteuses selon les lignes directrices en matière de prévention de l'obésité.)

____
____
____
____
____
____
____

PLAN D'ACTION

14.0 Quel est l'objectif **global du projet que vous proposez** en saines habitudes de vie pour la prévention de l'obésité chez les jeunes?

____
____
____
____
____
____
____

15.0 Quels seraient **trois objectifs spécifiques** associés soit aux 6-12 ans ou 13-17 ans? (les formuler en SMART – spécifique, mesurable, atteignable, réaliste, temps)

____
____
____
____
____
____
____

16.0 Pour chaque objectif spécifique, quels seraient les **moyens associés** nécessaires pour la mise en œuvre?

17.0 Quels sont les **cibles** issues de la théorie sélectionnée?

18.0 Quels sont les **indicateurs de processus** qui vous permettront d'atteindre les buts visés (partenariat avec, nombre de bénévoles, animateurs, participants, logistique, appuis locaux, etc.) qui permettront de réaliser la mise en œuvre?

19.0 Quels sont les **indicateurs d'impact** (en lien avec les saines habitudes de vie- soit activité physique, sédentarité, alimentation, stress, tabac, itss, activités familiales, perception favorable, attitude envers le changement, des changements dans les habitudes familiales, etc.) qui vous permettront d'atteindre les buts visés?

20.0 Quelles sont les **ressources humaines, financières** (budget pour le projet), **organisationnelles, communautaires et matérielles** nécessaires?

21.0 Quels **autres appuis** pourriez-vous profiter si vous les sollicitiez et pourquoi?

22.0 Quelles sont les **préoccupations** de votre regroupement à cette étape de planification?

23.0 Quel est votre **échéancier** de planification?

24.0 Quels seraient les **besoins de formation** du groupe?

25.0 Quelles sont les **attitudes générales des individus** du groupe à ce nouveau projet collectif autour des saines habitudes de vie chez les jeunes et de la prévention de l'obésité?

(outils partagés et à discuter : Cadre pancanadien des SHV de l'Agence de santé publique du Canada, pratiques exemplaires recomandées, les théories de changements de comportements – croyances de Becker, action planifié de Azen, comportement planifié de Azen et Fishbein, étapes du changement de Prochaska ou de l'apprentissage social de Bandura, lignes directrices, stratégies de PS)

GRILLE D'ENTREVUE 4 (auto rapporté par chaque membre)
MISE EN ŒUVRE TEMPS 3

Regroupement : ____________________
Titre de votre projet concerté : ____

Partenaires externes au regroupement ayant participé à la planification :
____
____
____
____

1.0 Différents **niveaux de concertation** existent, à partir de votre expérience, dites-moi quelles est votre conclusion de la concertation réalisée et en cours de réalisation à partir des indicateurs ci mentionnés (simplement cocher les indicateurs dont vous avez été témoin avec les partenaires associés au projet):

1) Communication (niveau 1) :

Liste des indicateurs

- ✓ Relation informelle
- ✓ Exploration des intérêts communs et conflictuels
- ✓ Échange d'informations

2) Contribution (niveau 2):

Liste des indicateurs

- ✓ Relation informelle
- ✓ Soutien mutuel
- ✓ Objectifs indépendants
- ✓ Établissement d'une relation de confiance

- ✓ Références limitées, souvent à sens unique

3) Coordination (niveau 3):

Liste des indicateurs

- ✓ Relation intentionnelle, formalisée
- ✓ Objectifs conjoints
- ✓ Coordination des ressources pour mieux répondre aux besoins : limiter la duplication des services, ajuster ou harmoniser les activités existantes
- ✓ Division des rôles pour atteindre des objectifs conjoints

4) Coopération (niveau 4):

Liste des indicateurs

- ✓ Relation formelle ou informelle
- ✓ Objectifs complémentaires
- ✓ Intérêts similaires, mais identité des parties respectée
- ✓ Co-intervention
- ✓ Mise en commun de ressources
- ✓ Processus de décision conjoint

5) Concertation (niveau 5):

Liste des indicateurs

- ✓ Exploration constructive des différences

- ✓ Recherche de solutions qui vont au-delà de la vision limitée de chacun

- ✓ Développement d'une vision commune

- ✓ Bénéfices conjoints associés à un but commun

- ✓ Établissement d'un système interdépendant : intégration des intérêts, rôles

- ✓ Ressources

Commentaires généraux :

____

____

____

____

____

2.0 Nous souhaitons explorer dans quelles mesures, les <u>conditions de concertation</u> ont été rencontrées :

- Avez-vous ressenti **une reconnaissance par le réseau de l'expertise du communautaire**, de la complémentarité, des expertises et de l'interdépendance entre acteurs? Si oui, comment?

  ____

  ____

  ____

- Avez-vous ressenti le développement d'une concertation qui **favorise une vision centrée sur la connaissance des besoins** du milieu et une approche des personnes?
  Oui   Non

- Avez-vous ressenti que les **acteurs locaux étaient sensibilisés** et motivés réellement à participer à une démarche de renouvellement des pratiques et à travailler pour un objectif commun, de manière à les inciter à surmonter les intérêts corporatifs? Si oui, comment?

____
____
____

- Avez-vous ressenti de la **flexibilité et de l'ouverture** au changement, à d'autres façons de penser et de faire, ainsi que la capacité de se remettre en question?
  Oui Non

- Quels ont été les **mécanismes de rencontres périodiques et d'échanges d'informations**, de **connaissance mutuelle** et de **développement des relations interpersonnelles** entre intervenants de différents organismes, pour faire en sorte que le réseautage et les affinités entre acteurs contribuent à créer et entretenir un climat et des relations de confiance?
  ____
  ____
  ____

- Quel **pouvoir était accordé aux familles et aux jeunes**, ont-ils participé dans une certaine mesure? Si oui, comment?
  ____
  ____
  ____

- Avez-vous été témoins de mécanismes qui devaient aussi favoriser des méthodes de travail communes ou compatibles, qui permettent des **transferts de compétences** entre organisations, tout en respectant les différences et l'autonomie?
  ____
  ____
  ____
  ____

3.0 Quelles sont les **compétences et capacités** de chacun des **partenaires ou collaborateurs** ayant participé au projet?

____
____
____
____

4.0 Prédisposition personnelle au partenariat

❖ Qu'est-ce qui m'incite à participer au partenariat pour le projet en SHV et prévention de l'obésité?
  ____
  ____

❖ Est-ce que j'ai le temps d'être un partenaire productif? Comment est ce que je m'implique?

- Est-ce que j'accorde de l'importance au travail d'équipe et possède une bonne attitude concernant le partage des responsabilités et si oui, comment?

- Quelles sont les compétences et les ressources que j'apporte au groupe?

- Y a-t-il des questions professionnelles ou personnelles qui pourraient avoir une incidence sur ma participation au partenariat (p. ex., conflits d'intérêt, contraintes de temps)?

- Quels conflits non réglés, antécédents ou bagages liés au partenariat dois-je régler s'il y a lieu?

- Quelles sont, selon moi, les possibilités et avantages personnels et professionnels?

- Quelles sont mes craintes ou insécurités (s'il y a lieu) au sujet du travail en équipe en général?

- Quelles sont mes craintes ou insécurités (s'il y a lieu) au sujet du travail avec ce groupe particulier d'organisations et de personnes?

- Est-ce que je peux communiquer et exprimer mes idées, préoccupations et sentiments à un groupe?

- Qui est-ce que je représente? En vertu de quelle autorité? Est-ce que les autres s'entendent pour dire que je peux bien les représenter?

5.0 Avez-vous d'autres commentaires sur le processus de mise en œuvre?

GRILLE D'ENTREVUE 3 (groupe focalisé)
MISE EN ŒUVRE TEMPS 3

Regroupement : ____________________

Titre de votre projet concerté : ____

Partenaires externes au regroupement ayant participé à la planification :

____

____

Rôles et responsabilités de chacun dans la mise en œuvre du projet

1.0 Quels sont vos succès **en matière de mise en œuvre** du projet concerté pour la jeunesse en promotion des saines habitudes de vie et prévention de l'obésité?

2.0 Quel est **l'objectif global** final et les **objectifs spécifiques** (spécifiques, mesurables, atteignables, réaliste, temps) (3) :

3.0 Quelles ont été les **difficultés rencontrées** (logistique, recrutement, mobilisation, partenariats, etc.)?

4.0 Entre la **planification initiale** et la **réalisation** quels sont les **écarts** et leurs **explications potentielles**?

5.0 Quels ont été les **éléments internes cruciaux favorables** au projet et **les éléments défavorables**?

6.0 Y a-t-il eu des éléments **contextuels sociaux, politiques ou organisationnels** ayant été favorables au projet ou défavorables?

7.0 Quelles ont été les **forces** de votre regroupement?

8.0 Quels ont été dans cet exercice les **lacunes** de votre regroupement à votre avis?

9.0 Qu'auriez-vous, à postériori, **fait autrement**, après réflexions sur le processus et la mise en œuvre?

10.0 Quels sont les **cibles atteintes** selon vous par le projet (celles **visées** et celles **imprévues**)?

11.0 Quelles ont été **les stratégies les plus fructueuses** pour établir la **collaboration** et favoriser la **concertation**?

12.0 Nommez **trois éléments** dans l'état actuel de déploiement du projet qui vous satisfont le plus ?

13.0 Quelles **ressources ont été mobilisées** qui n'étaient pas prévues initialement?

GRILLE D'ENTREVUE 7 (entrevue familles et jeunes)
FIN DU PROJET IMPACT

Partie 1 – Parents

J'ai participé aux ateliers suivants :

THÉMATIQUES	DATES	COCHER SI VOUS AVEZ PARTICIPÉ
L'obésité, toile causale, facteurs de risque et maladies chroniques		
Êtes-vous prêts à changer? (La motivation personnelle et familiale au changement)		
Les habitudes alimentaires familiales		
L'étiquetage alimentaire, les choix appropriés pour les repas, les lunchs et les collations santé		
Les habitudes d'activité physique familiales et la sédentarité		
L'équilibre budgétaire (présenté par l'ACEF)		
L'image corporelle et l'estime de soi en lien avec le poids naturel		
La gestion du temps et la communication en famille		

En somme, je suis allé à combien d'ateliers durant tout le programme? ______

1.0 Un rappel ici : C'était quoi votre intérêt au départ ou qu'est-ce que vous veniez chercher au programme?

2.0 Quels étaient vos deux objectifs?

3.0 Avez-vous pu atteindre les objectifs que vous vous étiez donnés?

4.0 Globalement, cette formation a-t-elle répondu à vos attentes et pourquoi?

5.0 Qu'avez-vous appris ou découvert? Que retenez-vous de tout ce que vous avez vu en ateliers?

6.0 Quels sont les thèmes du programme que vous avez le plus aimé et pourquoi?

7.0 Quels thèmes avez-vous trouvés les moins intéressants et pourquoi?

8.0 Qu'avez-vous trouvé particulièrement pertinent ou efficace par rapport à votre vie? Avez-vous apporté des changements dans votre vie en lien avec le programme? Si oui, lesquels?

9.0 Quels défis avez-vous rencontré dans la modification d'habitudes de vie?

10.0 Qu'avez-vous pu développer comme compétences ou habiletés nouvelles?

11.0 Y a-t-il d'autres sujets que vous auriez aimé aborder?

12.0 Quels ont été les éléments les plus positifs du projet pour votre famille?

13.0 Quels outils avez-vous bénéficié et de quels outils auriez-vous besoin maintenant?

14.0 Quelles sont les limites du projet selon vous?

15.0 Quelles étaient les forces, selon vous, de notre infirmière qui enseignait les ateliers? Qu'est-ce qui pourrait être amélioré dans son approche?

16.0 Comment qualifieriez-vous les différents échanges, avec l'infirmière et entre les participants, durant les sessions?

17.0 Que pouvez-vous dire au sujet de votre propre participation lors des discussions? Quel est votre ressenti par rapport au groupe? Vous sentiez-vous bien et à l'aise de parler durant les rencontres? Pourquoi?

18.0 Quelles recommandations pouvez-vous faire pour les suites du projet?

19.0 Souhaitez-vous poursuivre votre participation ou recommanderiez-vous à des proches de participer et pourquoi?

20.0 Quels changements ou impact le projet a t-il eu sur votre enfant?

21.0 Considérez-vous les participants au projet comme des ressources additionnelles à votre réseau personnel maintenant et pourquoi?

22.0 Souhaitez-vous vous impliquer au regroupement et pourquoi?

23.0 Quelles orientations ou projets futurs le regroupement devrait-il poursuivre?

24.0 Vous sentez-vous plus compétent dans la gestion de votre santé et celle de votre famille maintenant et pourquoi?

25.0 Quels sont vos plans et ceux pour vos enfants en matière d'habitude de vie?

26.0 Pour vous, la santé de votre famille comprend quels éléments- la santé c'est quoi pour vous et votre famille?

27.0 Quels changements doit-on apporter au quartier pour le rendre plus favorable à la santé selon vous?

Code alphanumérique : ____

GRILLE D'ENTREVUE 7 (entrevue familles et jeunes)
FIN DU PROJET (fin juin 2011)
IMPACT

Partie 2 – Jeunes

1.0 Qu'as-tu apprécié le plus du projet auquel tu as participé?

2.0 Qu'as-tu apprécié le moins du projet auquel tu as participé?

3.0 Que retiens-tu (qu'as-tu appris) de ta participation en lien avec la saine alimentation et l'activité physique?

4.0 Quelles sont les habiletés que tu as pu pratiquer?

5.0 Quels changements as-tu choisi d'amorcer en lien avec tes habitudes de vie?

6.0 As-tu l'intention de continuer à t'engager dans de saines habitudes de vie et si oui, lesquelles?

7.0 Quels sont les forces en toi pour y arriver? (tes qualités)

8.0 Quels sont les défis personnels et de ton environnement qui pourraient limiter ton atteinte des objectifs?

9.0 Les amis pensent-ils comme toi par rapport à la santé?

10.0 La famille pense-t-elle comme toi par rapport à la santé?

11.0 Aimerais-tu participer encore à un projet jeunesse en santé avec le regroupement? Si oui, laisses-nous ton courriel ou contact pour te joindre : ______________________

Guide 10

Grille d'entrevue d'évaluation post ateliers intégrés

Cette grille a pour but d'améliorer la qualité des programmes que nous offrons, les résultats nous permettront d'adapter nos programmes à vos besoins. N'hésitez pas à nous faire part de vos réflexions et suggestions.

Nous compléterons ce questionnaire au même moment de la visite à domicile prévue pour l'évaluation des paramètres sur les saines habitudes de vie (déposée en éthique au renouvellement 2011).

1) Que changeriez-vous au programme (horaire, thèmes, format,)?

2) Quelles étaient les forces, selon vous, de notre infirmière qui enseignait les ateliers? Qu'est-ce qui pourrait être amélioré dans son approche?

3) Comment qualifieriez-vous les différents échanges, avec l'infirmière et entre les participants, durant les sessions?

4) Que pouvez-vous dire au sujet de votre propre participation lors des discussions? Quel est votre ressenti par rapport au groupe? Vous sentiez-vous bien et à l'aise de parler durant les rencontres? Pourquoi?

5) Quels sont, selon vous, les points forts et les points faibles de l'activité de soccer pour les enfants?

6) Quelles modifications apporteriez-vous au programme de soccer ou de sport?

7) Dans quelle mesure êtes-vous satisfait du local utilisé pour les ateliers?

8) Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de l'organisation du programme (ateliers pendant que les enfants jouent, lundi soir de 18h à 20h, etc.)?

Merci de nous partager vos suggestions.

Projets concertés pour la jeunesse en prévention de l'obésité

Dans le cadre de la recherche **Quartiers en santé pour la prévention de l'obésité par la transformation des politiques municipales, le capital social et la participation citoyenne- an 2**

- ✓ *Accroître la collaboration, la compréhension et la planification en intersectorialité*
- ✓ *Augmenter la capacité de développement et d'échanges de connaissances sur les modes de vie sains et les liens avec le poids santé*
- ✓ *Accroître la recherche sur les processus liés à la concertation et à la participation citoyenne en promotion de la santé et prévention de l'obésité*
- ✓ *Réduire les inégalités de santé auprès des populations fragilisées*

Code alphanumérique : ____

GRILLE D'ENTREVUE 8 (entrevue individuelle)
DÉMARRAGE DU PROJET
QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE
ET D'HABITUDES DE VIE EN LIEN
AVEC LA PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ

JEUNES ADULTES

Partie A

Membres de la famille et âge des membres de la famille:

Cocher si famille recomposée : ________

Cocher si famille monoparentale : ________

Cocher si famille nucléaire : ________

Participant : ___ans
Conjoint : ___ans
Membre 3 : ___ans
Membre 4 : ___ans

Membre 5 : ___ans
Membre 6 : ___ans
Membre 7 : ___ans

Membre 8 : ___ans
Membre 9 : ___ans

État Civil : ☐ Célibataire ☐ Conjoint(e) de fait ☐ Marié(e)

☐ Divorcé(e) ☐ Veuf (veuve) ☐ Séparé(e)

Réseau familial à domicile : Comme jeune adulte, avec qui vivez-vous à la maison? (vous pouvez encercler plus d'une réponse)

☐ Seul

☐ Avec conjoint

☐ Avec enfants

☐ Avec famille élargie

☐ Autres, veuillez préciser : ___________________________________

Ethnicité : ☐ Canadien(ne)

☐ Autre, veuillez préciser et indiquer le pays d'origine

____

Éducation : Veuillez indiquer votre dernier niveau de scolarité complété et celui de votre conjoint s'il y a lieu.

Participant

☐ Primaire

☐ Secondaire

☐ Collégial ou technique

☐ Universitaire

Conjoint

☐ Primaire

☐ Secondaire

☐ Collégial ou technique

☐ Universitaire

Revenu familial annuel : Quel est votre revenu familial annuel?

☐ Moins de 12 000$

☐ 12 000$ - 24 000$

☐ 24 000$ - 35 000$

☐ 35 000$ - 40 000$

☐ 40 000$ - 50 000$

☐ 50 000$ - 75 000$

☐ 76 000 $ et plus

☐ Je bénéficie de l'aide sociale

☐ Je bénéficie de l'assurance-chômage

☐ Autre, veuillez préciser : _________

A) Santé : Quels problèmes de santé sont présents dans votre famille? Pour chacun, indiquer depuis quand vous (ou le conjoint ou enfants) vivez avec ce problème de santé.

Qui	Diagnostic confirmé par un médecin	Nombre d'années avec la maladie

B) Avez-vous d'autres maladies ou problèmes de santé présents selon vous qui ne sont pas confirmés par un médecin?

____

____

____

a. Y a-t-il d'autres membres de votre famille élargie qui souffrent de ces maladies ? (hérédité)

☐ Oui ☐ Non

b. Si oui, veuillez indiquer le lien familial avec ces personnes et préciser de quelle maladie il s'agit.

____

____

____

____

____

Pharmacothérapie : Quels sont les médicaments et/ou les produits naturels que vous prenez actuellement? Pour chacun, veuillez préciser la raison pour laquelle vous prenez ce médicament selon vous. Si vous ne vous souvenez pas exactement du nom du médicament, ce n'est pas grave. Vous pouvez nous donner les informations que vous savez sur ces médicaments.

Qui	Médicaments	Raison du médicament

Perception de l'état de santé familiale

Quelle est votre perception de **votre état de santé** (vous sentez vous en bonne santé ou en mauvaise santé) et pourquoi?

Quelle est votre **perception de l'état de santé** de votre conjoint ou de vos enfants ? Si applicable.

Qu'est ce qui **compte le plus pour vous** en ce moment (ce qui est le plus important pour vous à ce moment de votre vie, par exemple, divorce, emploi, etc.)?

Qu'est ce qui vous cause **le plus de soucis** en ce moment?

Comment vous sentez vous au niveau de votre **énergie**? Êtes-vous souvent fatigué et cela semble dû à quoi? Avez-vous beaucoup d'énergie et cela semble être relié à quoi?

Quand vous vous levez le matin, vous vous sentez **comment**?

Quel est votre sentiment par rapport à **vos accomplissements** dans votre vie (êtes-vous satisfait de votre vie en général, êtes-vous où vous souhaitez être et où vous souhaitez être avec votre famille)? Indiquez **ce qui vous satisfait** et ce qui **vous rend insatisfait**.

Quelle est votre perception des **habitudes de vie de votre famille** – identifiez des bonnes habitudes que vous avez comme famille et des habitudes moins bonnes (selon vous)?

Perception :

Bonnes habitudes :

Mauvaises habitudes :

Quelles sont les **forces que vous avez** (qualités individuelles ou aptitudes), selon vous, pour atteindre les objectifs généraux que vous visez (ce qui vous aide)?

Quelles sont les **limites** (ce qui vous nuit personnellement) que vous vous attribuez qui vous empêche parfois d'atteindre les objectifs généraux que vous visez?

Quels seraient votre **trois objectifs principaux** - trois choses que vous aimeriez changer dans votre vie en ce moment (elles peuvent être en lien ou non avec la santé?)

Regardons maintenant les **habitudes de vie spécifiques** :

Activité physique :

Comment qualifieriez-vous le niveau d'activité physique **quotidien** de la famille?

☐ **Aucun** (Sédentaire)

☐ **Faible** (Exemple : on marche peu, on ne fait aucun exercice mais nous sommes actifs dans la maison)

☐ **Moyen** (Exemple : occasionnellement, nous nous réservons du temps pour être actifs ou nous faisons attention à nous stationner loin des portes, prendre les escaliers, etc.)

☐ **Adéquat** (Exemple : nous pratiquons une ou des activités physiques régulières, nous avons une routine où nous nous consacrons à du sport ou à être physiquement actif – parc, marche, etc.)

☐ **Élevé** (Exemple : nous pratiquons tous les jours une activité physique de façon intensive – marche rapide, course, sport récréatif ou de compétition exigeant au niveau cardiovasculaire)

Que faites-vous comme **activité physique au quotidien.** (Vous pouvez inclure votre conjoint et vos enfants)?

Est-ce que vous pratiquez une activité sportive régulière avec la ville ou une association?

☐ Non

☐ Oui, laquelle : ____

Alimentation :

Comment qualifiez-vous en quantité et qualité votre alimentation quotidienne familiale **:**

Quantité

☐ **Faible** (nous mangeons un à deux repas par jour)

☐ **Moyenne** (nous mangeons la plupart du temps 3 repas par jour sans collation)

☐ **Adéquate** (nous mangeons toujours 3 repas par jour avec collation)

☐ **Élevée** (nous mangeons souvent plus de 3 repas et des quantités plus grandes que celles que nous devrions)

Qualité

☐ **Faible** (Exemple : nous ne faisons pas attention à ce que nous mangeons et nous aimons les aliments qui ne sont pas favorables à notre santé et nous en mangeons quotidiennement)

☐ **Moyenne** (Exemple : nous suivons occasionnellement le guide alimentaire en s'efforçant de manger des légumes, fruits, et en limitant les viandes, gras, etc.)

☐ **Adéquate** (Exemple : nous respectons les principes du guide alimentaire : groupes alimentaires et portions quotidiennes)

☐ **Élevée** (Exemple : nous respectons les principes du guide alimentaire et nous surveillons les calories et les étiquettes alimentaires pour s'assurer de limiter les gras, lipides et augmenter les fibres, grains entiers, etc.)

Combien de repas par jour prenez-vous en famille? __________

Explication (facultatif) :
____
____
____
____
____

Tabagisme :

Est-ce que vous fumez ? ☐ Oui ☐ Non

A) Si oui, depuis combien de temps fumez-vous? ____
Combien de paquets par jour fumez-vous? ____

B) Si non, avez-vous déjà fumé ? ☐ Oui ☐ Non
Depuis combien de temps avez-vous arrêté de fumer? ________________________________

Est-ce que votre conjoint fume ? ☐ Oui ☐ Non

A) Si oui, depuis combien de temps fume-t-il? ______________________________________
Combien de paquet par jour? ____

B) Si non, a-t-il déjà fumé ? ☐ Oui ☐ Non
Depuis combien de temps a-t-il arrêté de fumer? ___________________________________

Consommation d’alcool : Veuillez cocher l’énoncé qui correspond à votre consommation d’alcool.

Participant

☐ Je ne bois pas d’alcool

☐ Je bois moins d’une consommation/semaine

☐ Je bois 1 à 2 consommation/semaine

☐ Je bois 3 à 7 consommations/semaine

☐ Je bois tous les jours 1 à 2 verres par jour

☐ Je bois plus de deux verres par jour

Conjoint

☐ Je ne bois pas d’alcool

☐ Je bois moins d’une consommation/semaine

☐ Je bois 1 à 2 consommation/semaine

☐ Je bois 3 à 7 consommations/semaine

☐ Je bois tous les jours 1 à 2 verres par jour

☐ Je bois plus de deux verres par jour

Consommation de drogues

IMC des adultes [Calcul : (Poids /taille)^2]

Participant Taille : ________m ________pi

Poids : ________kg ________lbs

Taille : ________m ________pi

Poids : ________kg ________lbs

Conjoint

IMC Participant : _____

☐ Plus petit que 23.0 ☐ Entre 23.0 et 24.9

☐ Entre 25.0 et 29.9 ☐ Plus grand que 30.0

IMC Conjoint : _____

☐ Plus petit que 23.0 ☐ Entre 23.0 et 24.9

☐ Entre 25.0 et 29.9 ☐ Plus grand que 30.0

IMC des enfants [Calcul : $(\text{Poids} / \text{taille})^2$]

Poids : _______kg ________lbs

Enfant 1

Taille : _______m ________pi

Poids : _______kg ________lbs

Enfant 2

Taille : _______m ________pi

Poids : _______kg ________lbs

Enfant 3

Taille : _______m ________pi

Poids : _______kg ________lbs

Enfant 4

Taille : _______m ________pi

IMC enfant 1 : _____

□☐ Plus petit que 23.0

□☐ Entre 23.0 et 24.9

□☐ Entre 25.0 et 29.9

□☐ Plus grand que 30.0

IMC enfant 2 : _____

□☐ Plus petit que 23.0

□☐ Entre 23.0 et 24.9

□☐ Entre 25.0 et 29.9

□☐ Plus grand que 30.0

IMC enfant 3 : _____

□☐ Plus petit que 23.0

□☐ Entre 23.0 et 24.9

□☐ Entre 25.0 et 29.9

□☐ Plus grand que 30.0

IMC enfant 4 : _____

□☐ Plus petit que 23.0

□☐ Entre 23.0 et 24.9

☐ Entre 25.0 et 29.9

☐ Plus grand que 30.0

Tour de taille :

Participant : __________

Conjoint : __________

Femme ☐ inférieur à 88cm ☐ supérieur à 88cm

Homme ☐ inférieur à 102 cm ☐ supérieur à 102 cm

Tension artérielle des jeunes adultes :

Participant : _______/________

Conjoint : _______/________

Lorsque vous vivez un **stress important** comme des soucis financiers, un changement d'emploi, des disputes familiales, des inquiétudes en lien avec les enfants, comment gérez vous votre stress? Que faites-vous exactement pour faire passer le stress?

____

____

____

Identifiez le **nombre de personnes** dans votre entourage sur lesquelles vous pouvez compter en cas de soucis (des personnes que vous pourriez appeler en tout temps en cas de problème)? Quel est **votre lien** avec ces personnes (mère, sœur, amis, frère, etc.)?

Nombre de personnes : _________

Lien : ____

____

____

Dans votre entourage, ce réseau vous **apporte-t-il plus qu'il n'exige de vous en échange**? En d'autres mots, est ce que votre réseau vous satisfait ou est-ce qu'il vous cause plus de soucis qu'il ne vous aide?

____

____

____

____

____

____

Quelles sont les **connaissances et les compétences** dont vous avez besoin pour faire de meilleurs **choix santé** (connaissances sur les aliments à éviter, quantité d'activité physique à faire quotidiennement, etc.)?

Connaissances : (besoin d'apprendre..) ____

____

____

Compétences : (apprendre à faire..)____

____

____

Pour quelles habitudes avez-vous une **attitude positive** dans l'adoption du changement et pour quelles habitudes est ce que l'attitude de départ est plus **récalcitrante ou négative** et pourquoi, selon vous?

Attitude positive : ____

____

____

Attitude négative : ____

____

____

A) Y a-t-il des **habitudes de vie** que vous souhaitez changer (pour vous-même ou votre famille)?

____

____

____

____

B) Quels sont les **moyens que vous prenez ou prendrez pour réaliser** ces objectifs en lien avec votre décision d'adopter de nouvelles habitudes de vie pour chacune des habitudes?

Quels sont les **défis anticipés ou les barrières** dans votre adoption de nouvelles habitudes, que ce soit pour l'alimentation, pour l'activité physique, etc.?

Quels sont les **avantages que vous y voyiez** ou qu'est-ce qui vous motive dans votre décision?

Autour de vous (famille, amis), quels sont les **influences positives et négatives** dans votre décision d'adopter de nouvelles habitudes?

Positives : ______________________________

Négatives : ______________________________

LA SECTION SUIVANTE S'ADRESSE AUX PARTICIPANTS AVEC DES ENFANTS D'ÂGE SCOLAIRE

Remarquez-vous des **symptômes de stress** chez vos enfants – si oui quels sont-ils? Quand ils sont stressés, quels sont leurs comportements?

Quels sont les **principaux problèmes** que vous rencontrez dans l'éducation de vos enfants (ex. la discipline, etc…)?

Quels seraient **les aides** dont vous auriez besoin pour mieux jouer votre rôle de parent?

Comment vous **sentez-vous face à votre rôle de parent (**compétent la plupart du temps, dépassé quelque fois, dépassé souvent, etc.

Qu'est ce qui est **le plus difficile pour vous comme parent** (discipline, routine scolaire, devoirs, communication, etc.)?

Où votre/vos enfant/s passe-il tous ces **temps libres** selon vous? À quel **endroit?** À **faire quoi**?

Pourquoi selon vous, est-ce que ces **temps libres** sont ainsi occupés?

Préférez-vous que votre enfant passe ses temps libres chez-vous, au parc, chez un ami, chez de la famille, en garderie, au centre d'achat et pourquoi?

Quelles sont les **possibilités** autour de votre maison pour **favoriser les jeux libres à l'extérieur** (cour, parc, etc.)?

____
____
____
____

Si vous pensez à la **sécurité** de votre enfant lors de ses jeux libres, à quoi pensez-vous pour votre quartier (trafic, dangers, milieux dangereux, aucun espace vert, etc.)?

____
____
____
____

Quelles sont les **possibilités et les contraintes** autour de vous pour favoriser la pratique d'activité physique chez votre enfant (comme le temps, la motivation, l'accès, la proximité, etc.)?

Possibilités : ____
____
____

Contraintes : ____
____
____

Quelles libertés donnez-vous à votre enfant dans ses temps libres? Peut-il se déplacer librement ou non et pourquoi? Peut-il se déplacer seul?

____
____
____
____
____

Lors d’une semaine typique, combien des journées de votre enfant sont occupées par **plus de 30 minutes en temps libres**? **Les cours et autres activités structurées (ex. cours de natation) ne sont pas considérés comme du temps libre.** Nombre de jour : ________

Où votre enfant passe-t-il ces temps libres?

Jours de semaine (indiquer 1-2-3 jusqu’à une possibilité de tous les jours, soit 7)

Cour arrière de notre logement : ____

Amis – cour arrière : ____

Rue, pistes, centre dans le quartier : ____

Rues, pistes, centre en dehors du quartier : ____

Parc dans le quartier : ____

Centre communautaire ou sportif : ____

Cour d’école du quartier : ____

Autres endroits : ____

Jours de fins de semaine (indiquer 1-2)

Cour arrière de notre logement : ____

Amis – cour arrière : ____

Rue, pistes, centre dans le quartier : ____

Rues, pistes, centre en dehors du quartier : ____

Parc dans le quartier : ____

Centre communautaire ou sportif : ____

Cour d’école du quartier : ____

Autres endroits : ____

Quel est le nom du parc le plus près de chez-vous? ______________________________

Ce parc se trouve à combien de minutes de marche de chez-vous approximativement? _____

Ce parc est-il aménagé ou est-il simplement un espace vert? Que trouves-t-on dans ce parc?
____
____
____
____
____
____
____

Guide 2

Évaluation de la plateforme politique

favorable aux saines habitudes de vie et aux environnements favorables

(Inspiré de O'Neill, M., Roch, G. & Boyer, M. (2010). Petit manuel d'analyse et d'intervention politique en santé. Sous la direction de. Québec : Presses de l'Université Laval)

Nom du règlement ou de la politique:

Nom de la personne qui a initié la démarche :

Date de l'initiation de la démarche :

Date de l'adoption de la politique :

Objectif de la politique :

Joindre politique : ____

Joindre le plan d'action : ___

Joindre une évaluation si existante : ___

Analyse

Liste des acteurs principaux impliqués

*Promoteur de la politique

*Personnes

*Groupes de personnes

*Organismes

1. Dans cette liste, quels étaient ceux qui se montraient favorables à l'adoption de la politique? Ou quels sont ceux qui avaient avantage à voir la politique naître?

2. Globalement, quelles étaient les arguments à l'appui de leur position?

3. Dans cette liste, lesquels se montraient défavorables ou quels sont ceux qui n'avaient pas avantage à voir la politique naître?

4. Globalement, quels étaient les arguments à l'appui de leur position?

5. Selon vous, quels acteurs avaient les arguments les plus convaincants ?

6. Quels étaient les arguments favorables?

7. Quels étaient les arguments défavorables?

8. Quelle était l'utilité de cette politique ou quels objectifs rencontrait-elle?

9. Est-ce qu'il y avait des précédents qui ont servi à l'élaboration de la politique ? Si oui, préciser.

Décision

10. Dans l'adoption du règlement, quel acteur ou quels acteurs ont le plus appuyé l'adoption de la politique? Comment?

11. Dans l'adoption du règlement, quel acteur ou quels acteurs se sont les plus opposés à l'adoption de la politique. Comment?

12. Les alliances, en tant que force politique, ont une influence sur le développement d'une initiative, quelles étaient les alliances en cause ici? Quelle était la plus importante alliance favorable (appui) et avec quels enjeux ? Quelle était la plus importante alliance défavorable (opposition) et avec quels enjeux?

Contexte local

13. Il y a 1 an ou 2 ans, quelle était selon vous, la probabilité d'implantation du projet ?

14. Quelles étaient les stratégies déployées pour favoriser l'adoption (campagnes, coopération, tactiques)?

15. Identifiez toutes les influences locales ayant joué un rôle dans le développement, l'adoption de la politique ?

Contexte régional

16. Pouvez-vous identifier toutes les influences régionales ayant joué un rôle dans le développement, l'adoption de la politique ?

Contexte provincial

17. Identifiez toutes les influences provinciales ayant joué un rôle dans le développement, l'adoption de la politique ?

Contexte national

18. Identifiez toutes les influences nationales ayant joué un rôle dans le développement, l'adoption de la politique ?

Contexte international

19. Identifiez toutes les influences internationales ayant joué un rôle dans le développement, l'adoption de la politique ?

Retombées

20. Quels ont été les conséquences à court et moyen termes de cette politique?
21. Selon vous, quels sont les bénéfices actuels de la politique?
22. Existe-t-il un plan d'action associé et que comprend-t-il?
23. Quelle est la vision de la municipalité pour cette politique?
24. Quels sont vos motifs d'appui et d'appui moyens ou non envers cette politique?

Atelier ponctuel
Contenu issu du programme de recherche FQRSC en prévention de l'obésité
Université du Québec en Outaouais
Étude approuvée par les comités d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais

L'étiquetage alimentaire, les choix appropriés pour les repas, les lunchs et les collations santé

Membres de la famille et âge des membres de la famille:
Cocher si famille recomposée : ________
Cocher si famille monoparentale : ________
Cocher si famille nucléaire : ________

Membre 1 : ___ans	Membre 4 : ___ans	Membre 7 : ___ans
Membre 2 : ___ans	Membre 5 : ___ans	Membre 8 : ___ans
Membre 3 : ___ans	Membre 6 : ___ans	Membre 9 : ___ans

____
____
____

État Civil : ☐Célibataire ☐ Conjoint(e) de fait ☐ Marié(e)
Êtes-vous… ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf (veuve)

____
____

Réseau familial à domicile : Comme parent, avec qui vivez-vous à la maison? (vous pouvez encercler plus d'une réponse)
☐Seul
☐Avec conjoint
☐Avec enfants
☐Avec famille élargie
☐Autres, veuillez préciser : ___________________________________

Ethnicité : ☐ Canadien(ne)
☐ Autre, veuillez préciser et indiquer le pays d'origine__________________________

Éducation : Veuillez indiquer votre dernier niveau de scolarité complété et celui de votre conjoint s'il y a lieu.

Participant

□Primaire

□Secondaire

□Collégial ou technique

□Universitaire

Conjoint

□Primaire

□Secondaire

□Collégial ou technique

□Universitaire

Revenu familial annuel : Quel est votre revenu familial annuel?

- □ Moins de 12 000$
- □ 12 000$ - 24 000$
- □ 24 000$ - 35 000$
- □ 35 000$ - 40 000$
- □ 40 000$ - 50 000$
- □ 50 000$ - 75 000$
- □ 76 000 $ et plus
- □ Je bénéficie de l'aide sociale
- □ Je bénéficie de l'assurance-chômage
- □ Autre, veuillez préciser : __________

A) Santé : Quels problèmes de santé sont présents dans votre famille? Pour chacun, indiquer depuis quand vous (ou le membre de votre famille) vivez avec ce problème de santé.

Qui	Diagnostic confirmé par un médecin	Nombre d'années avec la maladie

Avez-vous d'autres maladies ou problèmes de santé présents selon vous qui ne sont pas confirmés par un médecin?

____
____
____

Perception de l'état de santé familiale

c. Quelle est votre perception de votre état de santé (vous sentez-vous en bonne santé ou en mauvaise santé) et pourquoi?

____
____
____

Quelle est votre perception de l'état de santé de vos enfants ?

____
____
____

Qu'est ce qui **compte le plus pour vous** en ce moment (ce qui est le plus important pour vous à ce moment de votre vie, par exemple, divorce, emploi, etc.)?

____
____
____

Qu'est-ce qui vous cause **le plus de soucis** en ce moment?

____
____
____
____

Quelle est votre perception des **habitudes de vie de votre famille** – identifiez des bonnes habitudes que vous avez comme famille et des habitudes moins bonnes (selon vous)?

Perception :

____

Bonnes habitudes :

Mauvaises habitudes :

Quelles sont les **forces de votre famille** (qualités individuelles des membres si incapable de nommer des forces collectives), selon vous, pour atteindre les objectifs généraux que vous visez (ce qui vous aide)?

Quelles sont les **limites** selon vous de votre famille pour arriver à atteindre les objectifs généraux que vous visez (ce qui vous nuit)?

Quels seraient votre **trois objectifs principaux -** trois choses que vous aimeriez changer en lien avec la santé pour votre famille? (Cela peut inclure un changement dans les déterminants sociaux de la santé, ex. un meilleur revenu, le statut familial, etc.)

Regardons maintenant les **habitudes de vie spécifiques** :
Activité physique :
Comment qualifieriez-vous le niveau d'activité physique **quotidien** de la famille?

☐ **Aucun** (Sédentaire)

☐ **Faible** (Exemple : on marche peu, on ne fait aucun exercice mais nous sommes actifs dans la maison)

☐ **Moyen** (Exemple : occasionnellement, nous nous réservons du temps pour être actifs ou nous faisons attention à nous stationner loin des portes, prendre les escaliers, etc.)

☐ **Adéquat** (Exemple : nous pratiquons une ou des activités physiques régulières, nous avons une routine où nous nous consacrons à du sport ou à être physiquement actif – parc, marche, etc.)

☐ **Élevé** (Exemple : nous pratiquons tous les jours une activité physique de façon intensive – marche rapide, course, sport récréatif ou de compétition exigeant au niveau cardiovasculaire)

Alimentation :
Comment qualifiez-vous en quantité et qualité votre alimentation quotidienne familiale **:**

Quantité

☐**Faible** (nous mangeons un à deux repas par jour)

☐**Moyenne** (nous mangeons la plupart du temps 3 repas par jour sans collation)

☐**Adéquate** (nous mangeons toujours 3 repas par jour avec collation)

☐**Élevée** (nous mangeons souvent plus de 3 repas et des quantités plus grandes que celles que nous devrions)

Qualité

☐**Faible** (Exemple : nous ne faisons pas attention à ce que nous mangeons et nous aimons les aliments qui ne sont pas favorables à notre santé et nous en mangeons quotidiennement)

☐**Moyenne** (Exemple : nous suivons occasionnellement le guide alimentaire en s'efforçant de manger des légumes, fruits, et en limitant les viandes, gras, etc.)

☐**Adéquate** (Exemple : nous respectons les principes du guide alimentaire : groupes alimentaires et portions quotidiennes)

☐**Élevée** (Exemple : nous respectons les principes du guide alimentaire et nous surveillons les calories et les étiquettes alimentaires pour s'assurer de limiter les gras, lipides et augmenter les fibres, grains entiers, etc.)

Combien de repas par jour prenez-vous en famille? _________

Explication (facultatif) : ____

____

____

Faites-vous votre épicerie de façon régulière (par exemple, chaque semaine ou de façon plus spontanée au fur et à mesure)? Expliquer.

____

____

____

Est-ce qu'il vous arrive parfois de ne pas avoir assez de budget en attendant la prochaine paye pour effectuer d'autres achats alimentaires en dehors des épiceries? Si oui, combien de fois approximativement dans l'année, de façon générale, vivez-vous cette expérience?

____

____

Faites-vous votre épicerie dans :

- ☐ supermarchés
- ☐ marchés publics de fruits et légumes
- ☐ dépanneurs
- ☐ pharmacie avec rayons alimentaires
- ☐ grandes surfaces comme Wall-Mart, Tante Marie, etc.
- ☐ combinaison de milieux, lesquels: ________________

Perception du surpoids et de l'obésité

Est-ce qu'il y a des membres souffrant de surpoids dans la famille? _____

Si oui combien?_________

Quels membres?_________

Est-ce qu'il y a des membres souffrant d'obésité dans la famille? ______

Si oui combien?_________

Quels membres?_________

Identifiez le **nombre de personnes** dans votre entourage sur lesquelles vous pouvez compter en cas de soucis (des personnes que vous pourriez appeler en tout temps en cas de problème)? Quel est **votre lien** avec ces personnes (mère, sœur, amis, frère, etc.)?
Nombre de personnes : _________

Lien :

____

____

____

Dans votre entourage, ce réseau vous **apporte-t-il plus qu'il n'exige de vous en échange**? En d'autres mots, est ce que votre réseau vous satisfait ou est-ce qu'il vous cause plus de soucis qu'il ne vous aide?

Remarquez-vous des **symptômes de stress** chez vos enfants – si oui quels sont-ils? Quand ils sont stressés, quels sont leurs comportements?

Quels sont les **principaux problèmes** que vous rencontrez dans l'éducation de vos enfants (ex. la discipline, etc…)?

Comment vous **sentez-vous face à votre rôle de parent (**compétent la plupart du temps, dépassé quelque fois, dépassé souvent, etc.)?

Qu'est-ce qui est **le plus difficile pour vous comme parent** (discipline, routine scolaire, devoirs, communication, etc.)?

Quelles sont les **connaissances et les compétences** dont vous avez besoin pour faire de meilleurs choix santé (connaissances sur les aliments à éviter, quantité d'activité physique à faire quotidiennement, etc.)?

Connaissances :

Compétences :

Quelles sont les **possibilités et les contraintes** autour de vous pour favoriser la pratique d'activité physique chez votre enfant (comme le temps, la motivation, l'accès, la proximité, etc.)?

Possibilités :

Contraintes :

Quels seraient les services et programmes ou projets qui vous seraient utiles pour faciliter les choix santé à la maison. Toutes vos suggestions sont bienvenues.

De façon générale, l'atelier a-t-il été instructif ? _________

Le formateur a-t-il présenté le contenu de façon claire et accessible? ___________

Que retenez-vous de l'atelier ?

Les outils étaient-ils utiles?________________

Quel exercice trouvez-vous le plus pertinent?

Quel exercice trouvez-vous le moins pertinent?

Y a-t-il un thème sur lequel vous aimeriez avoir une autre activité d'éducation et d'acquisition de compétences?

Que nous suggérez-vous pour améliorer l’atelier?

Avez-vous d’autres commentaires à formuler?

Selon vous, l’atelier a-t-il atteint ses objectifs?

- Reconnaitre un aliment santé à son étiquette et comparer entre elles les étiquettes.

Oui/Non/Commentaires

- Identifier les choix judicieux pour établir la liste d’épicerie et pour planifier les repas.

Oui/Non/Commentaires

NOUS VOUS REMERCIONS

De toute l’équipe FQRSC en prévention de l’obésité de l’UQO
819-595-3900, poste 2365. Judith Lapierre, responsable scientifique.

SEIZE ÉLÉMENTS DE CAPACITÉ ORGANISATIONNELLE

Phil Bartle **K:\DATA\Action intersectorielle\cadreevaluationdes16criteres.htm**

Altruisme. Proportion ou degré que des individus sont disposés à sacrifier leurs bénéfices propres en faveur de ceux de l'organisation (reflète le degré de générosité, humilité individuelle, orgueil commun, aide mutuelle, loyauté, préoccupation, camaraderie et fraternité).

Valeurs communes. Degré de partage de valeurs par les membres de l'organisation, en particulier l'idée d'appartenir à une entité commune qui supplante les intérêts de chacun de ses membres.

Services communautaires. Les facilités et les services (tels que route, marchés, eau potable, accès aux services de l'éducation et de la santé), leur entretient (maintenance et réparation), viabilité et le degré d'accès à tous les membres de la communauté.

Communication. Au sein de l'organisation, entre elle et l'extérieur, la communication inclut la parole, les méthodes électroniques (téléphone, radio, TV, Internet), les réseaux, la compréhension mutuelle de la langue, la connaissance et, le désir et la capacité de communiquer (ce qui implique tact, diplomatie, disponibilité et volonté d'écouter autant que de parler) en général.

Confiance et assurance. Exprimée individuellement, à quel point la confiance en l'organisation comme un tout est-elle partagée. Par exemple, la conviction que l'organisation peut atteindre tout ce quelle veut faire. Attitudes positives, désirs, auto-motivation, enthousiasme, optimisme, autosuffisance au lieu d'attitudes de dépendance, désir de lutter pour ses droits et non apathie et fatalisme, vision de ce qui est possible.

Contexte (politico administratif). Un environnement favorable qui encourage le renforcement inclut des éléments politiques (comprenant les valeurs et attitudes des leaders nationaux, lois et législation) et administratifs (attitude des fonctionnaires, techniciens, tout comme les règles et procédures gouvernementales) et le contexte légal.

Information. La capacité de traiter et d'analyser l'information, du niveau de conscience, de connaissance, de sagesse trouvé chez les individus clefs et dans le groupe dans son ensemble. Quand l'information est plus effective et utile, non seulement en volume ou quantité.

Intervention. A quel point, quel degré l'animation (mobilisation, formation en gestion, conscientisation, stimulation) vise au renfort de l'organisation ? Les pouvoirs internes et externes augmentent-ils le niveau de dépendance et débilitent-ils l'organisation ou incitent-ils ses membres à agir et donc à devenir plus forts ? L'intervention est elle viable ou dépend-elle de décision externes venant de donateurs qui peuvent avoir un agenda et des objectifs différents de ceux de l'organisation elle même ?

Leadership. Les leaders ont le pouvoir, l'influence et l'habilité de faire bouger l'organisation ; plus le leadership (la capacité de chef) est effectif, plus l'organisation est forte. Le leadership le plus effectif et viable (pour le renfort de l'organisation et non seulement pour celui de ses leaders) est celui qui agit suivant les décisions et désirs de l'organisation dans son ensemble, assumant un rôle facilitant rendant les choses possibles. Les leaders doivent avoir compétences, habilité, volonté et un certain charisme.

Réseaux. Pas seulement "ce que vous savez" (know how), mais aussi "qui vous connaissez" (know-who). Jusqu'à quel point les membres de l'organisation, en particulier ses leaders, connaissent des personnes (et leurs

agences / organisations) qui peuvent pourvoir des ressources utiles qui renforceront l'organisation dans son ensemble? Les liens utiles, potentiels et réalisés, au sein de l'organisation et avec d'autres à l'extérieur.

Organisation. Le degré avec le quel chaque membre de l'organisation se considère comme ayant un rôle prépondérant d'appui à l'ensemble (à l'inverse d'une simple collection ou juxtaposition d'individus séparés) incluant intégrité organisationnelle, structure, procédures, processus de prise de décision, efficacité, répartition des tâches et complémentarité des rôles et des fonctions.

Pouvoir Politique. Le degré de participation possible de l'organisation aux décisions locales, municipales, ou nationales. Tout comme varie le pouvoir des individus au sein d'une organisation, le pouvoir et l'influence d'une organisation varient au niveau du district et de la nation.

Habiletés, savoirs, compétences. Habilités manifestées par les individus qui contribueront à l'organisation de la communauté, sa capacité de réaliser ce qu'elle veut réaliser, savoirs faire techniques, de gestion, d'organisation, de mobilisation.

Confiance et crédibilité. Le degré de confiance mutuelle des membres de l'organisation et en particulier envers leurs leaders, ce qui est le reflet du degré d'intégrité (honnêteté, fiabilité, ouverture, transparence, crédibilité) au sein de la communauté.

Unité. Sentiment partagé d'appartenance à une entité connue (le groupe qui compose la communauté). Même si chaque organisation a ses divisions, ses schismes (religion, classe, statut, revenus, âge, genre, ethnie, clan), le degré de tolérance de chacun des membres de la communauté envers les différences et les variations existantes entre eux et de leur volonté de coopérer, travailler ensembles; le sentiment d'une vision ou d'un dessein commun, de valeurs partagées.

Richesse. Le degré de contrôle que l'ensemble de l'organisation (en opposition de celui des individus en son sein) a de ses ressources réelles et potentielles et de la production et distribution de biens et de services peu abondants et utiles, monétaires et non monétaires (en autres, travail, terre, équipement, fournitures, connaissances et habités et savoir faire).

Comme l'estimation de ces éléments est très subjectives, vous devez faire tous les efforts possibles pour appliquer le même critère interne de mesure pour la situation **d'aujourd'hui**, **d'il y a un an** et **d'il y a cinq ans.**

Plus l'organisation possède d'éléments parmi ceux mentionnés ci-dessus, plus elle sera forte, plus elle aura de capacité et de pouvoir et sera renforcée. Quel est votre estimation du changement dans chacun de ces éléments?

Élément	Actuel 0-5	Il y a 1 an 0-5	Il y a 3 ans 0-5
Altruisme			
Valeurs Communes			
Services communautaires			
Communications			
Confiance / assurance			
Contexte			
Information			
Intervention			
Leadership			

Réseau			
Organisation			
Pouvoir politique			
Compétences			
Confiance-crédibilité			
Unité			
Richesse			

ÉVALUATION DES CERCLES PRÉVENTIFS
THÈME SOIRÉE ___________________

Sexe :____ Age :_____ Occupation : _____ Niveau d'études complétées : _____ Langue parlée :_____
Origine culturelle : ____État Civil □Célibataire___Conjoint(e) de fait__ Marié(e)___Divorcé(e)___Veuf (veuve)___
Avez-vous des enfants vivant avec vous : ______ Nombre : ______ Âges des enfants : ________
Revenu □ Moins de 12 000$___
12 000$ - 24 000$ ___
□ 24 000$ - 35 000$ ___
35 000$ - 40 000$ ___
□ 40 000$ - 50 000$ ___
50 000$ - 75 000$ ___
□ 76 000 $ et plus ___Je bénéficie de l'aide sociale___
Je bénéficie de l'assurance-chômage___ □ Autre___
J'ai déjà participé à un cercles préventif : _________ _________ Ceci est mon (1er, 2ième, etc.) :______

1. Selon vous, l'atelier a-t-il atteint **ses objectifs**? ________________________
2. Quelle est votre **motivation** pour participer aux Cercles?

____

3. Avez-vous acquis des **connaissances nouvelles**? Lesquelles?

____

4. L'atelier a-t-il **renforcé des connaissances** antérieures? Oui ___ Non ___
5. L'animateur a-t-il présenté le contenu de façon **claire et accessible**? Oui ___ Non ___
6. Le contenu a-t-il répondu à **vos besoins**? Oui ___ Non ___
7. Les **outils** étaient-ils utiles? Oui ___ Non ___
8. Y a-t-il un thème sur lequel vous aimeriez avoir **une autre activité** d'éducation et d'acquisition de compétences?____
9. La période **interactive et d'échanges** était-elle suffisante? Oui ___ Non ___
10. Les **questions** que vous aviez, ont-elles été répondues ? Oui ___ Non ___
11. Votre **attitude** par rapport au thème du Cercle a-t-elle été modifiée? Dans quel sens? (par exemple, j'ai jamais eu un penchant pour lire les étiquettes – trop compliqué mais je suis ouverte maintenant ou bien, j'ai toujours détesté faire de l'exercice mais en voyant les désavantages de l'inactivité sur ma santé, je suis davantage consciente et positive envers la nécessité de faire des changements…)

____

12. Vos **croyances** par rapport au thème du Cercle ont – t- elles été modifiées? Lesquelles? (par exemple, je ne pensais pas que la sédentarité occupait une si grande part de mes journées ou je ne pensais pas que le sel ajouté pouvait nuire à ma santé)

____

13. Le **milieu et le contexte** étaient-ils propices au déroulement du Cercle? Oui ___ Non ___
14. Que nous **suggérez-vous** pour améliorer le déroulement des ateliers?

    ____

15. Qu'est-ce que vous avez **aimé le plus** de la rencontre?

____

16. Quelles **recommandations** donneriez-vous à d'autres personnes qui souhaitent s'engager dans un processus de modifications d'habitudes de vie et qui recherchent du soutien?

____

17. Allez-vous **revenir pour participer** à d'autre Cercles préventifs? Si oui, pourquoi, si non, pourquoi?

____

Tout **autre commentaire** est bienvenu! (écrire à l'endos)

Forces : les facteurs internes positifs
Opportunités : les facteurs externes positifs

Faiblesses : les facteurs internes négatifs
Menaces : les facteurs externes négatifs

FORCES	**FAIBLESSES**
OCCASIONS	**MENACES**

BILAN des Cercles préventifs

Date de la rencontre :__   ________________   Endroit :
Thème : Habitudes alimentaires
Nombre de participants:
Nombre de répondants :
Nombre de femmes : Nombre d'hommes : ___________
Intergénération : enfants dans la maison ___________
Cercle préventif fermé   :   Oui _____   Non : _________
Si vous avez répondu oui, quel est le nom de l'organisme :
Nom de la formatrice :____

1. Quelle est votre perception du contexte et de la dynamique de rencontre ?

2. Quels sont les éléments ou points saillants à commenter concernant le contenu du Cercle ? (trop long, trop court, trop de contenu, pas assez d'exercices, etc.)

3. Avez-vous ressenti un malaise ou un inconfort à dispenser le Cercle, que ce soit en lien avec le contenu ou avec les participants ?

4. Avez-vous des préoccupations présentement ou pour la poursuite des Cercles ?5. En somme, votre satisfaction de la rencontre (échanges, ambiance, votre animation)?

6. Ce qui pourrait vous aider?

Sondage sur les environnements favorables et la gouvernance locale

Page 1

1. En quelle année êtes-vous né(e)?
(Pas de réponse)

2. Êtes-vous un homme ou une femme?
(Pas de réponse)

3. Dans quelle municipalité travaillez-vous?
(Pas de réponse)

4. Dans quelle MRC travaillez-vous?
(Pas de réponse)

5. De quel type de milieu s'agit-il?
(Pas de réponse)

6. Avez-vous été élu?
(Pas de réponse)

7. Depuis quand siégez-vous au conseil?
(Pas de réponse)

8. Quels sont les grands dossiers de l'heure en cours au sein du Conseil?
(Pas de réponse)

9. Êtes-vous un employé municipal?
(Pas de réponse)

10. Si oui, depuis quand êtes-vous à l'emploi de la municipalité?
(Pas de réponse)

11. Quels sont les dossiers principaux dont vous avez la responsabilité?
(Pas de réponse)

12. Êtes-vous la personne à laquelle cette enquête a été adressée?
(Pas de réponse)

13. Quelle est votre position, le cas échéant?
(Pas de réponse)

Page 2

SECTION A – APPROCHES POLITIQUES

Certaines personnes pensent que la réglementation gouvernementale, les politiques scolaires ou les politiques en milieu de travail peuvent être utilisées pour aider à prévenir les maladies chroniques. D'autres personnes seraient en désaccord. Nous aimerions savoir ce que vous en pensez.

14. S'il-vous-plaît, indiquez votre niveau de soutien pour chacune des approches politiques suivantes liées à la saine alimentation.

Variable	Réponse
14. S'il-vous-plaît, indiquez votre niveau de soutien pour chacune des approches politiques suivantes liées à la saine alimentation. | Offrir des programmes pour éduquer le public sur la façon de faire des choix alimentaires sains	(Pas de réponse)
14. S'il-vous-plaît, indiquez votre niveau de soutien pour chacune des approches politiques suivantes liées à la saine alimentation. | Limiter les boissons sucrées dans les distributeurs automatiques dans tous les bâtiments publics	(Pas de réponse)
14. S'il-vous-plaît, indiquez votre niveau de soutien pour chacune des approches politiques suivantes liées à la saine alimentation. | Limiter la malbouffe dans les distributeurs automatiques dans tous les bâtiments publics	(Pas de réponse)
14. S'il-vous-plaît, indiquez votre niveau de soutien pour chacune des approches politiques suivantes liées à la saine alimentation. | Rendre obligatoire la liste des calories sur les menus des restaurants	(Pas de réponse)
14. S'il-vous-plaît, indiquez votre niveau de soutien pour chacune des approches politiques suivantes liées à la saine alimentation. | Interdire l'utilisation de gras trans dans tous les produits alimentaires sur votre territoire	(Pas de réponse)
14. S'il-vous-plaît, indiquez votre niveau de soutien pour chacune des approches politiques suivantes liées à la saine alimentation. | Taxer les achats de la nourriture et des boissons malsaines (boissons sucrées et énergisantes)	(Pas de réponse)
14. S'il-vous-plaît, indiquez votre niveau de soutien pour chacune des approches politiques suivantes liées à la saine alimentation. | Rendre les producteurs d'aliments malsains responsables des frais de soins de santé associés à l'obésité	(Pas de réponse)
14. S'il-vous-plaît, indiquez votre niveau de soutien pour chacune des approches politiques suivantes liées à la saine alimentation. | Réserver des espaces prioritaires pour les aliments et des boissons saines dans les épiceries	(Pas de réponse)

14. S'il-vous-plaît, indiquez votre niveau de soutien pour chacune des approches politiques suivantes liées à la saine alimentation. | Réserver des espaces prioritaires pour des aliments et des boissons saines dans les cafétérias en milieu de travail	(Pas de réponse)
14. S'il-vous-plaît, indiquez votre niveau de soutien pour chacune des approches politiques suivantes liées à la saine alimentation. | Réserver des espaces prioritaires pour des aliments et des boissons saines dans les cafétérias dans les établissements municipaux	(Pas de réponse)
14. S'il-vous-plaît, indiquez votre niveau de soutien pour chacune des approches politiques suivantes liées à la saine alimentation. | Subventionner l'achat des aliments et des boissons saines dans leurs établissements publics	(Pas de réponse)
14. S'il-vous-plaît, indiquez votre niveau de soutien pour chacune des approches politiques suivantes liées à la saine alimentation. | Utiliser le zonage pour limiter le nombre de restaurants de restauration rapide par kilomètre carré	(Pas de réponse)
14. S'il-vous-plaît, indiquez votre niveau de soutien pour chacune des approches politiques suivantes liées à la saine alimentation. | Utiliser le zonage pour limiter l'offre de malbouffe près des écoles	(Pas de réponse)
14. S'il-vous-plaît, indiquez votre niveau de soutien pour chacune des approches politiques suivantes liées à la saine alimentation. | Donner des crédits d'impôt pour l'achat d'aliments sains cultivés localement	(Pas de réponse)
14. S'il-vous-plaît, indiquez votre niveau de soutien pour chacune des approches politiques suivantes liées à la saine alimentation. | Utiliser le zonage afin d'augmenter le nombre de petites épiceries accessibles ou de marchés publics à pied dans tous les quartiers	(Pas de réponse)

15. S'il-vous-plaît, indiquez votre niveau de soutien pour chacune des approches politiques suivantes liées à l’activité physique.

Variable	Réponse
15. S'il-vous-plaît, indiquez votre niveau de soutien pour chacune des approches politiques suivantes liées à l’activité physique. | Offrir des programmes pour éduquer le public sur l’importance de la pratique régulière de l’activité physique	(Pas de réponse)
15. S'il-vous-plaît, indiquez votre niveau de soutien pour chacune des approches politiques suivantes liées à l’activité physique. | Donner des crédits d'impôt ou des incitatifs financiers pour les gens qui font de l’activité physique	(Pas de réponse)

15. S'il-vous-plaît, indiquez votre niveau de soutien pour chacune des approches politiques suivantes liées à l'activité physique. | Subventionner les programmes qui encouragent les gens à être physiquement actifs	(Pas de réponse)
15. S'il-vous-plaît, indiquez votre niveau de soutien pour chacune des approches politiques suivantes liées à l'activité physique. | Financer des campagnes médiatiques pour éduquer le public sur l'augmentation de l'activité physique et la réduction du temps d'écran	(Pas de réponse)
15. S'il-vous-plaît, indiquez votre niveau de soutien pour chacune des approches politiques suivantes liées à l'activité physique. | Instaurer des programmes d'éducation physique ou des exigences quotidiennes dans toutes les écoles	(Pas de réponse)
15. S'il-vous-plaît, indiquez votre niveau de soutien pour chacune des approches politiques suivantes liées à l'activité physique. | Améliorer les programmes d'éducation physique dans toutes les écoles	(Pas de réponse)
15. S'il-vous-plaît, indiquez votre niveau de soutien pour chacune des approches politiques suivantes liées à l'activité physique. | Soutenir la réduction du temps d'écran pour tous les enfants de moins de 16 ans, y compris les tout-petits	(Pas de réponse)
15. S'il-vous-plaît, indiquez votre niveau de soutien pour chacune des approches politiques suivantes liées à l'activité physique. | Mettre en œuvre des politiques de transport actif visant à promouvoir un mode de vie physiquement actif grâce à des parcours sécuritaires, des supports à bicyclettes, de l'éclairage adéquat, etc	(Pas de réponse)
15. S'il-vous-plaît, indiquez votre niveau de soutien pour chacune des approches politiques suivantes liées à l'activité physique. | Modifier la conception de nos quartiers et de nos communautés, afin d'encourager un mode de vie physiquement actif et favoriser les déplacements à pied ou à vélo dans la vie quotidienne	(Pas de réponse)
15. S'il-vous-plaît, indiquez votre niveau de soutien pour chacune des approches politiques suivantes liées à l'activité physique. | Restreindre l'utilisation des ascenseurs pour l'ascension de 3 étages ou moins, à l'exception des usages spéciaux (par exemple, pour les personnes handicapées, avec poussette, etc)	(Pas de réponse)
15. S'il-vous-plaît, indiquez votre niveau de soutien pour chacune des approches politiques suivantes liées à l'activité physique. | Fournir des incitatifs pour l'élaboration de politiques d'activité physique pour les travailleurs en milieu de travail	(Pas de réponse)

15. S'il-vous-plaît, indiquez votre niveau de soutien pour chacune des approches politiques suivantes liées à l'activité physique. | Fournir des incitatifs afin d'offrir aux travailleurs un accès à des installations sportives	(Pas de réponse)
15. S'il-vous-plaît, indiquez votre niveau de soutien pour chacune des approches politiques suivantes liées à l'activité physique. | Interdire la circulation pendant les heures de pointe dans les zones à forte utilisation par les piétons, pour appuyer le transport actif (marche et vélo) ou les transports publics	(Pas de réponse)
15. S'il-vous-plaît, indiquez votre niveau de soutien pour chacune des approches politiques suivantes liées à l'activité physique. | Favoriser la mixité dans le plan d'urbanisme (quartiers résidentiels, commerces à proximité, pôles d'emplois)	(Pas de réponse)
15. S'il-vous-plaît, indiquez votre niveau de soutien pour chacune des approches politiques suivantes liées à l'activité physique. | Augmenter la quantité et la qualité des espaces verts dans tous les quartiers	(Pas de réponse)

16. S'il-vous-plaît, indiquez votre niveau de soutien pour chacune des approches politiques suivantes liées à l'image corporelle.

Variable	Réponse
16. S'il-vous-plaît, indiquez votre niveau de soutien pour chacune des approches politiques suivantes liées à l'image corporelle. | Offrir des programmes de promotion de l'image corporelle diversifiée et de l'estime de soi auprès des jeunes	(Pas de réponse)
16. S'il-vous-plaît, indiquez votre niveau de soutien pour chacune des approches politiques suivantes liées à l'image corporelle. | Offrir des activités pour favoriser la réflexion critique chez les jeunes face aux messages de l'environnement médiatique	(Pas de réponse)

17. Nous aimerions connaître votre opinion sur les différents types de règlements et de politiques favorables à la santé.
S'il-vous-plaît, indiquez votre opinion sur l'intensité de la réglementation en vigueur ou sur des appuis gouvernementaux pour chacune des catégories suivantes :

Variable	Réponse
17. Nous aimerions connaître votre opinion sur les différents types de règlements et de politiques favorables à la santé. S'il-vous-plaît, indiquez votre opinion sur l'intensité de la réglementation en vigueur ou sur des appuis gouvernementaux pour chacune des catégories suivantes : | Taxes sur les aliments et les boissons malsaines	(Pas de réponse)

17. Nous aimerions connaître votre opinion sur les différents types de règlements et de politiques favorables à la santé. S'il-vous-plaît, indiquez votre opinion sur l'intensité de la réglementation en vigueur ou sur des appuis gouvernementaux pour chacune des catégories suivantes : | Espaces gouvernementaux publics où les aliments et les boissons à faible valeur nutritive sont vendus	(Pas de réponse)
17. Nous aimerions connaître votre opinion sur les différents types de règlements et de politiques favorables à la santé. S'il-vous-plaît, indiquez votre opinion sur l'intensité de la réglementation en vigueur ou sur des appuis gouvernementaux pour chacune des catégories suivantes : | Lieux où les aliments et les boissons à faible valeur nutritive sont vendus	(Pas de réponse)
17. Nous aimerions connaître votre opinion sur les différents types de règlements et de politiques favorables à la santé. S'il-vous-plaît, indiquez votre opinion sur l'intensité de la réglementation en vigueur ou sur des appuis gouvernementaux pour chacune des catégories suivantes : | Lieux de restaurations rapides dans les quartiers	(Pas de réponse)
17. Nous aimerions connaître votre opinion sur les différents types de règlements et de politiques favorables à la santé. S'il-vous-plaît, indiquez votre opinion sur l'intensité de la réglementation en vigueur ou sur des appuis gouvernementaux pour chacune des catégories suivantes : | Offre obligatoire d'activité physique quotidienne en milieu scolaire dans le programme régulier	(Pas de réponse)
17. Nous aimerions connaître votre opinion sur les différents types de règlements et de politiques favorables à la santé. S'il-vous-plaît, indiquez votre opinion sur l'intensité de la réglementation en vigueur ou sur des appuis gouvernementaux pour chacune des catégories suivantes : | Offre d'activité physique quotidienne en milieu scolaire après les heures de classes entre 15h00 et 18h00	(Pas de réponse)
17. Nous aimerions connaître votre opinion sur les différents types de règlements et de politiques favorables à la santé. S'il-vous-plaît, indiquez votre opinion sur l'intensité de la réglementation en vigueur ou sur des appuis gouvernementaux pour chacune des catégories suivantes : | Offre de services préventifs couverts (tels que des consultations en saines habitudes de vie par des	(Pas de réponse)

infirmières, des consultations en changements de comportements, des ateliers familiaux à domicile en saine alimentation par des professionnels de la santé, etc.)	
17. Nous aimerions connaître votre opinion sur les différents types de règlements et de politiques favorables à la santé. S'il-vous-plaît, indiquez votre opinion sur l'intensité de la réglementation en vigueur ou sur des appuis gouvernementaux pour chacune des catégories suivantes : | Remboursement pour des rencontres individuelles et collectives en prévention des maladies chroniques (ateliers éducatifs et acquisition de compétences santé pour les familles)	(Pas de réponse)

18. Certaines mesures municipales à travers le monde sont comparables et certaines autres sont recommandées et en implantation actuellement.
Nous aimerions connaître votre perception de la pertinence de chacun des éléments suivants tirés des mesures recommandées par les gouvernements municipaux en Suède.

Variable	Réponse
18. Certaines mesures municipales à travers le monde sont comparables et certaines autres sont recommandées et en implantation actuellement. Nous aimerions connaître votre perception de la pertinence de chacun des éléments suivants tirés des mesures recommandées par les gouvernements municipaux en Suède. | Politiques municipales en saine alimentation dans ses établissements où sont dispensées ses activités de loisirs, sports et culturelles	(Pas de réponse)
18. Certaines mesures municipales à travers le monde sont comparables et certaines autres sont recommandées et en implantation actuellement. Nous aimerions connaître votre perception de la pertinence de chacun des éléments suivants tirés des mesures recommandées par les gouvernements municipaux en Suède. Ateliers d'éducation à la santé dans les écoles pour favoriser les saines habitudes de vie chez les jeunes et leurs parents	(Pas de réponse)
18. Certaines mesures municipales à travers le monde sont comparables et certaines autres sont recommandées et en implantation actuellement. Nous aimerions connaître votre perception de la pertinence de chacun des éléments suivants tirés des mesures recommandées par les gouvernements municipaux en Suède. | Favoriser le développement d'ententes entre le milieu municipal et le milieu scolaire pour favoriser l'utilisation de locaux scolaires en dehors des heures de classe	(Pas de réponse)

18. Certaines mesures municipales à travers le monde sont comparables et certaines autres sont recommandées et en implantation actuellement. Nous aimerions connaître votre perception de la pertinence de chacun des éléments suivants tirés des mesures recommandées par les gouvernements municipaux en Suède. | Ateliers d'éducation à la santé offerts en partenariat par la municipalité pour favoriser les saines habitudes de vie	(Pas de réponse)
18. Certaines mesures municipales à travers le monde sont comparables et certaines autres sont recommandées et en implantation actuellement. Nous aimerions connaître votre perception de la pertinence de chacun des éléments suivants tirés des mesures recommandées par les gouvernements municipaux en Suède. | Un accès aux centres de sports spécialisés à moins de 2.5 km de la maison et un accès aux centres moins formels et favorables aux activités sportives structurées ou non à moins de 1 km de la maison	(Pas de réponse)
18. Certaines mesures municipales à travers le monde sont comparables et certaines autres sont recommandées et en implantation actuellement. Nous aimerions connaître votre perception de la pertinence de chacun des éléments suivants tirés des mesures recommandées par les gouvernements municipaux en Suède. | Soutenir le transport collectif et actif en imposant des limites de vitesse inférieures	(Pas de réponse)
18. Certaines mesures municipales à travers le monde sont comparables et certaines autres sont recommandées et en implantation actuellement. Nous aimerions connaître votre perception de la pertinence de chacun des éléments suivants tirés des mesures recommandées par les gouvernements municipaux en Suède. | Offrir des ateliers en consommation et marketing pour parents et enfants, dans les écoles après les heures de classe	(Pas de réponse)
18. Certaines mesures municipales à travers le monde sont comparables et certaines autres sont recommandées et en implantation actuellement. Nous aimerions connaître votre perception de la pertinence de chacun des éléments suivants tirés des mesures recommandées par les gouvernements municipaux en Suède. | Offrir une approche intégrée sur le sport, l'alimentation, la santé mentale et le renforcement des réseaux sociaux auprès des jeunes	(Pas de réponse)

19. Nous aimerions connaître votre perception de la pertinence des éléments suivants tirés de mesures dont l'implantation est encouragée par les instances municipales aux États-Unis:
(Pas de réponse)

20. Nous aimerions connaître votre perception de la pertinence des éléments suivants tirés de mesures prises en juin 2010 en France:
(Pas de réponse)

Page 3
SECTION B – URBANISATION ET ÉQUITÉ
Cette section porte sur votre perception de certaines caractéristiques associées à une urbanisation favorable à l'équité en santé. Dans les questions qui suivent, lorsqu'il est question de votre "quartier", veuillez-vous référer à votre "district municipal".

21. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s'applique pas.

Variable	Réponse
21. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s'applique pas. | L'aménagement du territoire influence l'adoption de saines habitudes de vie et le bien-être des collectivités	(Pas de réponse)
21. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s'applique pas. | Le transport influence l'adoption de saines habitudes de vie et le bien-être des collectivités	(Pas de réponse)
21. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s'applique pas. | Ma municipalité comprend une diversité de groupes en lien avec l'âge, la culture, les structures familiales, le revenu	(Pas de réponse)
21. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s'applique pas. | Il existe dans ma communauté plusieurs occasions d'interactions entre les diversités familiales, culturelles et sociales qui favorisent l'inclusion	(Pas de réponse)
21. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s'applique pas. | Il	(Pas de réponse)

y a suffisamment de services de santé permettant la réduction des maladies chroniques ou la prévention des maladies	
21. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s'applique pas. | Il y a suffisamment de services de santé permettant la promotion de la santé	(Pas de réponse)
21. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s'applique pas. | Dans ma communauté, tous les citoyens ont accès à la santé de façon égale	(Pas de réponse)
21. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s'applique pas. | Les collectivités marginalisées ont le même accès à la santé	(Pas de réponse)
21. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s'applique pas. | Le transport en commun dessert suffisamment bien mon secteur pour tous les quartiers	(Pas de réponse)
21. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s'applique pas. | Dans mon quartier, le transport à pied est sécuritaire autant pour les enfants, les personnes âgées et les personnes à mobilité réduite	(Pas de réponse)
21. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s'applique pas. | Dans mon quartier, le transport à pied autant pour les enfants, les personnes âgées et les personnes à mobilité réduite optimal, i.e largement favorisé	(Pas de réponse)
21. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s'applique pas. | Dans mon quartier, le transport à vélo est	(Pas de réponse)

sécuritaire	
21. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d’identifier si vous êtes fortement en accord avec l’énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s’applique pas. | Dans mon quartier, le transport à vélo est optimal, i.e. largement favorisé	(Pas de réponse)
21. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d’identifier si vous êtes fortement en accord avec l’énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s’applique pas. | Mon quartier est globalement libre de crimes et de violence	(Pas de réponse)
21. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d’identifier si vous êtes fortement en accord avec l’énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s’applique pas. | Il y a des occasions de travail pour les minorités ou populations à risque du secteur	(Pas de réponse)
21. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d’identifier si vous êtes fortement en accord avec l’énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s’applique pas. | Il y a suffisamment de possibilités d’éducation post secondaires offertes dans le quartier ou à proximité du quartier	(Pas de réponse)

22. Modalités opérationnelles du Conseil. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d’identifier si vous êtes fortement en accord avec l’énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s’applique pas.

Variable	Réponse
22. Modalités opérationnelles du Conseil. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d’identifier si vous êtes fortement en accord avec l’énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s’applique pas. | Les décisions du Conseil sont généralement prises en tenant compte des impacts potentiels sur la santé des citoyens	(Pas de réponse)
22. Modalités opérationnelles du Conseil. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d’identifier si vous êtes fortement en accord avec l’énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s’applique pas. | Les décisions du Conseil sont généralement prises en tenant compte de la qualité de vie des citoyens	(Pas de réponse)

22. Modalités opérationnelles du Conseil. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s'applique pas. | Les décisions du Conseil sont généralement prises en tenant compte de la capacité économique de la municipalité	(Pas de réponse)
22. Modalités opérationnelles du Conseil. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s'applique pas. | Les décisions du Conseil sont généralement prises en tenant compte des besoins et défis de tous les citoyens, peu importe leur niveau socio-économique	(Pas de réponse)
22. Modalités opérationnelles du Conseil. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s'applique pas. | Certaines décisions du Conseil au cours des deux dernières années ont tenu compte du point de vue de représentants de la santé publique, i.e. qu'ils sont venus présenter une opinion ou un avis d'experts en santé publique et cela a influencé notre décision relative à une politique ou un programme	(Pas de réponse)
22. Modalités opérationnelles du Conseil. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s'applique pas. | Les analyses présentées au Conseil en vue de prendre des décisions incluent systématiquement le point de vue d'un expert de la santé publique	(Pas de réponse)
22. Modalités opérationnelles du Conseil. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s'applique pas. | Le Conseil sollicite suffisamment la participation de différents détenteurs d'enjeux dans son processus de prise de décision autant ceux issus du secteur privé que du secteur public ou, communautaire.	(Pas de réponse)
22. Modalités opérationnelles du Conseil. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s'applique pas. | Le Conseil fait suffisamment preuve de transparence dans son processus d'adoption de politiques	(Pas de réponse)
22. Modalités opérationnelles du Conseil. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en	(Pas de réponse)

accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s'applique pas. | Le Conseil fait suffisamment preuve de démocratie dans son processus d'adoption de politiques

Veuillez svp répondre à ces quelques brèves questions afin de nous aider à situer le contexte de développement de politiques municipales en lien avec les saines habitudes de vie et le plan d'action gouvernemental pour les saines habitudes de vie et la prévention des problèmes reliés au poids.

23. Pouvez-vous identifier quelles politiques favorables aux saines habitudes de vie, soit directement ou indirectement par l'action sur d'autres déterminants de la santé, ont été développées dans votre municipalité depuis 2006?

(Pas de réponse)

24. Pouvez-vous identifier quelles politiques favorables aux saines habitudes de vie ont été développées dans votre municipalité depuis votre entrée en fonction?

(Pas de réponse)

25. Quelles ont été les suites données à ces politiques depuis leur mise en place (plan d'action, programmes, contributions, budget, évaluation, etc.)?

(Pas de réponse)

26. Quelles politiques actuelles (familiale, environnementale, MADA, de développement social, de développement durable, des loisirs, du sport, culturelle, d'immigration, de diversité culturelle, d'accessibilité, d'habitation), au sein de votre municipalité ont un impact selon vous, sur la santé des membres de la communauté?

(Pas de réponse)

27. Quelles politiques actuelles (familiale, environnementale, MADA, de développement social, de développement durable, des loisirs, du sport, culturelle, d'immigration, de diversité culturelle, d'accessibilité, d'habitation), au sein de votre municipalité, ont un impact selon vous, sur les habitudes de vie des familles?

(Pas de réponse)

28. Quelles politiques actuelles (familiale, environnementale, MADA, de développement social, de développement durable, des loisirs, du sport, culturelle, d'immigration, de diversité culturelle, d'accessibilité, d'habitation), au sein de votre municipalité, ont un impact selon vous, sur la création d'environnements physiques favorables (parc, école, aréna, rues, pistes cyclables, mesures d'apaisement de la circulation, etc.) à la santé?

(Pas de réponse)

29. Quelles politiques actuelles (familiale, environnementale, MADA, de développement social, de développement durable, des loisirs, du sport, culturelle, d'immigration, de diversité culturelle, d'accessibilité, d'habitation), au sein de votre municipalité, ont un impact selon vous, sur la création d'environnements sociaux ou sur les normes sociales (pour influencer les opinions des citoyens comme au sein des réseaux, des groupes, par la publicité ou le marketing positif, etc.), favorables à la santé?

(Pas de réponse)

30. Quelles politiques actuelles (familiale, environnementale, MADA, de développement social, de développement durable, des loisirs, du sport, culturelle, d'immigration, de diversité culturelle, d'accessibilité, d'habitation), au sein de votre municipalité, ont un impact selon vous, sur la création d'environnements culturels favorables à la santé?

(Pas de réponse)

31. Quelles politiques actuelles (familiale, environnementale, MADA, de développement social, de développement durable, des loisirs, du sport, culturelle, d'immigration, de diversité culturelle, d'accessibilité, d'habitation), au sein de votre municipalité, ont un impact selon vous, sur la création d'environnements économiques favorables à la santé?
(Pas de réponse)

32. a) Quelles sont vos rêves ou projets pour votre municipalité au cours des quatre prochaines années en termes de développement et de politiques locales?
(Pas de réponse)

b) Quelles sont vos rêves ou projets pour votre municipalité au cours des huit prochaines années en termes de développement et de politiques locales?
(Pas de réponse)

Page 4
SECTION C – INDICATEURS DE SANTÉ ET ENVIRONNEMENT
Indicateurs de santé, environnements favorables et obésité. Cette section porte sur votre perception de certaines caractéristiques associées à certains indicateurs de santé. Dans les questions qui suivent, lorsqu'il est question de votre "quartier", veuillez vous référer à votre "district municipal".

33. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s'applique pas.

Variable	Réponse
33. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s'applique pas. | Les enfants de mon quartier souffrent de surpoids	(Pas de réponse)
33. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s'applique pas. | Les enfants de mon quartier, souffrent d'obésité	(Pas de réponse)
33. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s'applique pas. | Mon quartier est un secteur favorisé (où la majorité des citoyens sont de classe moyenne ou élevée)	(Pas de réponse)
33. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s'applique pas. | Mon quartier est un secteur défavorisé (où la majorité des citoyens vivent des difficultés financières importantes)	(Pas de réponse)

33. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s'applique pas. | Ma municipalité est reconnue pour comprendre plusieurs secteurs avec des différences de revenu significatives	(Pas de réponse)
33. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s'applique pas. | Mon quartier est reconnu pour être relativement homogène en termes de revenus des ménages	(Pas de réponse)
33. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s'applique pas. | Mon quartier est bien desservi en termes de marchés agroalimentaires, d'épiceries, de marchés publics ou de fruiteries	(Pas de réponse)
33. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s'applique pas. | Il existe des zones où il n'y a pas d'accès à de la saine alimentation à l'exception des dépanneurs	(Pas de réponse)
33. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s'applique pas. | Dans mon quartier, il existe un centre sportif communautaire desservant les citoyens avec des activités sportives récréatives	(Pas de réponse)
33. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s'applique pas. | Dans mon quartier, il existe un centre sportif communautaire desservant les citoyens avec des activités sportives de compétition	(Pas de réponse)
33. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s'applique pas. | Les coûts de participation aux activités sportives dans mon quartier sont généralement abordables pour toutes les familles du secteur	(Pas de réponse)
33. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si	(Pas de réponse)

l'énoncé ne s'applique pas. | Dans mon quartier, il existe des programmes d'activités sportives pour la période après l'école (par exemple entre 15h15 et 18h00)	
33. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s'applique pas. | Dans mon quartier, il existe une grande proportion de familles monoparentales avec de faibles revenus	(Pas de réponse)
33. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s'applique pas. | Mon quartier est reconnu pour présenter un niveau de scolarisation favorable comparativement au reste de la province	(Pas de réponse)
33. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s'applique pas. | En général, les habitudes de vie des citoyens de mon quartier sont favorables à la santé (peu de tabac, peu d'alcool, peu de sédentarité, etc.)	(Pas de réponse)
33. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, si vous ne savez pas, ou bien, si l'énoncé ne s'applique pas. | Mon quartier présente une grande diversité culturelle ou religieuse	(Pas de réponse)

34. Quels groupes ethniques sont les plus représentés dans votre secteur?
(Pas de réponse)

35. Quels groupes religieux sont les plus représentés dans votre secteur?
(Pas de réponse)

36. Votre quartier est-il relié aux destinations majeures (comme les magasins et les services) par des trottoirs ou des allées piétonnes, qui sont :

Variable	Réponse
36. Votre quartier est-il relié aux destinations majeures (comme les magasins et les services) par des trottoirs ou des allées piétonnes, qui sont : | - présents des deux côtés de la rue	(Pas de réponse)
36. Votre quartier est-il relié aux destinations majeures (comme les magasins et les services) par des trottoirs ou des allées piétonnes, qui sont : | - continus (ils n'arrêtent pas tout-à-coup)	(Pas de réponse)

36. Votre quartier est-il relié aux destinations majeures (comme les magasins et les services) par des trottoirs ou des allées piétonnes, qui sont : | - en bon état	(Pas de réponse)
36. Votre quartier est-il relié aux destinations majeures (comme les magasins et les services) par des trottoirs ou des allées piétonnes, qui sont : | - assez larges pour que deux ou trois personnes puissent marcher côte-à-côte	(Pas de réponse)
36. Votre quartier est-il relié aux destinations majeures (comme les magasins et les services) par des trottoirs ou des allées piétonnes, qui sont : | - exempts de tout obstacle tel que des arbustes ou des poubelles	(Pas de réponse)
36. Votre quartier est-il relié aux destinations majeures (comme les magasins et les services) par des trottoirs ou des allées piétonnes, qui sont : | - facilement praticables en fauteuil roulant ou avec une poussette	(Pas de réponse)

37. Les pistes et voies cyclables relient le quartier aux destinations majeures et :

Variable	Réponse
37. Les pistes et voies cyclables relient le quartier aux destinations majeures et : | - sont bien indiquées	(Pas de réponse)
37. Les pistes et voies cyclables relient le quartier aux destinations majeures et : | - des supports à bicyclettes sont disponibles	(Pas de réponse)

38. Un service de transport en commun relie le quartier aux destinations majeures et :

Variable	Réponse
38. Un service de transport en commun relie le quartier aux destinations majeures et : | - les stations sont situées à courte distance de marche des maisons	(Pas de réponse)
38. Un service de transport en commun relie le quartier aux destinations majeures et : | - le service est fréquent	(Pas de réponse)
38. Un service de transport en commun relie le quartier aux destinations majeures et : | - des abribus se trouvent aux stations	(Pas de réponse)
38. Un service de transport en commun relie le quartier aux destinations majeures et : | - les autobus sont équipés de supports à bicyclettes	(Pas de réponse)

39. Les logements sont à distance de marche :

Variable	Réponse

39. Les logements sont à distance de marche : | - des magasins	(Pas de réponse)
39. Les logements sont à distance de marche : | - de l'épicerie	(Pas de réponse)
39. Les logements sont à distance de marche : | - des services (p. ex. médecin, dentiste, banques)	(Pas de réponse)
39. Les logements sont à distance de marche : | - des écoles	(Pas de réponse)
39. Les logements sont à distance de marche : | - des parcs et des terrains de jeux	(Pas de réponse)
39. Les logements sont à distance de marche : | - des installations récréatives (p. ex. courts de tennis, piscine publique, patinoire, terrain de soccer)	(Pas de réponse)
39. Les logements sont à distance de marche : | - des lieux de travail	(Pas de réponse)

40. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, ne savez pas, ou bien, ne s'applique pas.

Variable	Réponse
40. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, ne savez pas, ou bien, ne s'applique pas. | Les rues de mon quartier sont construites selon un « plan quadrillé » et caractérisées par des petits pâtés de maisons qui rendent les routes plus directes	(Pas de réponse)
40. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, ne savez pas, ou bien, ne s'applique pas. | Les culs-de-sac et les croissants sont reliés par des allées piétonnes («connecteurs»)	(Pas de réponse)
40. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, ne savez pas, ou bien, ne s'applique pas. | Un nombre suffisant de personnes vivent dans le quartier pour qu'il y ait une bonne diversité d'entreprises et de services	(Pas de réponse)
40. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, ne savez pas, ou bien, ne s'applique pas. | Il y a différents types de logement	(Pas de réponse)

(appartements, maisons attenantes, maisons unifamiliales) dans mon quartier	
40. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, ne savez pas, ou bien, ne s'applique pas. | Dans mon quartier l'itinéraire pédestre est attrayant et plaisant	(Pas de réponse)
40. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, ne savez pas, ou bien, ne s'applique pas. | Dans mon quartier l'itinéraire pédestre n'est pas interrompu par des lots vacants (ex. stationnements, immeubles vides)	(Pas de réponse)
40. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, ne savez pas, ou bien, ne s'applique pas. | L'aménagement paysager est attrayant ex. arbres et fleurs)	(Pas de réponse)
40. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, ne savez pas, ou bien, ne s'applique pas. | Des bancs et d'autres aires de repos se trouvent le long de l'itinéraire pédestre	(Pas de réponse)
40. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, ne savez pas, ou bien, ne s'applique pas. | Il y a peu de locaux commerciaux vacants et les magasins du quartier sont généralement bien entretenus	(Pas de réponse)
40. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, ne savez pas, ou bien, ne s'applique pas. | Les passages pour piétons sont bien indiqués et les signaux donnent assez de temps pour traverser la rue	(Pas de réponse)
40. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, ne savez pas, ou bien, ne s'applique pas. | Il y a suffisamment de passages pour piétons (vous n'avez pas besoin de traverser ailleurs qu'à une intersection ou de faire un long détour pour traverser la rue)	(Pas de réponse)
40. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, ne savez pas, ou bien, ne	(Pas de réponse)

s'applique pas. | Les plaques identifiant le nom de la rue sont visibles à toutes les intersections	
40. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, ne savez pas, ou bien, ne s'applique pas. | Les automobilistes respectent le code de la route et la limite de vitesse établie	(Pas de réponse)
40. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, ne savez pas, ou bien, ne s'applique pas. | Les trottoirs sont séparés de la rue par du gazon, des arbres ou du pavé	(Pas de réponse)
40. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, ne savez pas, ou bien, ne s'applique pas. | Les pistes et voies cyclables sont séparées des voies pour véhicules	(Pas de réponse)
40. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, ne savez pas, ou bien, ne s'applique pas. | Les voies pédestres sont bien éclairées la nuit	(Pas de réponse)
40. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, ne savez pas, ou bien, ne s'applique pas. | Les pistes et les voies cyclables sont bien éclairées la nuit	(Pas de réponse)
40. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, ne savez pas, ou bien, ne s'applique pas. | Les piétons ne sont jamais dans des espaces isolés «loin des regards», c'est-à-dire les rues sont animées de passants	(Pas de réponse)
40. Nous vous demandons, pour chacun des énoncés, d'identifier si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé, plutôt en accord, en désaccord, totalement en désaccord, ne savez pas, ou bien, ne s'applique pas. | Les maisons font face à la rue	(Pas de réponse)

Page 5

SECTION D – ÉVALUATION DE L'IMPACT SUR LA SANTÉ (ÉIS)

L'Évaluation d'impact sur la santé (ÉIS) est une pratique qui suscite un intérêt croissant à travers le monde. Fortement inspirée de l'Évaluation d'impact environnemental des projets de développement, elle s'est déployée au cours des dix dernières années sur la base des valeurs et des principes de la promotion de la santé (Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé). Elle est maintenant considérée comme une pratique prometteuse pour favoriser l'établissement de politiques publiques favorables à la santé et équitables, tel que recommandé par la Charte d'Ottawa

pour la promotion de la santé (OMS, 1986). L'ÉIS est définie comme une combinaison de procédures, méthodes et outils par lesquels une politique, un programme ou un projet peut être jugé quant à ses effets potentiels sur la santé de la population et la distribution de ces effets à l'intérieur de la population (Gagnon et al., 2008; INSPQ, 2011).

L'ÉIS permet de :

Fournir des données utiles aux décideurs désireux d'établir des politiques fondées sur des données factuelles probantes;

Favoriser la collaboration intersectorielle;

Améliorer la transparence du processus décisionnel;

Soutenir la participation citoyenne dans le processus d'élaboration des politiques publiques;

Améliorer la santé de la population et réduire les inégalités de santé;

Contribuer aux efforts des décideurs en matière de développement durable (PHAC, 2004).

En somme, elle favorise la réduction des inégalités de santé, le renforcement du lien social, elle permet de répondre à la montée des exigences des citoyens en matière de santé et de mettre en valeur les actions municipales en faveur de la santé (S2D, Ville de Rennes, 2011). L'Évaluation de l'impact sur la santé informe les décideurs sur la teneur d'impacts potentiels et des pistes possibles pour y remédier, généralement, avant qu'une décision définitive ne soit prise. Habituellement, une telle démarche est entreprise pour des politiques ou des projets qui n'ont pas la santé comme visée première, et pour lesquels les effets sur la santé ne sont pas forcément pris en compte. Elle vise donc à éclairer la décision publique pour éviter les répercussions négatives sur la santé et maximiser les effets potentiellement positifs. Pour l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES), les décideurs ont avantage à utiliser l'Évaluation d'impact sur la santé pour plusieurs raisons.

Au Québec, l'article 54 de la loi sur la santé publique (2002) indique que les ministères et organismes gouvernementaux du Québec qui proposent un projet de règlement ou de loi doivent procéder au préalable à une évaluation des impacts sur la santé (ÉIS). Le rapport annuel de gestion du MSSS 2009-2010 inscrit la démarche des Évaluations des impacts sur la santé dans l'orientation gouvernementale 4.2 : Réduire et gérer les risques pour améliorer la santé, la sécurité et l'environnement. Renforcer la qualité et l'efficience de l'évaluation d'impact des politiques publiques sur la santé en optimisant le recours aux différentes expertises disponibles au Ministère est une cible stratégique. Les étapes proposées de l'analyse incluent le dépistage, le cadrage et l'analyse sommaire, l'analyse approfondie, l'ajustement des mesures et la prise de décision et finalement, l'évaluation du processus et suivi.

41. Nous aimerions connaître votre opinion sur ces énoncés :

Variable	Réponse
41. Nous aimerions connaître votre opinion sur ces énoncés : | L'ÉIS a l'avantage de faire le lien avec d'autres préoccupations ou impacts potentiels tels que le développement durable, les impacts sociaux ou de développement territorial.	(Pas de réponse)

41. Nous aimerions connaître votre opinion sur ces énoncés : | L'ÉIS permet de prévenir des conséquences négatives sur le plan de la santé et de la qualité de vie des citoyens de choix parfois difficilement réversibles (ex.: certains projets d'infrastructures).	(Pas de réponse)
41. Nous aimerions connaître votre opinion sur ces énoncés : | L'Évaluation d'impact sur la santé (ÉIS) semble une approche qui puisse soutenir le processus de décision par l'apport d'informations additionnelles, basées sur la connaissance factuelle des risques et bénéfices pour la santé.	(Pas de réponse)
41. Nous aimerions connaître votre opinion sur ces énoncés : | L'ÉIS permet de prendre connaissance et d'inclure la préoccupation des citoyens en matière de santé d'une façon rigoureuse et non partisane.	(Pas de réponse)
41. Nous aimerions connaître votre opinion sur ces énoncés : | L'inclusion des parties prenantes et des citoyens dans le processus de décision facilite la mise en œuvre des choix finaux en augmentant leur légitimité.	(Pas de réponse)
41. Nous aimerions connaître votre opinion sur ces énoncés : | L'ÉIS est une excellente occasion de favoriser la collaboration entre les services et l'administration.	(Pas de réponse)
41. Nous aimerions connaître votre opinion sur ces énoncés : | La démocratie est une valeur actualisée dans toutes nos décisions de conseil qui rappelle le droit des citoyens de participer à l'élaboration, l'adoption et la mise en œuvre des politiques qui influencent le cours de leur vie.	(Pas de réponse)
41. Nous aimerions connaître votre opinion sur ces énoncés : | L'équité est une valeur actualisée dans toutes nos décisions qui mène à considérer non seulement les effets sur la santé de la population, mais aussi à tenir compte des effets différenciés selon les groupes d'une même société.	(Pas de réponse)
41. Nous aimerions connaître votre opinion sur ces énoncés : | Le développement durable est une valeur actualisée dans toutes nos décisions indiquant la nécessité de tenir compte des effets à court terme, mais aussi à long terme des politiques à mener.	(Pas de réponse)
41. Nous aimerions connaître votre opinion sur ces énoncés : | L'utilisation éthique des connaissances, qui rappelle l'importance de la rigueur dans la collecte et le traitement des informations, mais aussi l'importance d'aborder l'ensemble des déterminants socio-économiques de la santé est une valeur actualisée dans toutes nos décisions.	(Pas de réponse)

42. Nous aimerions connaître votre opinion sur ces énoncés :

Variable	Réponse

42. Nous aimerions connaître votre opinion sur ces énoncés : | Je serais favorable à une sensibilisation plus grande des études d'impacts sur la santé par une session de formation afin d'améliorer nos processus décisionnels du Conseil, la santé et la qualité de vie des citoyens de nos quartiers.	(Pas de réponse)
42. Nous aimerions connaître votre opinion sur ces énoncés : | Je serais favorable à une utilisation régulière du processus d'EIS dans nos décisions.	(Pas de réponse)
42. Nous aimerions connaître votre opinion sur ces énoncés : | Je serais favorable à l'utilisation des ÉIS définies comme rapides, qui se réalisent en quelques jours et quelques semaines (plus simple méthodologie d'évaluation d'impacts sur la santé).	(Pas de réponse)
42. Nous aimerions connaître votre opinion sur ces énoncés : | Je serais favorable à l'utilisation des ÉIS définies comme intermédiaire selon les besoins et expertises requises des projets, s'échelonnant sur 2 à 6 mois (méthodologie requérant plus de temps pour des questions spécifiques).	(Pas de réponse)
42. Nous aimerions connaître votre opinion sur ces énoncés : | Je serais favorable à l'utilisation des ÉIS que l'on définit comme approfondie requérant des expertises de pointes échelonnées sur 6 mois dans les dossiers dont les enjeux les exigent (méthodologie approfondie dans le cas de dossiers plus complexes).	(Pas de réponse)

Merci de votre participation!

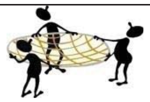
N'oubliez pas de retourner le formulaire avec vos coordonnées à l'adresse suivante: rechfrqsc@uqo.ca.

BETTER LIFE INDEX

PERCEPTION FROM NUNAVIK INUIT COMMUNITY

(Lapierre, 2012; inspired from OECD, 2011 & social determinants of PHAC & Mikkonen & Raphael, 2011)

According to your experience and life, please identify in which measure (1 to 5, 5 being the most significant for you), each of these elements, **should be improved to increase quality of life** and **to facilitate healthy choices** here for citizens of Nunavik, By healthy choices, we mean, for example, adopt a physically active lifestyle, a healthy eating habit, healthy behaviors, etc. *Use the scale of 1 to 5 to rate and evaluate the priorities for your village and its citizens.*

		- 1	2	3	4	5 +
	Housing accessibility, affordability and quality	○	○	○	○	○
	Income and social status (income allows for minimal conditions for health and the more income is low, it contributes to social exclusion because it becomes more difficult to participate in activities)	○	○	○	○	○
	Employment, working conditions and job security (employment security, working conditions, work intensity and its related stress, hours of work, ability to express oneself and professional development and growing)	○	○	○	○	○
	**Social safety network** (all of programs, subsidies, help to protect population when transitions might affect health)	○	○	○	○	○
	Education (opportunities for education, school drop-outs,)	○	○	○	○	○
	Health literacy level (ability to understand health information and to use that information to make good decisions about your health and services)	○	○	○	○	○
	Natural environment	○	○	○	○	○
	Built environment (local structures, recreation, sport, etc.)	○	○	○	○	○
	Social environments (groups, assoc., networks)	○	○	○	○	○

According to your life and experience, please identify in which measure (1 to 5, 5 being the most significant for you), according to your experience and life here, each of these elements, **<u>should be improved to increase quality of life</u>** and **<u>to facilitate healthy choices</u>** here for citizens of Nunavik, By healthy choices, we mean, for example, adopt a physically active lifestyle, a healthy eating habit, healthy behaviors, etc. *Use the scale of 1 to 5 to rate and evaluate the priorities for your village and its citizens.*

		-				+
		1	**2**	**3**	**4**	**5**
	Local governance	○	○	○	○	○
	Medical curative services (clinics, hosp. access to MD)	○	○	○	○	○
	Preventative services – health promotion (preventative counseling, health promotion, etc.)	○	○	○	○	○
	Satisfaction – collective life (level of satisfaction in regardes to local collective vitality)	○	○	○	○	○
	Security (sense of security within the village to engage freely in the community and move around, day,night)	○	○	○	○	○
	Food insecurity (not being able to buy healthy quality food, in good quantity and in a manner that is socially acceptable when income is too low)	○	○	○	○	○
	Services to person living with a disability	○	○	○	○	○
	Early childhood development and services	○	○	○	○	○
	Family and work conciliation (balance in quality of life)	○	○	○	○	○
	Living habits /Health behaviors (like eating well, being active, not smoking, etc.)	○	○	○	○	○
	Community resiliency and personal adaptation capacity (local capacity and efficacy to answer its challenges and to support its habitants)	○	○	○	○	○

General life conditions of most vulnerable communities and families

Journal descriptif et affectif de l'immersion ethnographique sur le terrain

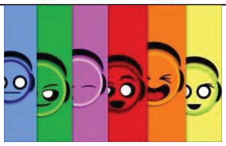
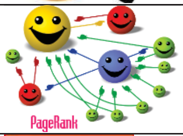
PRISE DE NOTE D'OBSERVATION DESCRIPTIVE ET AFFECTIVE *Basée sur l'étape de documentation ethnographique de Spradley (record⁄field notes)* *JOUR 1 BU* *DATE: 20 JANVIER 2012* HEURE :	
DIMENSION	**OBSERVATIONS SPÉCIFIQUES**
Lieu (*Space*)	**Description du lieu physique** (espace)
Acteurs (*Actors*)	**Description des gens impliqués** (détails pertinents)
Activités (*Activities*)	**Description des activités entreprises par les acteurs**
Objets (*Objects*)	**Description des éléments physiques** (meubles, etc)
Actions (*Acts*)	**Description des actions spécifiques des acteurs**
Événement (*Events*)	**Description de l'occasion, du moment**
Temps (*Time*)	**Déroulement des événements**
Buts (*Goals*)	**Description de ce les acteurs tentent d'effectuer**
Sentiments (F*eelings*)	**Descriptions des émotions ressenties**

Hans Kai Preventative Circles Evaluation (2013-2014)

Sex :____ Age :_____ School level completed : _____
Civil status:□Single______Married____In a relationship_____Divorced_____ Widow_____
Do you have children at home? ______ How many?___ Ages of the children : ________
Other members of the family living with you? ______Who?_______ How many?______
What is you main reason for participating?____________________________________
Are you currently employed? Yes/No ____________ If so, what is your field of employment? _________
Do you volunteer? Yes/No_____________ If so, name the concerned organization(s):
Level of education: Elementary School/ High School/ Post-secondary

How do you feel, after your participation in the Circles ? Please circle the faces and or symbols that apply to you, now.

I am happy		**Comments**
I am sad		**Comments**
I am very sad		**Comments**
I am angry		**Comments**
I am tired and exhausted		**Comments**
I am bored		**Comments**
I am neutral		**Comments**
I learned a little		**Comments**
I learned a lot		**Comments**

I acquired skills to do new things differently		Comments
I feel that the group can help me maintain the healthy changes		Comments
I do not think that I can count on the group since we are too different		Comments
I will come again to the Hans Kai Preventative Circles		Comments
I will share what I learned at home		Comments
Two other ideas I wish we could share about and learn		Comments
What I liked best of tonight session		Comments
What I did not like of tonight session		Comments
My questions were answered	?	Comments
My questions were not answered	?	Comments
Tradition wisdom and knowledge is reflected		Comments
Traditional wisdom and knowledge should be more integrated		Comments
Can you name 2-3 things you learned?	2-3...	Comments
Has the Circle changed some beliefs that you have?		Comments

GROUPE FOCALISÉ

ETHNOGRAPHIE FOCALISÉ

QUESTIONNAIRE DE DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Nom :______________________

Âge :__________________________________

Statut civil : _________________________

Avez-vous des enfants ? Oui Non

Combien y a-t-il de personnes qui vivent avec vous ? (amis, enfant, conjoint, tante, oncle, grands-parents…) ___________________

Avez-vous un emploi ? : Oui Non

Si oui : type d'emploi_____________________________

Etes-vous bénévole ? : Oui Non

Si oui, organisme(s) concerné(s) : ____________________

Niveau de scolarité :

Primaire, Secondaire, Études post-secondaires

Question descriptive d'ordre générale

Habitude de vie/Contexte

*Dans le but de mieux apprendre à vous connaître, j'aimerais commencer notre rencontre d'aujourd'hui en vous demandant de me décrire, à tour de rôle, **à quoi ressemble une journée habituelle pour vous** ; les lieux où vous allez, les personnes que vous côtoyez, les activités que vous faites, ce que vous pouvez manger, ce à quoi vous pouvez penser,… tout ça m'intéresse.

*J'aimerais maintenant vous poser quelques questions pour comprendre le sens qu'ont certains mots pour vous. Je serais curieuse de savoir «**c'est quoi être en santé- ou, qu'est ce que la santé pour vous**», « **c'est quoi pour vous, des habitudes de vie et de saines/malsaines habitudes de vie (pouvez-vous en nommer)** » et finalement « **c'est quoi les avantages et les désavantages d'être une femme dans votre communauté**» ?

*Quelles sont les **causes selon vous**, dans votre collectivité du **diabète**, du s**urpoids** et de l'**obésité** ?

*Quelle **est votre attitude générale** – vos préférences naturelles, envers les choses dites bonnes pour la santé (comme l'exercice, l'alimentation saine, la réduction de la sédentarité, etc.) ? (motivée, démotivée, négative, favorable, défavorable à cause du manque de structures, d'accès, etc.).

Questions structurantes en fonction du fondement conceptuel de l'étude

*Dans votre communauté, pouvez-me dire s'il y a **des lieux, des endroits, des services ou des personnes** qui vous motivent à adopter de saines habitudes de vie?

*De façon générale, j'aimerais que vous me parliez de **l'importance que prend la santé pour vous**, à ce moment de votre vie. Quel est l'importance pour vous d'être en santé aujourd'hui? Quelle est l'importance pour vous que les membres de votre communauté soient en santé ?

*Au-delà, de la santé, quels seraient **les plus grands problèmes de votre collectivité** selon vous ?

*Quelles sont maintenant les **plus grandes forces de votre collectivité** selon vous ?

*Quel est **votre rôle *en tant que femme, mère ou sœur ou enfant de***, **du point de vue de la santé** auprès des gens qui vous entourent? (cuisine, soins, hygiène)?

* Dans l'exercice de ce rôle, quels sont vos **appuis** ? Quels sont les **difficultés** ?

* Quelle est la **reconnaissance de ce rôle** pour vous dans votre collectivité ?

* Quel serait **l'idéal de rôle que vous aimeriez prendre** en santé ?

* Quels **seraient les moyens à mettre en place** pour faciliter la mise en place de cet idéal ?

*Auprès de qui, **avez-vous recours lorsque vous avez des inquiétudes** du coté de la santé généralement, dans votre communauté ?

***Qu'avez-vous besoin en termes d'enseignement** (éducation), **d'outils ou de choses précises, de soutien** (personnes ressources), pour mieux promouvoir la santé dans votre communauté, auprès de vos amis ou dans votre famille ?

*Qu'est-ce que, dans votre vie quotidienne vous trouvez **le plus facile à adopter comme saine habitude de vie et pourquoi**? De même, qu'est-ce que **vous trouvez le plus difficile et pourquoi**?

*Qu'est ce qui, selon vous, peut être **un obstacle important ici**, à la promotion de la santé ?

*Dans le programme de saines habitudes promu par la Fédération, ces thèmes sont abordés, j'aimerais connaître **d'abord votre motivation d'apprentissage pour ce thème**, ensuite votre **intérêt à acquérir des habiletés concrètes sur ce thème**, puis **votre motivation à effectuer un changement** dans certains de ces thèmes : alimentation, activité physique, sédentarité, tabac, santé mentale, image corporelle, équilibre budgétaire, gestion de stress et du temps.

*Pouvez-vous identifier la **limite la plus importante** pour chacune d'entre vous, **d'une vie saine et active chez vos enfants** ? (est-ce le manque d'occasions de pratiques de sports structurés, le manque d'espace pour du sport récréatif non structuré, le manque de ressources, le manque de temps, le manque de modèle de rôle, l'inaccessibilité de nourriture saine et fraîche, etc.)?

*Dans le programme souhaité, idéal, qu'est ce que vous aimeriez absolument voir ajouté comme **pratiques traditionnelles Inuits et culturelles** ?

*Seriez-vous intéressés à devenir un **leader d'un cercle préventifs** dans votre collectivité, après avoir participé au programme ?

*J'aimerais maintenant que l'on parle un peu de ce à quoi vous croyez.

*Quelles **croyances ou convictions traditionnelles vous guident ou vous aident** en santé?

*Quelles seraient selon vous, les **meilleures pratiques** à mettre en place pour soutenir vos jeunes dans des choix de santé ? (campagne, clubs santé, journaux, affiches, sports avec capsules santé, etc. ?)

Question générale de conclusion

*J'aimerais conclure en vous demandant quelle est votre vision de l'état de santé de votre communauté dans l'avenir? Quelles vos inquiétudes pour l'avenir et quelles sont vos croyances positives ?

*Aimeriez-vous ajouter tout autre élément à notre discussion autour de la santé et de votre rôle et pouvoir d'agir ?

Healthy Children Healthy Families

Copyright 2012. Do not reproduce or distribute without author permission. Division of Nutritional Sciences, Cornell University. Revised: 01/25/2012 Cornell Cooperative Extension provides equal program and employment opportunities.

Name: ______________________________ **Date**:

1)	How many days each week do you usually eat fruit (including fresh, dried, frozen, and canned)?	None	1-2 days each week	3-4 days each week	5-6 days each week	Every day
2)	How many days each week do you usually eat vegetables (including fresh, frozen, and canned)?	None	1-2 days each week	3-4 days each week	5-6 days each week	Every day
3)	How often do you drink regular (NOT diet) soda?	Less than 1 day each week	1-3 days each week	4-6 days each week	Once each day	2 or more times each day
4)	How often do you use 1% milk, skim milk, or low-fat yogurt?	Never	Less than once each day	Once each day	Twice each day	3 or more times each day
5)	How often are you physically active for at least 30 minutes a day – active enough that you breathe a little harder or your heart beats faster? This includes brisk walking, dancing, and playing actively with kids.	Less than 1 day each week	1-2 days each week	3-4 days each week	5-6 days each week	Every day
6)	How many days each week do your children usually eat vegetables (including fresh, frozen, and canned)?	None	1-2 days each week	3-4 days each week	5-6 days each week	Every day
7)	How often do your children drink regular (NOT diet) soda?	Less than 1 day each week	1-3 days each week	4-6 days each week	Once each day	2 or more times each day

8)	How often do your children have 1% milk, skim milk, or low-fat yogurt?	Never	Less than once each day	Once each day	Twice each day	3 or more times each day
9)	How often do you let your children decide how much food to eat?	Almost never	Less than half the time	Half the time	More than half the time	Almost always
10)	How much time do your children spend watching TV, using the computer, or playing video games?	Less than 1 hour each day	1-2 hours each day	3-4 hours each day	5-6 hours each day	7 or more hours each day
11)	How often do your children play actively for at least 60 minutes a day -- actively enough that they breathe a little harder or their hearts beat faster?	Less than 1 day each week	1-2 days each week	3-4 days each week	5-6 days each week	Every day
12)	How often do your children usually eat take out, delivery, or fast foods (such as burgers, fried chicken, pizza, Chinese food)?	Almost never	1-2 days each week	3-4 days each week	5-6 days each week	Every day
13)	How often do you eat together with your children at least one meal a day?	Almost never	1-2 days each week	3-4 days each week	5-6 days each week	Every day
14)	How often are high-fat or high-sugar snacks available at home for your children to eat? This includes chips, candy, cookies, and sweets.	Almost never	Less than half the time	Half the time	More than half the time	Almost always

15)	How often are fruits available at home for your children to eat?	Almost never	Less than half the time	Half the time	More than half the time	Almost always

Mesure et évaluation du progrès du laboratoire Healthy Living Cybercentre

Transfert et Application en Promotion de la Santé

Objectif : Capacité à renforcer les synergies

ITEMS	CRITÈRE 1	CRITÈRE 2	CRITÈRE 3	CRITÈRE 4	CRITÈRE 5	CRITÈRE 6
Retombées structurantes et durables	Impact sur l'accessibilité en première ligne	Influences sur la gouvernance organisationnelle des coopératives alimentaires et locales en lien avec les environnements favorables	Dépistages précoces	Programmes préventifs	Modifications planifiées en termes de marketing et accessibilité de saine alimentation	Avis, rapports et appuis aux leviers locaux intersectoriels
Indicateurs d'innovation	Nouveaux services citoyens et professionnels	Création de concertations	Mobilisation de secteurs autres que la santé	Leviers émergents	Nouvelles façons d'opérer les activités et services usuels et les relations avec les partenaires locaux	Prises de décisions favorisées par l experts
Liens partenariaux	Communautaires publics	Locaux	Régionaux	Provinciaux	Nationaux	Internationaux

Objectifs de Cyber santé

ITEMS	CRITERE 1	CRITERE 2	CRITERE 3	CRITERE 4	CRITERE 5	CRITERE 6
Équipe de recherche et de soutien	Nombre de technologies multimédias conviviales crées et adaptées	Milieu comme centre communautaire d'alphabétisme web et santé de haut niveau	Besoins répondus	Mécanismes d'appropriation et d'intégration des savoirs en place	Surveillance mensuelle du nb d'heures -contacts en consultation web	Formation et encadrements des éducateurs et des bénévoles
Utilisateurs du service	Fréquentations	Provenance	Motivation	Convivialité du serveur	Usages	Impact sur les connaissances, habiletés et le sentiment d'auto efficacité à contrôler sa santé
Références	Nombre de consultations cliniques	Provenance	Renforcement du corridor de service local	Besoins requérant une intégration aux autres services de la coopérative de solidarité	Impact sur le développement local et socioéconomique de la région (ressources et intégration)	Nombre de partenariats émergents
Banques de données probantes et sites sécuritaires	Nombre	Diversité	Organ. gouver-nementaux, non-gouv. et privés	Universités et collèges réseautés, Réseau et ONG	Inclusion de centres d'excellences de niveau mondial	Création de banques spécifiques selon les besoins locaux demandés

Objectifs de courtage de connaissances

ITEMS	**CRITERE 1**	**CRITERE 2**	**CRITERE 3**	**CRITERE 4**	**CRITERE 5**
Médias	Nombre	Diversité (blogues, journal, télé, cyberlettres, Wiki, Webinaires)	Ordres et associations professionnels associés	Clientèles rejointes	Innovations jeunesse facebook, twitter, etc.)
Transfert et applications	Moyens novateurs adaptés culturellement	Intégration locale des données probantes dans les pratiques préventives	Création et identification de normes du processus d'adhésion au concept Coopératives en santé du Nunavik et de leurs membres pour accréditations continues	Adhésion, adoption et déploiement des normes par les sites	Comité de soutien au processus de diffusion-adoption des normes
Évaluation des progrès et surveillance	Portrait des communautés (profil santé et habitudes de vie)	Recherche évaluative sur les besoins en courtages et impact sur les décisions	Observatoire des besoins citoyens en littératie-santé et des besoins professionnels en courtage	Revues systématiques transférés, coproduites ou traduites Nb de revues systématiques	Tournées des milieux cliniques et professionnels sur les sites avec appui de la Régie

Objectifs de formation de promoteurs santé

ITEMS	CRITERE 1	CRITERE 2	CRITERE 3	CRITERE 4	CRITERE 5	CRITERE 6
Promoteurs cliniques	Nombre formés	Diversité des milieux d'actions	Attraction et rétention	Collaboration avec l'Agence de santé publique du Canada-secteur des compétences	Sollicitations extérieures	Adéquation aux exigences de la promotion de la santé
Promoteurs bénévoles	Nombre formés	Nombre de services en littératie web offerts	Attraction et rétention	Nombres d'organismes réalisant des demandes de formation	Sollicitations extérieures	Sentiment d'auto-efficacité dans le rôle

Objectifs de transfert et applications

ITEMS	CRITERE 1	CRITERE 2	CRITERE 3	CRITERE 4	CRITERE 5	CRITERE 6
Délibération citoyenne	Marketing	Participation en nombre et représentation des secteurs	Sujet thématique	Enjeux et préoccupations émergentes	Produits des délibérations	Couverture médiatique et impacts locaux et régionaux
Renouvellement des pratiques préventives	Axes d'intervention de la coopérative altérée par les données probantes émergentes	Acteurs intersectoriels nouveaux comme atouts cliniques à la coopérative	Nombre d'outils cliniques, web et médiatiques	Équilibre entre les cibles individuelles et sociales	Impacts sur la santé individuelle et les bilans préventifs	Concertations locales renouvelées
Co construction partenariale de projets	Nombre	Portée des projets sur les critères de qualité préventive et de promotion de la santé (Charte d'Ottawa) et de rigueur	Innovations	Partenaires universitaires et collégiaux porteurs	Qualité du processus partenarial (conception au maintien)	Impact sur le développement de politiques favorables ou sur le développement d'environnements sociaux et physiques favorables aux saines habitudes de vie
Normalisation des saines habitudes de vie pour favoriser les choix sains comme préférence et attitudes chez les citoyens	Moyens mis en place	Partenaires impliqués et secteurs disciplinaires	Éléments de processus clés	Éléments contextuels	Analyse et veille des tendances dans les médias journaux	Bilans des habitudes de vie
Politiques publiques	Politiques novatrices intégrées locales ou régionales	Leviers utilisés	Traduction dans les plans locaux	Couverture médiatique	Diffusion et connaissances par les citoyens	Impact Économique et de santé

Implementation of the Healthy Co-ops of Nunavik Project M*onthly diaries, Kiosks, Healthy Marketing and Crockpot Kitchens f*or store managers & project health promotion agents

OBSERVATIONS /*FIELD NOTES* MONTH : OCTOBER 2013	
DIMENSION KIOSKS	**OBSERVATIONS OR COMMENTS**
Attendance at kiosks (approx. number)	
Kiosks environement (space, tools, and overall relevance for co-op memers)	
Questions asked at kiosks by members and their interests	
Members behaviors in relation to kiosk (changes in purchase, requesting products, etc.)	
DIMENSION HEALTHY MARKETING	**OBSERVATIONS OR COMMENTS**
Visibility and access of dots	
GO FOR IT CHOOSE HEALTHY campaign posters (visibility and use)	
Questions to employees in relation to products with the dots (what questions, how many? about what?) and special requests for healthy products made during the month6 (by individuals, families, groups)	
Progressive marketing of products with dots : progress and accomplishments – work done and completed according to plan? If not, what are the reasons?	
Perceived changes in purchase of members	
DIMENSION HEALTHY CROCKPOT COLLECTIVE KITCHENS	**OBSERVATIONS OR COMMENTS**
Attendance at kitchens (number)	
Publicity about the kitchens (what, whom, how many)	
Interests in recipes and requests made	
General satisfaction perceived	
Concerns you have	
Strengths of the organization of the kitchens	
Challenges or things to improve	
GENERAL QUESTIONS- COMMENTS TO THE FCNQ AND RESEARCH TEAM	

OBSERVATIONS /*FIELD NOTES* MONTH : NOVEMBER 2013	
DIMENSION KIOSKS	**OBSERVATIONS OR COMMENTS**
Attendance at kiosks (approx. number)	
Kiosks environement (space, tools, and overall relevance for co-op memers)	
Questions asked at kiosks by members and their interests	
Members behaviors in relation to kiosk (changes in purchase, requesting products, etc.)	
DIMENSION HEALTHY MARKETING	**OBSERVATIONS OR COMMENTS**
Visibility and access of dots	

GO FOR IT CHOOSE HEALTHY campaign posters (visibility and use)	
Questions to employees in relation to products with the dots (what questions, how many? about what?) and special requests for healthy products made during the month6 (by individuals, families, groups)	
Progressive marketing of products with dots : progress and accomplishments – work done and completed according to plan? If not, what are the reasons?	
Perceived changes in purchase of members	
DIMENSION HEALTHY CROCKPOT COLLECTIVE KITCHENS	**OBSERVATIONS OR COMMENTS**
Attendance at kitchens (number)	
Publicity about the kitchens (what, whom, how many)	
Interests in recipes and requests made	
General satisfaction perceived	
Concerns you have	
Strengths of the organization of the kitchens	
Challenges or things to improve	
GENERAL QUESTIONS- COMMENTS TO THE FCNQ AND RESEARCH TEAM	

OBSERVATIONS ***/FIELD NOTES***
MONTH : DECEMBER 2013

DIMENSION KIOSKS	**OBSERVATIONS OR COMMENTS**
Attendance at kiosks (approx. number)	
Kiosks environement (space, tools, and overall relevance for co-op memers)	
Questions asked at kiosks by members and their interests	
Members behaviors in relation to kiosk (changes in purchase, requesting products, etc.)	
DIMENSION HEALTHY MARKETING	**OBSERVATIONS OR COMMENTS**
Visibility and access of dots	
GO FOR IT CHOOSE HEALTHY campaign posters (visibility and use)	
Questions to employees in relation to products with the dots (what questions, how many? about what?) and special requests for healthy products made during the month6 (by individuals, families, groups)	
Progressive marketing of products with dots : progress and accomplishments – work done and completed according to plan? If not, what are the reasons?	
Perceived changes in purchase of members	
DIMENSION HEALTHY CROCKPOT COLLECTIVE KITCHENS	**OBSERVATIONS OR COMMENTS**
Attendance at kitchens (number)	

Publicity about the kitchens (what, whom, how many)	
Interests in recipes and requests made	
General satisfaction perceived	
Concerns you have	
Strengths of the organization of the kitchens	
Challenges or things to improve	
GENERAL QUESTIONS- COMMENTS TO THE FCNQ AND RESEARCH TEAM	

OBSERVATIONS /*FIELD NOTES*
MONTH : JANUARY 2014

DIMENSION KIOSKS	**OBSERVATIONS OR COMMENTS**
Attendance at kiosks (approx. number)	
Kiosks environement (space, tools, and overall relevance for co-op memers)	
Questions asked at kiosks by members and their interests	
Members behaviors in relation to kiosk (changes in purchase, requesting products, etc.)	
DIMENSION HEALTHY MARKETING	**OBSERVATIONS OR COMMENTS**
Visibility and access of dots	
GO FOR IT CHOOSE HEALTHY campaign posters (visibility and use)	
Questions to employees in relation to products with the dots (what questions, how many? about what?) and special requests for healthy products made during the month6 (by individuals, families, groups)	
Progressive marketing of products with dots : progress and accomplishments – work done and completed according to plan? If not, what are the reasons?	
Perceived changes in purchase of members	
DIMENSION HEALTHY CROCKPOT COLLECTIVE KITCHENS	**OBSERVATIONS OR COMMENTS**
Attendance at kitchens (number)	
Publicity about the kitchens (what, whom, how many)	
Interests in recipes and requests made	
General satisfaction perceived	
Concerns you have	
Strengths of the organization of the kitchens	
Challenges or things to improve	
GENERAL QUESTIONS- COMMENTS TO THE FCNQ AND RESEARCH TEAM	

OBSERVATIONS ⁄FIELD NOTES
MONTH : FEBRUARY 2014

DIMENSION KIOSKS	OBSERVATIONS OR COMMENTS
Attendance at kiosks (approx. number)	
Kiosks environement (space, tools, and overall relevance for co-op memers)	
Questions asked at kiosks by members and their interests	
Members behaviors in relation to kiosk (changes in purchase, requesting products, etc.)	
DIMENSION HEALTHY MARKETING	**OBSERVATIONS OR COMMENTS**
Visibility and access of dots	
GO FOR IT CHOOSE HEALTHY campaign posters (visibility and use)	
Questions to employees in relation to products with the dots (what questions, how many? about what?) and special requests for healthy products made during the month6 (by individuals, families, groups)	
Progressive marketing of products with dots : progress and accomplishments – work done and completed according to plan? If not, what are the reasons?	
Perceived changes in purchase of members	
DIMENSION HEALTHY CROCKPOT COLLECTIVE KITCHENS	**OBSERVATIONS OR COMMENTS**
Attendance at kitchens (number)	
Publicity about the kitchens (what, whom, how many)	
Interests in recipes and requests made	
General satisfaction perceived	
Concerns you have	
Strengths of the organization of the kitchens	
Challenges or things to improve	
GENERAL QUESTIONS- COMMENTS TO THE FCNQ AND RESEARCH TEAM	

O

MONTH : MARCH 2014

DIMENSION KIOSKS	OBSERVATIONS OR COMMENTS
Attendance at kiosks (approx. number)	
Kiosks environement (space, tools, and overall relevance for co-op memers)	
Questions asked at kiosks by members and their interests	
Members behaviors in relation to kiosk (changes in purchase, requesting products, etc.)	
DIMENSION HEALTHY MARKETING	**OBSERVATIONS OR COMMENTS**
Visibility and access of dots	

GO FOR IT CHOOSE HEALTHY campaign posters (visibility and use)	
Questions to employees in relation to products with the dots (what questions, how many? about what?) and special requests for healthy products made during the month6 (by individuals, families, groups)	
Progressive marketing of products with dots : progress and accomplishments – work done and completed according to plan? If not, what are the reasons?	
Perceived changes in purchase of members	
DIMENSION HEALTHY CROCKPOT COLLECTIVE KITCHENS	**OBSERVATIONS OR COMMENTS**
Attendance at kitchens (number)	
Publicity about the kitchens (what, whom, how many)	
Interests in recipes and requests made	
General satisfaction perceived	
Concerns you have	
Strengths of the organization of the kitchens	
Challenges or things to improve	
GENERAL QUESTIONS- COMMENTS TO THE FCNQ AND RESEARCH TEAM	

OBSERVATIONS /*FIELD NOTES*
MONTH : APRIL 2014

DIMENSION KIOSKS	**OBSERVATIONS OR COMMENTS**
Attendance at kiosks (approx. number)	
Kiosks environement (space, tools, and overall relevance for co-op memers)	
Questions asked at kiosks by members and their interests	
Members behaviors in relation to kiosk (changes in purchase, requesting products, etc.)	
DIMENSION HEALTHY MARKETING	**OBSERVATIONS OR COMMENTS**
Visibility and access of dots	
GO FOR IT CHOOSE HEALTHY campaign posters (visibility and use)	
Questions to employees in relation to products with the dots (what questions, how many? about what?) and special requests for healthy products made during the month6 (by individuals, families, groups)	
Progressive marketing of products with dots : progress and accomplishments – work done and completed according to plan? If not, what are the reasons?	
Perceived changes in purchase of members	
DIMENSION HEALTHY CROCKPOT COLLECTIVE KITCHENS	**OBSERVATIONS OR COMMENTS**
Attendance at kitchens (number)	

Publicity about the kitchens (what, whom, how many)	
Interests in recipes and requests made	
General satisfaction perceived	
Concerns you have	
Strengths of the organization of the kitchens	
Challenges or things to improve	
GENERAL QUESTIONS- COMMENTS TO THE FCNQ AND RESEARCH TEAM	

OBSERVATIONS /*FIELD NOTES*
MONTH : MAY 2014

DIMENSION KIOSKS	**OBSERVATIONS OR COMMENTS**
Attendance at kiosks (approx. number)	
Kiosks environement (space, tools, and overall relevance for co-op memers)	
Questions asked at kiosks by members and their interests	
Members behaviors in relation to kiosk (changes in purchase, requesting products, etc.)	
DIMENSION HEALTHY MARKETING	**OBSERVATIONS OR COMMENTS**
Visibility and access of dots	
GO FOR IT CHOOSE HEALTHY campaign posters (visibility and use)	
Questions to employees in relation to products with the dots (what questions, how many? about what?) and special requests for healthy products made during the month6 (by individuals, families, groups)	
Progressive marketing of products with dots : progress and accomplishments – work done and completed according to plan? If not, what are the reasons?	
Perceived changes in purchase of members	
DIMENSION HEALTHY CROCKPOT COLLECTIVE KITCHENS	**OBSERVATIONS OR COMMENTS**
Attendance at kitchens (number)	
Publicity about the kitchens (what, whom, how many)	
Interests in recipes and requests made	
General satisfaction perceived	
Concerns you have	
Strengths of the organization of the kitchens	
Challenges or things to improve	
GENERAL QUESTIONS- COMMENTS TO THE FCNQ AND RESEARCH TEAM	

OBSERVATIONS ⁄*FIELD NOTES* MONTH : JUNE 2014	
DIMENSION KIOSKS	**OBSERVATIONS OR COMMENTS**
Attendance at kiosks (approx. number)	
Kiosks environement (space, tools, and overall relevance for co-op memers)	
Questions asked at kiosks by members and their interests	
Members behaviors in relation to kiosk (changes in purchase, requesting products, etc.)	
DIMENSION HEALTHY MARKETING	**OBSERVATIONS OR COMMENTS**
Visibility and access of dots	
GO FOR IT CHOOSE HEALTHY campaign posters (visibility and use)	
Questions to employees in relation to products with the dots (what questions, how many? about what?) and special requests for healthy products made during the month6 (by individuals, families, groups)	
Progressive marketing of products with dots : progress and accomplishments – work done and completed according to plan? If not, what are the reasons?	
Perceived changes in purchase of members	
DIMENSION HEALTHY CROCKPOT COLLECTIVE KITCHENS	**OBSERVATIONS OR COMMENTS**
Attendance at kitchens (number)	
Publicity about the kitchens (what, whom, how many)	
Interests in recipes and requests made	
General satisfaction perceived	
Concerns you have	
Strengths of the organization of the kitchens	
Challenges or things to improve	
GENERAL QUESTIONS- COMMENTS TO THE FCNQ AND RESEARCH TEAM	

SONDAGE SUR LES BESOINS DE SERVICES À DOMICILE

PAR DES JEUNES ET JEUNES ADULTES

POLITIQUE FAMILIALE- VILLE-SANTÉ DE THURSO

Partie sociodémographique

Familles d'adultes
Année de naissance :__________ Âge : _________
Résidents de Thurso depuis combien d'années : ___________
Maladies chroniques diagnostiquée :

____

Quelles est votre principale préoccupation personnellement en ce moment :

____

Quelle est votre perception de vos habitudes de vie (excellentes, moyennes, correctes ou médiocres) :____________________________
Quels seraient trois changements d'habitudes de vie que vous aimeriez réaliser?

____

Jeunes familles
Combien d'enfants de moins de 18 ans composent la famille : ____________
Quels âges ont ces enfants : _______________________
Quels sont les problématiques de santé ou sociales des enfants :

____

Quelle est votre principale préoccupation par rapport à vos enfants :

____

Quelle est votre perception des habitudes de vie de votre famille (excellentes, moyennes, correctes ou médiocres) :__________________________

Quels seraient trois changements d'habitudes de vie que vous aimeriez réaliser en famille?

____

Logement :

J'habite dans ma maison unifamiliale et je suis seul (e) :________
J'habite un appartement et je suis seul (e) : _______
J'habite avec des membres de famille : ________

Transport :

Je suis autonome et je conduis ma voiture : _______
Je voyage en bus ou taxi : ____________
Je n'ai pas de voiture et je dois demander du transport chaque fois que je veux sortir : ______

Revenu :

Je bénéficie d'un revenu d'aide sociale : _____
Je bénéficie d'un revenu de retraite : _____
Je suis travailleur (euse) : _____
Je bénéficie d'une pension d'invalidité : _____

Mon revenu ou le revenu du ménage (de la famille) se situe entre :

5000$ et 10 800$: ______
10801$ et 15500$: ______
15501$ et 18200$: ______
18201$ et 22000$: ______
22001$ et 24500$: ______
24501$ et 35000$: ______
35001$ et 50000$: ______
50001$ et 60000$: ______
60001$ et 75000$: ______
75001$ et plus : ______

Groupes communautaires :

Je participe à combien de groupes ou associations : _____
Lesquelles si oui :
____

Réseau de soutien :

Je peux compter sur combien de personne de mon entourage familial en cas de besoin:______

Je peux compter sur combien de personnes de mon entourage du voisinage en cas de besoin :______

Questions

Dans le cadre de la politique familiale, ville santé de Thurso nous mettons en place un programme de services offerts par des jeunes qui recevront un encadrement et un soutien. Nous aimerions connaître vos besoins et savoir si vous utiliseriez ces services!

Peinture extérieure : __________
Peinture intérieure : __________
Tonte de gazon : __________
Déneigement : __________
Travaux ménagers intérieurs simples réguliers: ________
Travaux ménagers intérieurs simples occasionnels :________
Travaux extérieurs réguliers (feuilles, entretien, etc.) : ______
Travaux extérieurs occasionnels : ______
Accompagnement pour les courses- vous conduisez mais un jeune vous accompagne (épicerie, transport de sacs) :_______
Accompagnement à des rendez-vous- vous conduisez mais un jeune vous accompagne : _____

Petits achats à partir de liste par le jeune de façon autonome à vélo ou à pied: _____
Marche d’un animal de compagnie : _____
Gardiennage occasionnel d’un enfant : _____
Partenaire de jeux de société occasionnels : ____
Faire de la lecture pour soi: _____
Réaliser des travaux de suivis de comptes à la maison sous votre direction (rédaction, poste, suivi divers) : _____
Récupérer des commandes (biens, alimentations, services) : _____

Fonds de recherche Société et culture Québec

UQO

ÉQUIPE DE RECHERCHE UQO-FQRSC-Quartiers en santé
Promotion de la santé urbaine et des saines habitudes de vie

SONDAGE SUR LES BESOINS DE POPOTE ROULANTE

PAR DES AÎNÉS DE THURSO

POLITIQUE FAMILIALE- VILLE-SANTÉ DE THURSO

Partie sociodémographique

Familles d'adultes
Année de naissance :__________ Âge : _________
Résidents de Thurso depuis combien d'années : ___________
Maladies chroniques diagnostiquées :
____
Quelles est votre principale préoccupation personnellement en ce moment :
____
Quelle est votre perception de vos habitudes de vie (excellentes, moyennes, correctes ou médiocres) :____________________________
Quels seraient trois changements d'habitudes de vie que vous aimeriez réaliser?
____
Quels seraient trois changements d'habitudes de vie que vous aimeriez réaliser en famille?
____

Logement :
- J'habite dans ma maison unifamiliale et je suis seul (e) :________
- J'habite un appartement et je suis seul (e) : _______
- J'habite avec des membres de famille : ________
- J'habite dans un logement pour personnes retraitées avec services : _______
- J'habite dans un logement pour personnes aînés retraitées autonomes : ______

Transport :
- Je suis autonome et je conduis ma voiture : ________
- Je voyage en bus ou taxi : _____________
- Je n'ai pas de voiture et je dois demander du transport chaque fois que je veux sortir : ______

Revenu :
- Je bénéficie d'un revenu d'aide sociale : _____
- Je bénéficie d'un revenu de retraite : _____
- Je bénéficie d'une pension d'invalidité : _____

Mon revenu ou le revenu du ménage (de la famille) se situe entre :
- 5000$ et 10 800$: _______
- 10801$ et 15500$: _______
- 15501$ et 18200$: _______
- 18201$ et 22000$: _______
- 22001$ et 24500$: _______
- 24501$ et 35000$: _______
- 35001$ et 50000$: _______

50001$ et 60000$: ______
60001$ et 75000$: ______
75001$ et plus : ______

Groupes communautaires :

Je participe à combien de groupes ou associations : _____
Lesquelles si oui :

Réseau de soutien :

Je peux compter sur combien de personne de mon entourage familial en cas de besoin:______
Je peux compter sur combien de personnes de mon entourage du voisinage en cas de besoin :______

Questions

Dans le cadre de la politique familiale, ville santé de Thurso nous mettons en place un programme de services de popote-roulante. Nous aimerions connaître vos besoins et savoir si vous utiliseriez ces services!

Je suis intéressée par le développement d'un service de popote-roulante à Thurso :

Oui : ____
Non : ____

J'utiliserais les services de la popote roulante combien de fois par semaine idéalement :

1 X : ____
2X : ____
3X : ____
4X : ____
5X : ____
6X : ____
7X : ____

Dans le contexte plus réaliste du démarrage, une offre régulière de combien de fois par semaine serait appréciée par vous :

1X : ____
2X : ____

Vos préférences vont pour quels types de repas :

Repas du midi : ____
Repas du soir : ____

Vos préférences vont pour quels types de préparation de repas :

Repas chauds (exemple, poulet): _____
Repas froids (exemple salade et sandwiches): _____
Mixité de chaud et froid à l'occasion : _____

Aimeriez-vous avoir l'occasion de commander des petits plats pour votre semaine :

Oui : _____
Non : _____

Quels types de petits plats préparés maison congelés ou frais:

Sauce à pâtes maison : ______
Pâtés maison (poulet, saumon) : _____
Pains à la viande : _____
Rôtis : _____
Lasagnes : _____
Pâté chinois : _____
Feuilletés au poulet : _____

Quiches : _____

Autres idées : ____

Quels sont vos idées de menus pour la popote roulante (nommez toutes les choses que vous aimeriez commander en repas complet lors du service de popote-roulante) :

____

Quels prix vous apparaissent justes pour les repas de la popote roulante (incluant, une entrée, un repas principal, un dessert) et pour lesquels vous accepteriez de payer :

Un repas complet à 6.00$ oui : ____ non : ____
Un repas complet à 8.00$ oui : ____ non : ____
Un repas complet à 10.00$ oui : ____ non : ____
Un repas complet à 12.00$ oui : ____ non : ____

Quels prix vous apparaissent justes pour les petits plats préparés du service que vous pourriez acheter frais ou congelés pour d'autres repas de votre semaine :

Un plat préparé à 4.00$ oui : ____ non : ____
Un plat préparé à 5.00$ oui : ____ non : ____
Un plat préparé à 6.00$ oui : ____ non : ____
Un plat préparé à 7.00$ oui : ____ non : ____

Guide 3

Validation et d'analyse des besoins suite à la prise de connaissance

du portrait de la municipalité

1.0 Est-ce que le portrait reflète bien votre perception de la situation de la municipalité et de ses citoyens sur ces angles précis?
2.0 Aimeriez-vous ajouter d'autres éléments d'analyse qui ont été omis?
3.0 Quels éléments vous ont surpris de ce portrait de santé?
4.0 Ce portrait a-t-il beaucoup changé avec le temps et dans quel sens?
5.0 Quels sont les faits saillants de la municipalité, nommez-moi tous les événements importants qu'a connu la municipalité avec l'année associée.
6.0 Quelles sont les forces selon vous de la municipalité?
7.0 Quelles sont les éléments qui demanderaient un renforcement ou qui sont limités dans votre municipalité?
8.0 Quels sont les éléments de l'inventaire du patrimoine de votre municipalité? (9.a) bâti, 8.b) institutionnel, 8.c) loisirs, 8.d) récréo touristiques et villégiatures)
9.0 Vie communautaire : quels sont les organismes présents sur le territoire? Pouvons-nous identifier des secteurs déficitaires? Ou largement comblés d'emblée?
10.0 Quels types d'entreprenariats commercial ou industriel retrouve-t-on?
11.0 Quels sont les entreprises de services?

En somme : **Analyse SWOT**

	FORCES	**FAIBLESSES**
Projets en santé et qualité de vie		
	OCCASIONS	**MENACES**
Projets en santé et qualité de vie		

12. Maintenant, quels sont les projets, fêtes, foires, activités que la municipalité réalise déjà en lien avec la santé des familles ou la qualité de vie. Ces projets font partie de la vie saine et solidaire de votre municipalité actuellement et seront intégrées au plan d'actions des deux comités:

13. Quels sont ses partenaires principaux généralement?

14. Dans le plan de développement de la municipalité, quels sont les principaux axes priorisés pour les prochaines années?

15. Maintenant plusieurs domaines sont en lien avec la qualité de vie des citoyens pour chacun des domaines suivants identifions les forces et les lacunes (une étude plus approfondie aura lieu en comités intersectoriels):

15.1 Transports

Forces :

Lacunes :

15.2 Habitats

Forces :

Lacunes :

15.3 Participation au tissu social

Forces :

Lacunes :

15.4 Respect et inclusion sociale

Forces :

Lacunes :

15.5 Participation citoyenne

Forces :

Lacunes :

15.6 Soutien communautaire et services de santé

Forces :

Lacunes :

15.7 Espaces extérieurs et bâtiments

Forces :

Lacunes :

15.8 Sécurité

Forces :

Lacunes :

15.9 Revenu

Forces :

Lacunes :

15.10 Sentiment d’appartenance

Forces :

Lacunes :

15.11 Activité Économique

Forces :

Lacunes :

15.12 Communication et information

Forces :

Lacunes :

15.13 Sécurité alimentaire :

Forces :

Lacunes :

15.14 Action politique :

Forces :

Lacunes :

16. Plusieurs facteurs de risque associés à l'obésité sont aussi reconnus dans la littérature *(Huang & al. 2009).* On aimerait connaître votre perception ici de l'évaluation de ces éléments pour votre communauté :

(faire correspondre avec la section du sondage)

16.1 Normes culturelles en lien avec le poids, quelles sont elles?

16.2 Pauvreté, quelle place occupe la pauvreté dans la communauté?

16.3 Stress psychosociaux, quels sont les types de stress psychosociaux de la communauté?

16.4 Environnement bâti, comment l'environnement bâti est il favorable ou non à la vie active (aréna, parcs, etc.):

16.5 Environnements alimentaires locaux et insécurité alimentaire : (épicerie, restaurants, fournisseurs scolaires, etc.) : Quel est le portrait de l'alimentation dans votre communauté ? Quel est le portrait de l'insécurité alimentaire?

16.6 Messages commerciaux : Quel est le message prioritaire selon vous des diverses publicités dans la communauté?

16.7 Éducation : Quel est le niveau de scolarité généralement dans la communauté?

16.8 Niveau de connaissances en santé – littératie en santé : Quel est votre perception du niveau d'information qu'ont les gens sur leur santé de façon générale? Quelle est la compréhension générale des citoyens des problématiques de santé?

16.9 Emploi – conditions de travail: Quelles sont les conditions d'emploi et de travail dans la communauté?

16.10 Environnement social : Quelle est votre perception de l'environnement social de la communauté? (réseaux, organismes, associations, quels groupes d'âge)

16.11 Services préventifs : Quels services préventifs sont accessibles dans la communauté actuellement ?

Si nous sommes ici, c'est en raison du souci de la municipalité et de la coopérative locale pour l'**amélioration de la qualité de vie et le soutien aux jeunes familles et aux aînés.** Nous allons donc, avant de créer deux sous comités (Communauté en santé : Jeunesse-, promotion du poids santé / et / Municipalité Amie des aînés : Aînés pour une vie active),

Revoir la conceptualisation d'une municipalité-ville-quartier en santé

« Une Ville en santé est une municipalité qui met en place et qui améliore continuellement son environnement physique et social et qui utilise les ressources de la communauté afin de rendre ses citoyens aptes à s'entraider dans la réalisation de leurs activités courantes et à développer leur plein potentiel. »

Leonard Duhl et Trevor Hancock

Principes de VVS Une VVS favorise une gouvernance locale axée sur la qualité de vie des citoyens par la concertation au sein de la municipalité pour promouvoir l'équité entre les personnes, le pouvoir d'agir, la réalisation du plein potentiel, (mise sur des projets concrets **projets concrets**, favorables à la santé et la qualité de vie)

Principes de Quartiers en santé : Dans l'esprit et les fondements de Villes et Villages en santé, une approche locale à proximité dans le contexte des grandes fusions municipales connues au Québec, pour desservir les secteurs les plus défavorisés, combattre les inégalités de santé pour la prévention de l'obésité et la promotion des saines habitudes de vie dans des environnements favorables. Une approche de promotion de la santé oeuvrant dans les 5 secteurs de la

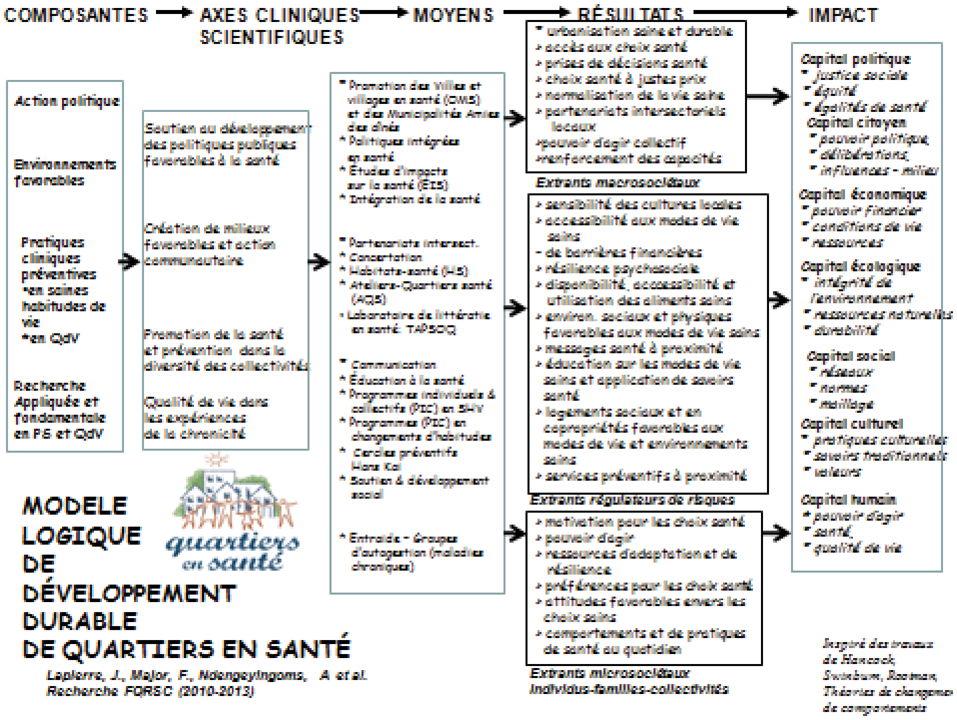
charte d'Ottawa simultanément dans les quartiers (développement d'aptitudes individuelles, renforcement de l'action communautaire, réorientation vers les services exclusifs préventifs, politiques publiques favorables en gouvernance locale et la création d'environnements favorables).

MADA : Une MADA encourage le vieillissement actif en optimisant les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'améliorer la qualité de vie des personnes qui vieillissent.

(maillage complexe des caractéristiques urbaines et des déterminants du vieillissement actif- des plans qui favorisent la diversité sont fondamentaux) Respect et considération pour la personne doivent être des valeurs essentielles, dans la rue, à la maison, sur la route, au travail, dans les établissements, etc. et solidarité entre les générations, entraide, intégration et sécurité et le savoir comme facteur essentiel d'autonomisation.

Au coeur: Approches ou processus intégrés citoyens ascendants (de la base) centrées sur le mode de vie (MADA), le cadre de vie (VVS), les besoins et attentes des citoyens et les processus sociaux et préventifs à proximité. Toutes ont comme prémisse fondamentale que la richesse et la force d'une municipalité naissent du capital social et des réseaux desquels est favorisé l'émergence d'une solidarité collective de proximité.

Chaque comité devra se doter des éléments relatifs à un plan d'action pour chaque projet en lien avec certains éléments du modèle intégrateur de quartiers en santé ou d'autres éléments émergents



<u>Étape 1 Chaque comité se dotera</u>

1) Mission
2) Valeurs
3) Grands objectifs

<u>Étape 2 Chaque comité identifiera, après une analyse plus poussée de ses préoccupations, un plan d'action</u>

Comité 1 – Jeunesse : Poids santé

Projets	Objectifs généraux	Objectifs SMART Spécifique Mesurable Atteignable Raisonnable Temporellement défini	Moyens envisagés	Parte-naires clés	Indicateurs de processus	Indicateurs de résultats court termes	Indicateurs de résultats à Moyens termes	Impacts anticipés sur les capitaux sociaux politiques citoyens économiques écologiques culturels humains	
1									
2									
3									

Comité 2 – MADA : Aînés pour une vie active

Projets	Objectifs généraux	Objectifs SMART Spécifique Mesurable Atteignable Raisonnable Temporellement défini	Moyens envisagés	Parte-naires clés	Indicateurs de processus	Indicateurs de résultats court termes	Indicateurs de résultats à Moyens termes	Impacts anticipés sur les capitaux sociaux politiques citoyens économiques écologiques culturels humains	
1									
2									
3									

Guide 4a

Grille de groupe focalisé (analyse)

Comité intersectoriel Jeunesse

Capacité et vitalité communautaires et partenariales

pour la prévention de l'obésité

(adapté de Goodman et al., 1998; Freudenberg, 2004 et des concepts du cadre de la recherche : Renforcement de la stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains, SPIMVS, 2010)

Conditions structurelles et naturelles

	Alimentation saine (+ de 20%)	Activité physique (+20% 30 min adulte +20% 60 min enfants)	Poids santé (+20% poids normal IMC 18,5-24,9)	Environnements favorables (politiques, milieux, familles, communautés, environnements bâtis, éducation-formation, logements, soutiens social, etc.)
1-Leadership				
2-Participation				
3-Habiletés et compétences				
4-Ressources				
5-Réseaux sociaux et organisationnels				
6-Sentiment d'appartenance au quartier et identité partenariale				
7-Compréhension de l'histoire du quartier relativement a la promotion de la santé et des saines habitudes de vie				

8-Perception du pouvoir collectif envers le changement				
9-Partage de valeurs communes				
10-Réflexion critique				
	État de la situation	**Mesures correctives nécessaires**	**Certaines préoccupations**	**Progrès Apparents Avancées et succès reconnus**
11-FCM Infrastructures sociales				
12-FCM Espaces publiques partagés				
13-FCM Mixité sociale et intergénérationnelle				
14-FCM Attractivité des quartiers				
15-FCM Frontières ouvertes entre les quartiers				
16-FCM Mobilité accrue et « walkability »				

Commentaires, discussions, contexte :

____
____
____

Indicateurs d'approches populationnelles (SPIMVS, 2010)

	<u>Alimentation saine</u> *(+ de 20%)*	**<u>Activité physique</u>** *(+20% 30 min adulte* *+20% 60 min enfants)*	**<u>Poids santé</u>** *(+20% poids normal IMC 18,5-24,9)*	**<u>Environnements favorables</u>** *(politiques, milieux, familles, communautés, environnements bâtis, éducation-formation, logements, soutiens social, etc.)*
Accents mis sur les déterminants sociaux de la santé *Niveau de revenus et situation sociale, Réseaux de soutien social,* *Niveau d'instruction,* *Emploi et conditions de travail,* *Environnement social,* *Environnement physique,* *Habitudes de vie et compétences d'adaptation personnelles,* *Développement sain durant l'enfance,* *Patrimoine biologique et génétique,* *Services de santé,* *Sexe* Culture				
Inégalités de				

santé abordées				
Milieux ciblés et groupes cibles				
Mesures intersectorielles				
Pratiques éclairées par les données de recherche, probantes ou d'experts				

Commentaires, discussions, contexte :

____
____
____

Indicateurs de stratégies intégrées de promotion issues de la Charte d'Ottawa

	Alimentation saine *(+ de 20%)*	**Activité physique** *(+20% 30 min adulte* *+20% 60 min enfants)*	**Poids santé** *(+20% poids normal IMC 18,5-24,9)*	**Environnements favorables** *(politiques, milieux, familles, communautés, environnements bâtis, éducation-formation, logements, soutiens social, etc.)*
Politiques locales favorables				
Développement, transmission et application des connaissances pour le développement d'aptitudes et de compétences				
Renforcement de				

l'action communautaire				
Création de milieux favorables				
Priorisation vers les pratiques préventives et de promotion				

Commentaires, discussions, contexte :

____
____
____

Indicateurs de vitalité des quartiers (FCM, 2005)

	État de la situation	**Mesures correctives nécessaires**	**Certaines préoccupations**	**Progrès apparents**	**Avancées certaines et succès reconnus**
Inclusivité (implication communautaire active-nombre de groupes ou associations, processus démocratiques, sentiment d'appartenance élevée, communauté accueillante, respect de la diversité, tolérante)					
Qualité vibratoire (rues animés-cafés, restos, services, occasions d'interactions entre					

citoyens, sentiment d'identité locale, fierté)					
Cohésion (sentiment de responsabilité mutuelle, liens de réciprocité important-confiance, verrouillage des portes, enfants des voisins, solutions négociées de résolutions de conflits)					
Sécurité (sentiment subjectif, déplacements sécuritaires en tout temps, mesures objectives-polluants, contaminants, édifices sécuritaires, etc.)					
Capital Social (mesure quantitative-sondage)					

Guide 4b

Grille de groupe focalisé (analyse)

Comité intersectoriel Vieillissement actif (MADA)

Analyse des caractéristiques essentielles des villes-amies des aînés

---

Veuillez prendre note qu'il s'agit de points généraux et que ***tous les éléments ne seront pas utiles dans votre collectivité.*** Ce document est issu des données probantes du rapport Guide mondial des villes-amies des aînés (2007) présente deux sections dont l'une pour les municipalités et l'autre pour les milieux ruraux. Les membres des comités auront complété à l'avance l'analyse de façon spontanée avant l'analyse dirigée en groupe afin de faciliter le processus.

Pour chacun des énoncés, des commentaires sont recherchés sur l'état de la situation dans un premier temps et ensuite, des commentaires associés à l'une ou l'autre des options soit que des **mesures correctives** sont nécessaires d'emblée et de façon prioritaire dans le cadre du plan d'action MADA, soit que **certaines préoccupations** sont présentes parmi les citoyens et pourraient être traitées à moyen terme, soit que des **progrès sont apparents** dans le domaine et que des actions minimalistes pourraient venir bonifier le processus ou bien que les citoyens **reconnaissent le succès et les bons coups** déjà de la municipalité dans ce domaine.

1-Espaces extérieurs et bâtiments

- ☐ Les lieux publics sont propres et accueillants.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

- ☐ Les espaces verts et les bancs publics sont assez nombreux, bien entretenus et sûrs.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

☐ Les trottoirs sont en bon état, sans obstacle et réservés aux piétons.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

☐ Les trottoirs ne sont pas glissants; sont assez larges pour une chaise roulante. avec dénivellation douce aux passages piétons.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

☐ Les passages pour piétons sont en nombre suffisant, antidérapants (particulièrement en temps de pluie), et bien adaptés à divers types d'invalidités/infirmités. Le passage doit notamment présenter des indices visuels, auditifs, et être assez long au feu vert.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

☐ Les conducteurs doivent accorder la priorité aux piétons aux intersections et sur les passages piétons.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

☐ Les pistes cyclables sont séparées des trottoirs et autres lieux de passages pour piétons.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

☐ La sécurité en zone urbaine est améliorée par un bon éclairage des rues; des patrouilles de police ainsi que des conseils préventifs aux communautés.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

☐ Les services sont groupés et faciles d'accès.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

☐ Des traitements de faveur sont offerts à certains clients tels qu'une queue à part et un comptoir de service pour les personnes âgées.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

- ☐ Les bâtiments sont bien signalés à l'extérieur comme à l'intérieur, avec suffisamment de places assises et de toilettes; d'ascenseurs accessibles, de rampes, de grilles, d'escaliers et de sols antidérapants.

État de la situation	**Mesures correctives nécessaires**	**Certaines préoccupations**	**Progrès apparents**	**Avancées et succès reconnus**

Points de convergence

____

Points de divergence

____

- ☐ Les W.-C. publics sont assez nombreux à l'extérieur comme à l'intérieur, salubres, bien entretenus et d'accès facile.

État de la situation	**Mesures correctives nécessaires**	**Certaines préoccupations**	**Progrès apparents**	**Avancées et succès reconnus**

Points de convergence

____

Points de divergence

____

2-Transports

- ☐ Le coût des transports publics est cohérent, clairement affiché et raisonnable.

État de la situation	**Mesures correctives nécessaires**	**Certaines préoccupations**	**Progrès apparents**	**Avancées et succès reconnus**

Points de convergence

____

Points de divergence

____

- ☐ Les transports publics sont sérieux et fréquents, aussi le soir, les fins de semaine et jours fériés.

État de la situation	**Mesures correctives nécessaires**	**Certaines préoccupations**	**Progrès apparents**	**Avancées et succès reconnus**

Points de convergence

____

Points de divergence

____

- Tous les quartiers de la ville ainsi que les services sont desservis par les transports publics, avec de bons relais ainsi que des véhicules et des routes bien indiquées.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

- Les véhicules des transports publics sont propres, bien entretenus, d'accès aisé, non bondé et avec une mention de respect de priorité de place assise (…pour les personnes âgées, les personnes handicapées, et les femmes enceintes).

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

- Mise en service de transports spécialisés pour les personnes handicapées.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

- Les chauffeurs s'arrêtent aux endroits désignés et à côté d'un virage pour faciliter la montée des usagers, et doivent attendre que tous les passagers soient assis avant de repartir.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

- ☐ Les arrêts des transports publics sont placés judicieusement, sûrs, propres, bien éclairés et bien indiqués avec des abris équipés de bancs.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

- ☐ Des informations complètes et intelligibles sur le réseau routier sont fournies aux usagers ainsi que les horaires et les commodités pour demandes spéciales.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

- ☐ Un service de transport bénévole est disponible dans les zones où les transports publics sont trop limités.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

- ☐ Les taxis sont accessibles et à prix raisonnable, et les chauffeurs sont courtois et serviables.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

□ Les routes sont en bon état, avec des égouts couverts et un bon éclairage.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

□ La circulation est bien coordonnée.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

□ Il n’y a pas d’obstacle sur le réseau routier susceptible de gêner la visibilité des conducteurs.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

□ Les panneaux de signalisation et les intersections sont voyants et bien placés.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

- ☐ La formation des conducteurs ainsi que des cours de rappel sont mis sur pieds pour tous les conducteurs.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

- ☐ Stationnement et bande d'arrêts d'urgence sont sans danger, en nombre suffisant et bien placés.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

- ☐ Des places de stationnement et des zones d'arrêts réservées aux personnes nécessiteuses sont disponibles et sont à respecter.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

3-Logement

- ☐ Un nombre adéquat de logements sont disponibles à loyers modérés, dans des quartiers sûrs, à proximité des services et du reste de la communauté.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

☐ L'entretien des habitations et les services sociaux sont assurés, abordables et satisfaisants.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

☐ Les logements sont bien conçus, pourvus d'abris sûrs et confortables contre le mauvais temps.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

☐ Pour une plus grande sécurité et liberté de mouvements, les espaces intérieurs, les pièces et les couloirs sont conçus sur le même plan.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

☐ Des options de transformations de l'habitat sont possibles et abordables ainsi que l'approvisionnement en vivres, et les fournisseurs sont à l'écoute des besoins des personnes âgées.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

☐ Les logements locatifs, tant publics que privés, sont bien entretenus et dignes de confiance.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

☐ Un nombre suffisant d'établissements de soins de longue durée, abordables pour les personnes âgées fragiles et/ou handicapées et encadrées par un personnel compétent, sont disponibles localement.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

4-Participation sociale

☐ Les événements annoncés et les activités s'organisent dans des lieux bien placés, facile d'accès, bien éclairés et à proximité des transports publics.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

☐ Les horaires des événements sont commodes pour les personnes âgées.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

☐ On peut assister aux activités et événements seul(e) ou accompagné(e).

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

☐ Activités et spectacles sont abordables, sans majoration surprise ou frais de participation supplémentaires.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

☐ Les informations relatives aux activités et aux événements sont claires, y compris la mention détaillée des commodités d’accès et de transport proposées aux personnes âgées.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

☐ Une large palette d’activités est proposée afin d’attirer diverses couches de population du troisième âge.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

- Avec la participation des personnes âgées, des réunions sont organisées dans plusieurs localités, dans des lieux publics tels que maisons de quartier, écoles, bibliothèques, centres sociaux et parcs.

État de la situation	**Mesures correctives nécessaires**	**Certaines préoccupations**	**Progrès apparents**	**Avancées et succès reconnus**

Points de convergence

____

Points de divergence

____

- Un effort tangible est prévu pour inclure les personnes susceptibles d'être laissées pour compte.

État de la situation	**Mesures correctives nécessaires**	**Certaines préoccupations**	**Progrès apparents**	**Avancées et succès reconnus**

Points de convergence

____

Points de divergence

____

5-Respect et inclusion sociale

- L'avis des personnes âgées est régulièrement sollicité par les bénévoles, les services publics et commerciaux afin de mieux les servir.

État de la situation	**Mesures correctives nécessaires**	**Certaines préoccupations**	**Progrès apparents**	**Avancées et succès reconnus**

Points de convergence

____

Points de divergence

____

- Services et produits sont fournis par les services publics et commerciaux pour satisfaire à tous besoins et préférences.

État de la situation	**Mesures correctives nécessaires**	**Certaines préoccupations**	**Progrès apparents**	**Avancées et succès reconnus**

Points de convergence

____

Points de divergence

____

☐ Le personnel de service est courtois et serviable.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

☐ Les personnes âgées sont présentes et dignifiées dans les médias, sans être stéréotypées.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

☐ Dans le cadre d'une large communauté, activités et événements intéressent toutes générations en accommodant besoins et préférences selon l'âge.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

☐ Les personnes âgées sont spécifiquement intégrées dans des activités communautaires de « familles ».

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

- ☐ Les écoles proposent de s'informer sur les conséquences du vieillissement humain et sur le témoignage des personnes âgées elles-mêmes en donnant l'occasion à ces dernières de s'investir dans des activités scolaires.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

- ☐ Les personnes âgées sont reconnues par la communauté pour leurs contributions passées et présentes.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

- ☐ Les personnes âgées moins en forme bénéficient d'un accès facilité aux services publics et privés ainsi qu'aux aides bénévoles.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

6-Participation citoyenne et emploi

- ☐ Une gamme d'options flexibles sont disponibles pour les bénévoles d'un certain âge, avec formation, reconnaissance, conseils et indemnité pour les frais personnels.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

☐ Les qualifications des employés plus âgés sont mises en valeur.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

☐ Une palette d'activités modulables et rémunérées à leur juste valeur sont organisées pour les personnes d'un certain âge.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

☐ Pour l'embauche, la formation et la promotion des employés, la discrimination basée uniquement sur l'âge est interdite.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

☐ Des lieux de travail sont adaptés aux besoins des personnes handicapées.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

 Les activités lucratives indépendantes pour les personnes d'un certain âge sont encouragées et soutenues.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

 Des options de formation de post-retraite sont disponibles pour les travailleurs âgés.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

 Dans le secteur public, privé et le bénévolat, les structures décisionnelles encouragent et facilitent l'adhésion des personnes âgées.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

7-Communication et renseignements

 Une base de données efficace est à la portée de l'ensemble des résidents de la communauté.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

- ☐ Les informations sont largement et régulièrement distribuées et une centrale de renseignements coordonnée est disponible.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

- ☐ Des informations ponctuelles et émissions de radio/télévision pour les aînés sont offertes.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

- ☐ La mise sur pied de forum de discussion est accessible aux personnes âgées.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

- ☐ Les gens susceptibles d'être laissés pour compte obtiennent personnellement des informations par des commis de confiance.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

- Les services publics et commerciaux fournissent aimablement des services individuels sur demande.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

- Les informations imprimées — y compris les formulaires officiels, légendes télévisées et textes visuels à l'écran — sont en grosses lettres et les idées principales apparaissent avec des titres clairs et en caractères gras.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

- Les annonces imprimées ou verbales sont en termes simples et familiers; en bref, des phrases sans détour.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

- Les services de messageries vocales donnent les instructions lentement, clairement et disent à l'appelant comment réécouter le message à tous moments.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

- Les équipements électroniques comme les téléphones portables, les radios, les télévisions, les distributeurs de billets de banque, de tickets de transports publics, etc. possèdent de larges boutons et de grosses lettres.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

- L'accès aux ordinateurs et l'Internet publics est large et gratuit, ou a un coût minimal dans les lieux publics tels que les administrations, centres sociaux et bibliothèques.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

8-Services de soutien communautaires et de santé

- Un éventail approprié de soins et de services sociaux sont offerts pour la prévention, le maintien et le rétablissement de la santé.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

- Les services de soins à domicile comprennent des soins particuliers de santé ainsi que des tâches ménagères.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

☐ Les centres médico-sociaux sont situés dans des lieux accessibles par tous les moyens de transports.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

☐ Les logements pour personnes âgées et les centres de soins de longue durée sont situés à proximité des services publics et du reste de la communauté.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

☐ Les établissements des services médicaux sont bien bâtis et faciles d'accès.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

☐ Des informations claires et intelligibles sur les services médico-sociaux sont fournies aux personnes âgées.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

☐ La prestation des divers services médico-sociaux est coordonnée et administrativement simple.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

☐ Le personnel est respectueux, serviable et formé pour accommoder les personnes âgées.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

☐ Pour accéder aux services médicaux et aux aides sociales, les obstacles inhérents aux budgets modestes sont minimisés.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

☐ Le bénévolat par des gens de tous âges est encouragé et soutenu.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

☐ Il y a assez de cimetières accessibles.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

☐ Les planifications d'urgences de la communauté prennent en considération la vulnérabilité et les capacités des personnes âgées.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Source :

« Feuille de route des dispositifs fondamentaux des villes-amies des aînés ». www.who.int/ageing/publications/Age_Friendly_cities_feuille_de_route.pdf [site Web]. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé, 2007.

Liste de contrôle pour les collectivités rurales et éloignées amies des aînés

1. Les espaces extérieurs et les immeubles

Trottoirs, sentiers et pistes

- ☐ Les trottoirs, les sentiers et les pistes sont bien entretenus, dégagés, non glissants et accessibles.
- ☐ Les trottoirs sont continus, ont des bordures basses et permettent le passage de fauteuils roulants et de scooters.
- ☐ La neige est rapidement dégagée et on tient compte des aînés dans la façon, par exemple, d'amonceler la neige pour permettre aux gens d'entrer dans leur voiture et d'en sortir et permettre aux aînés en fauteuil roulant ou en scooter de circuler.
- ☐ Le déneigement est adéquat.
- ☐ Les espaces de stationnement sont bien entretenus, et la neige et la glace sont dégagées.
- ☐ Les rues sont bien entretenues.
- ☐ Des abris contre la pluie sont à la disposition des piétons.

État de la situation	**Mesures correctives nécessaires**	**Certaines préoccupations**	**Progrès apparents**	**Avancées et succès reconnus**

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Toilettes publiques et zones de repos

- ☐ Les toilettes publiques sont accessibles et adaptées aux personnes présentant divers handicaps (boutons-poussoirs, portes larges, rampes, verrous faciles à actionner pour les personnes ayant des problèmes d'arthrite, etc.), et elles sont situées à des endroits stratégiques et sont bien affichées.
- ☐ Des bancs accessibles (hauteur appropriée aux aînés) sont installés le long des trottoirs, des sentiers et des pistes, et ce, à intervalles réguliers.

État de la situation	**Mesures correctives nécessaires**	**Certaines préoccupations**	**Progrès apparents**	**Avancées et succès reconnus**

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Sûreté et sécurité

- ☐ Des mesures sont prises pour réduire le taux de criminalité.
- ☐ Les quartiers et les sentiers sont bien éclairés.
- ☐ Le volume de circulation est faible et/ou bien contrôlé.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Immeubles

- ☐ Les immeubles sont accessibles et équipés des éléments suivants :
  - o rampes avec pente adaptée aux fauteuils roulants;
  - o moins de marches pour l’accès aux immeubles et à l’intérieur de ces derniers;
  - o planchers non glissants;
  - o toilettes accessibles et situées au rez-de-chaussée;
  - o stationnement bien entretenu et situé près des édifices publics pour en faciliter l’accès.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Commodités (épiceries, églises, édifices gouvernementaux, centres communautaires)

- ☐ Les services sont regroupés au même endroit, situés à proximité des lieux de résidence des personnes âgées et facilement accessibles (se trouvent par exemple au rez-de-chaussée d’un immeuble ou sont dotés d’une rampe d’accès pour fauteuil roulant).

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

2. Le transport

Routes

- ☐ Les routes sont bien entretenues, bien éclairées et dotées de panneaux de signalisation clairement lisibles.
- ☐ La circulation est bien réglementée (en particulier dans les collectivités comptant des résidences d'été et qui connaissent une augmentation du volume de circulation pendant la période estivale).
- ☐ Règles routières assouplies — les limites de vitesse ne sont pas imposées (circulation plus lente), il n'y a pas trop de feux de circulation, les conducteurs permettent aux aînés de circuler aisément sur les routes.
- ☐ Les lignes de séparation sur la chaussée sont claires et visibles.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Déneigement

- ☐ Les routes et les stationnements sont déneigés rapidement.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Stationnement

- ☐ Les parcs de stationnement et les stationnements dans la rue sont situés près des commodités.
- ☐ La réglementation est imposée (empêcher les gens de se garer dans des zones d'urgence et des espaces réservés aux personnes handicapées).
- ☐ Les aires d'embarquement et de débarquement sont clairement identifiées.
- ☐ Suffisamment d'espaces de stationnement sont réservés aux personnes handicapées.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Services de transports communautaires

- ☐ Des services de transports communautaires abordables et accessibles (par exemple des services de navettes) sont offerts aux aînés pour les amener à des activités ou leur permettre de faire des courses ou des sorties à l'extérieur.
- ☐ Un réseau bénévole et/ou informel de chauffeurs est disponible et ces derniers sont rétribués (p. ex. essence payée).

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Services de transport permettant d'avoir accès à des soins de santé (notamment dans les plus grands centres)

- ☐ Des services de transport sont offerts aux aînés pour les conduire à des rendez-vous chez le médecin et les ramener (y compris dans les plus grandes villes) — comprend le transport par bateau et par avion depuis des collectivités éloignées.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Transport adapté

- ☐ Toute une gamme de services de transport est offerte aux personnes ayant divers handicaps.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Transport en commun

- ☐ Du transport en commun accessible, abordable et pratique (autobus, traversiers, etc.) est mis à la disposition des personnes âgées pour leur permettre de mener leurs activités courantes — par exemple pour se rendre à l'hôpital, dans des centres de santé/communautaires, des centres commerciaux et à la banque.
- ☐ Les services de transport en commun sont coordonnés.
- ☐ Les services sont offerts en journée comme en soirée.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Taxis

- ☐ Des services de taxi accessibles et abordables sont offerts aux aînés.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Information

- ☐ De l'information sur la gamme de services de transport (en commun et privé) offerte aux aînés est fournie à ces derniers, notamment des renseignements sur l'utilisation, l'accès, les horaires et les tarifs.
- ☐ L'utilisation du transport en commun et de modes de transport alternatifs est encouragée par la collectivité.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

3. Le logement

Choix de logement

- ☐ Divers logements appropriés et abordables (à vendre ou à louer) sont offerts; cela comprend des appartements, des unités résidentielles autonomes, des copropriétés plus petites et des logements unifamiliaux.
- ☐ Les logements sont abordables et il existe des logements subventionnés.
- ☐ La superficie des maisons est fonction des besoins et du style de vie des aînés d'aujourd'hui.
- ☐ Les logements sont situés à proximité des services.
- ☐ Les logements sont adaptés aux aînés et aux personnes ayant des handicaps.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Vieillir chez soi

- ☐ Des services d'aide abordables sont offerts aux aînés pour leur permettre de rester chez eux.
- ☐ Des options de logements adaptés sont à la disposition de tous.
- ☐ Des logements de « transition » sont disponibles (c.-à-d., choisir entre une grande maison unifamiliale et un petit appartement offrant davantage d'options de logements adaptés que l'on peut considérer comme étant « intermédiaires »).
- ☐ Des « systèmes d'alerte » (c.-à-d., des systèmes qui signalent qu'un aîné a besoin d'aide) sont à la disposition des aînés qui vivent seuls.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Soins de longue durée

- ☐ Des services abordables de soins de longue durée sont offerts afin d'empêcher la séparation des familles et la nécessité de quitter la collectivité.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Entretien et modifications

- ☐ Les services d'entretien général des maisons sont abordables pour les aînés ayant un revenu fixe.
- ☐ Des services d'entretien général abordables ou gratuits (p. ex. pour l'entretien de la cour) sont mis à la disposition des aînés.
- ☐ Les logements sont adaptés aux aînés, au besoin, et l'on pense au bien-être des aînés lors de la construction de logements.
- ☐ Les logements (maisons et appartements) répondent aux besoins des personnes ayant un handicap.
- ☐ Les frais liés aux modifications apportées aux logements sont raisonnables et une aide financière sous forme de bourses ou de subventions peut être offerte.
- ☐ L'information relative aux programmes d'aide financière permettant d'apporter des modifications au domicile est mise à la disposition des aînés et est facilement accessible.
- ☐ L'assurance habitation est abordable.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

4. Le respect et l'inclusion sociale

Preuves de respect, de gentillesse et de courtoisie

- ☐ Les aînés sont traités avec respect par la collectivité dans son ensemble — on les aborde en utilisant les titres appropriés, on sollicite leur avis sur des questions liées à la communauté, leurs contributions sont honorées et leurs besoins satisfaits.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Respect et interaction entre les générations

- ☐ Les activités communautaires rassemblent les différentes générations — elles comprennent les activités de loisir (arts et artisanat, etc.) et les activités pratiques (p. ex. l'enseignement de l'informatique par des jeunes et les programmes de bénévolat effectué par des grands-parents « honoraires »).
- ☐ Des programmes sont offerts aux enfants et aux jeunes et portent principalement sur la manière de traiter avec respect les personnes âgées et expliquent ce que représente le fait de vieillir.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Collectivités inclusives

- ☐ Les aînés sont sollicités pour participer à des réunions de conseils et autres activités de cet ordre, et leurs contributions sont reconnues.
- ☐ L'avis des personnes âgées est sollicité sur des questions d'intérêt public (au niveau local comme provincial).
- ☐ Les aînés reçoivent des visites de membres de leur collectivité.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Activités ou prix de reconnaissance

- ☐ La collectivité reconnaît la contribution des aînés par le biais d'activités et/ou de prix.
- ☐ Les aînés sont « célébrés » dans les médias (on y présente par exemple leurs histoires).

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

5. La participation sociale

Événements et activités

- ☐ Divers événements et activités sont offerts aux aînés de tous âges — certains s'adressent à un groupe d'âge spécifique et d'autres sont intergénérationnels. Il peut s'agir notamment d'activités physiques/récréatives, de spectacles sportifs, d'événements dans des lieux de culte et des écoles et de rassemblements où de la nourriture est offerte.
- ☐ Des activités ont lieu à l'extérieur (de la marche, par exemple) et d'autres à l'intérieur (bingo ou jeux de cartes ou de fléchettes, etc.).

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Transport

- ☐ Les événements et activités se déroulent dans des endroits desservis par des services de transports abordables et accessibles.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Prévention de l'isolement

- ☐ Des visites au domicile sont prévues pour les personnes qui ne sortent pas ou qui ne peuvent pas quitter la maison.
- ☐ Un réseau d'entraide est établi pour intégrer les aînés qui ne sont généralement pas actifs dans la collectivité.
- ☐ Les besoins des aînés qui ne souhaitent pas participer à la vie communautaire sont respectés.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Cours, artisanat et loisirs

- ☐ Divers cours abordables (ou gratuits) sont offerts dans des endroits facilement accessibles (un centre communautaire ou une université, par exemple) et bien desservis par le transport en commun.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Capacité financière et accessibilité

- ☐ Les activités et événements se déroulent dans des lieux facilement accessibles à tous — y compris aux personnes ayant un handicap.
- ☐ Les événements, les activités culturelles (musique, théâtre, etc.) et autres sont à la mesure des moyens de tous les aînés.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Accent sur la famille

- ☐ Les activités et les événements sont intergénérationnels et visent à attirer les personnes d'âges et de milieux différents.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Promotion des activités

- ☐ L'information sur les activités organisées est bien transmise aux aînés.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____**6. La communication et l'information**

Communication générale

- ☐ Le gouvernement local et/ou les organismes de bénévolat diffusent de manière régulière et fiable l'information sur les activités et les programmes offerts (notamment les coordonnées de personnes-ressources).
- ☐ L'information est diffusée/affichée où les aînés mènent leurs activités courantes — bureau de poste, lieu de culte, centre local et mairie.
- ☐ Les chaînes locales (télévision et radio) annoncent les activités communautaires et présentent les nouvelles qui intéressent les aînés — par le biais par exemple de chaînes communautaires.
- ☐ Il existe un répertoire central où les personnes âgées peuvent trouver de l'information sur les activités et les services mis à leur disposition et sur la façon d'obtenir des renseignements (y compris des numéros de téléphone).

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Interaction (bouche à oreille)

- ☐ L'information importante est diffusée dans des forums publics (assemblées publiques et séances d'information).
- ☐ L'information destinée aux personnes âgées qui connaissent un isolement social est communiquée par téléphone ou au moyen de visites.
- ☐ Un réseau d'intervenants est créé pour diffuser l'information importante (p. ex. sur les questions de santé et la prévention des fraudes).

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Information accessible

- ☐ Les communications écrites sont imprimées clairement en gros caractères et sont faciles à lire et formulées simplement.
- ☐ Des programmes d'alphabétisation sont offerts.
- ☐ Des aînés sont recrutés pour offrir bénévolement des services d'experts, de diffuseurs d'information et de formateurs.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Nouvelles technologies

- ☐ L'accès aux ordinateurs et à Internet est offert dans un centre local ouvert au public.
- ☐ Des cours de formation sur les nouvelles technologies sont offerts et accessibles aux aînés.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Types d'information

- L'information d'intérêt pour les aînés est diffusée — activités locales (liées notamment aux articles nécrologiques), information vitale (santé, sécurité, etc.) et programmes et services mis à la disposition des personnes âgées.
- Les réalisations des aînés sont parfois soulignées dans les médias.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

7. La participation communautaire et les possibilités d'emploi

Bénévolat

- Les activités de bénévolat sont appuyées — on assure, par exemple, le transport des bénévoles, rembourse les dépenses et/ou paie une rétribution.
- Diverses occasions de bénévolat sont créées, selon les intérêts des aînés.
- Les options de bénévolat favorisent l'implication intergénérationnelle.
- Les occasions de bénévolat sont souples (p. ex. court terme) afin d'accommoder les aînés qui voyagent ou ont d'autres engagements.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Emploi

- Une gamme d'emplois rémunérés s'offre aux aînés.
- Les personnes âgées sont rémunérées convenablement pour leur travail.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Accessibilité

- ☐ Des mesures sont mises en place pour accommoder les aînés qui ont un handicap et leur permettre de faire du bénévolat ainsi que de participer à des activités communautaires et professionnelles.
- ☐ Des services de transport sont offerts et accessibles aux personnes âgées qui souhaitent faire du bénévolat ou participer à des activités communautaires ou rémunérées.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Participation encouragée

- ☐ Les personnes âgées sont encouragées à faire du bénévolat et à demeurer engagées dans la collectivité grâce à des modes de participation souples et accessibles.
- ☐ Les personnes sont sollicitées pour participer à des activités bénévoles.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Possibilités de formation

- ☐ Les personnes âgées devant utiliser des nouvelles technologies lors d'activités rémunérées, communautaires ou bénévoles reçoivent une formation appropriée.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Reconnaissance et gratitude

- ☐ Les personnes âgées sont reconnues pour leur participation à des activités bénévoles, communautaires et rémunérées.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Participation communautaire

- ☐ Les personnes âgées sont bien représentées dans les conseils, commissions et comités.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

8. Le soutien communautaire et les services de santé

Professionnels empathiques et attentifs

- ☐ La collectivité compte des médecins.
- ☐ Des infirmières de santé publique sont présentes dans les centres de santé et font des visites à domicile.
- ☐ Des spécialistes (notamment des gérontologues) effectuent régulièrement des évaluations dans la collectivité et aménagent un suivi en collaboration avec les médecins de première ligne.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Services de soins de santé et de soutien à domicile

- ☐ Des services de soins de santé à domicile abordables et disponibles sont offerts et comprennent les soins personnels et l'entretien ménager.
- ☐ Un soutien à domicile est offert dans les meilleurs délais.
- ☐ Des programmes de repas abordables sont mis à la disposition de tous les aînés dans la collectivité, quel que soit leur état de santé.
- ☐ Des services de livraison (épicerie, médicaments, etc.) ou d'accompagnement pour du magasinage sont offerts aux aînés.

- Les services de livraison sont bien coordonnés (grâce par exemple à des modèles de soins regroupés).
- Des examens de santé sont effectués lors des visites à domicile.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Diversité des établissements et des services de soins de santé

- Les établissements de soins de santé comportent des regroupements de services (médecins, podologues, ergothérapeutes, pharmaciens, etc.), permettant ainsi d'avoir un guichet unique pour les soins de santé ou de mieux-être.
- Des services de soins palliatifs abordables sont offerts dans la collectivité.
- Des services spécialisés sont disponibles dans la collectivité, comme des services de santé mentale, des mammographies, des cliniques du diabète et des soins aux personnes atteintes du cancer.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Disponibilité du matériel et des aides techniques

- De l'équipement médical (notamment des systèmes d'alertes médicales) est disponible par le biais d'un programme de prêts, et ce, sans frais pour les aînés.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

Soutien aux aidants naturels (y compris des services de relève)

- Les aidants naturels peuvent bénéficier d'un répit grâce à des programmes, par exemple, de soutien à domicile et de services de garde de jour pour les aînés.
- Des programmes d'éducation sur les soins aux personnes âgées et des services similaires sont offerts aux familles qui s'occupent d'une personne âgée.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

____

Points de divergence

____

L'information

- Les personnes âgées sont bien informées, par le biais de divers médias, des services auxquels elles peuvent avoir droit et des moyens d'avoir accès à ces services.

Des intervenants fournissent aux aînés de l'information sur divers sujets liés à la

santé et au mieux-être.

État de la situation	Mesures correctives nécessaires	Certaines préoccupations	Progrès apparents	Avancées et succès reconnus

Points de convergence

Points de divergence

Guide 5a

Grille de groupe focalisé (planification)

Comité intersectoriel Jeunesse

1.0 Développement du plan d'action

Comité 1 – Jeunesse : Poids santé

Projets	Objectifs généraux	Objectifs SMART Spécifique Mesurable Atteignable Raisonnable Temporellement défini	Moyens envisagés	Parte-naires clés	Indicateurs de processus	Indicateurs de résultats court termes	Indicateurs de résultats à Moyens termes	Impacts anticipés sur les capitaux sociaux politiques citoyens économiques écologiques culturels humains	
1									
2									
3									

Commentaires :

____

____

2.0 Évaluation de l'intégration des valeurs et principes

VALEURS	Équité en santé	Augmentation du pouvoir d'agir	Diversité	Solidarité
Projet 1				
Projet 2				
Projet 3				

Commentaires :

____

____

PRINCIPES D'ACTION	Participation	Politiques publiques favorables	Collaboration intersectorielle	Viabilité	Saines structures	Bonne gouvernance
Projet 1						
Projet 2						
Projet 3						

Commentaires :

____

____

CONDITIONS DE RÉALISATION	Conditions matérielles et physiques	Contextes individuels	Normes de la communauté	Contexte politique
Projet 1				
Projet 2				
Projet 3				

Commentaires :

____

____

CONTEXTES ET PROCESSUS	Faits	Relations
Projet 1		
Projet 2		
Projet 3		

Commentaires :

____

____

Grille 5b

Grille de groupe focalisé (planification)

Comité intersectoriel Vieillissement actif

1.0 Développement du plan d'action

Comité 1 – MADA : Aînés pour une vie active

Projets	Objectifs généraux	Objectifs SMART Spécifique Mesurable Atteignable Raisonnable Temporellement défini	Moyens envisagés	Parte-naires clés	Indicateurs de processus	Indicateurs de résultats court termes	Indicateurs de résultats à Moyens termes	Impacts anticipés sur les capitaux sociaux politiques citoyens économiques écologiques culturels humains	
1									
2									
3									

Commentaires :

____

____

2.0 Évaluation de l'intégration des valeurs et principes

Valeurs	Valorise et appuie la contribution des aînés	Apprécie la diversité	Rejette l'âgisme	Réduit les inégalités
Projet 1				
Projet 2				
Projet 3				

Commentaires :

____

____

Indicateur	
Nombre d'aînés engagés	
Proportion de membres de comité qui sont des ainées	
Rôles des aînées (consultatif, actif, etc.)	
Niveau de pouvoir des aînés dans le processus	
Nombre de secteurs représentés sur le comité	
Types de mécanismes consultatifs utilisés dans le communautaire	
Disponibilité des informations en formats compréhensibles	
Nombre de réunions	
Accessibilité des locations des réunions	

Commentaires :

____

____

Guide 6

Grille de groupe focalisé commun de l’angle intergénérationnel

1.0 Maintenant que nous avons dressé le portrait d’analyse et identifié des projets spécifiques qui feront partie du plan d’action des comités intersectoriels Jeunesse et Vieillissement actif, nous souhaiterions réaliser un exercice en commun.

Chaque comité revoit son plan d’action (les objectifs généraux, les objectifs SMART, les moyens et les partenaires) avec une ***lentille Aîné*** pour le comité Jeunesse et une ***lentille Jeunesse*** pour le comité Vieillissement actif.

Vous avez 45 minutes pour **identifier des mesures intergénérationnels** à vos plans et un membre les présentera en plénière pour proposition et approbation.

Comité 1 – Jeunesse : Poids santé

Projets	Objectifs généraux	Objectifs SMART Spécifique Mesurable Atteignable Raisonnable Temporellement défini	Moyens envisagés	Parte-naires clés	Indicateurs de processus	Indicateurs de résultats court termes	Indicateurs de résultats à Moyens termes	Impacts anticipés sur les capitaux sociaux politiques citoyens économiques écologiques culturels humains
1								
2								
3								

Comité 2 – MADA : Aînés pour une vie active

Projets	Objectifs généraux	Objectifs SMART Spécifique Mesurable Atteignable Raisonnable Temporellement défini	Moyens envisagés	Parte-naires clés	Indicateurs de processus	Indicateurs de résultats court termes	Indicateurs de résultats à Moyens termes	Impacts anticipés sur les capitaux sociaux politiques citoyens économiques écologiques culturels

								humains
1								
2								
3								

2.0 En plénière, après avoir analysé les propositions et procédé à des modifications, quels ont été les **éléments de convergence** les plus évidents dans votre contexte? Et quelles sont les motifs qui appuient vos décisions?

3.0 Quels sont maintenant les **éléments de spécificité** qui doivent demeurer Strictement Jeunesse ou Vieillissement actif et pour quelles raisons? (ou de divergence entre les deux)?

4.0 Quels sont les **moyens ou stratégies supplémentaires** qui pourraient servir de leviers intergénérationnels optimisant les objectifs globaux de poids santé, vie active, saines habitudes de vie et environnements favorables?

Guide 7a

Entrevues de groupes de travail de planification

Comité intersectoriel Jeunesse

1.0 Développement du plan d'action avec lentille intergénérationnelle

Comité 1 – Jeunesse : Poids santé

Projets	Objectifs généraux	Objectifs SMART Spécifique Mesurable Atteignable Raisonnable Temporellement défini	Moyens envisagés	Parte-naires clés	Indicateurs de processus	Indicateurs de résultats court termes	Indicateurs de résultats à Moyens termes	Impacts anticipés sur les capitaux sociaux politiques citoyens économiques écologiques culturels humains	
1									
2									
3									

Commentaires :

____

____

2.0 Évaluation de l'intégration des valeurs et principes avec lentille intergénérationnelle

VALEURS	Équité en santé	Augmentation du pouvoir d'agir	Diversité	Solidarité
Projet 1				
Projet 2				
Projet 3				

Commentaires :

____

____

PRINCIPES D'ACTION	Participation	Politiques publiques favorables	Collaboration intersectorielle	Viabilité	Saines structures	Bonne gouvernance
Projet 1						
Projet 2						
Projet 3						

Commentaires :

____

____

CONDITIONS DE RÉALISATION	Conditions matérielles et physiques	Contextes individuels	Normes de la communauté	Contexte politique
Projet 1				
Projet 2				
Projet 3				

Commentaires :

____

____

CONTEXTES ET PROCESSUS	Faits	Relations
Projet 1		
Projet 2		
Projet 3		

Commentaires :

____

____

Guide 7b

Entrevues de groupes de travail de planification

Comité intersectoriel Vieillissement actif

1.0 Développement du plan d'action avec lentille intergénérationnelle

Comité 2 – MADA : Aînés pour une vie active

Projets	Objectifs généraux	Objectifs SMART Spécifique Mesurable Atteignable Raisonnable Temporellement défini	Moyens envisagés	Parte-naires clés	Indicateurs de processus	Indicateurs de résultats court termes	Indicateurs de résultats à Moyens termes	Impacts anticipés sur les capitaux sociaux politiques citoyens économiques écologiques culturels humains	
1									
2									
3									

2.0 Évaluation de l'intégration des valeurs et principes avec lentille intergénérationnelle

Valeurs	Valeur et soutien aux contributions des aînés	Diversité honorée	Ne tolère pas l'âgisme	Réduction des inégalités

(Source: Healthy Aging in Canada: A new vision, a vital investment (2006))

Commentaires :

____

Guide 8ab
Entrevues GF d'implantation en trois temps

Comité intersectoriel Jeunesse

Comité intersectoriel Vieillissement actif

État d'avancement du plan d'action

Commentaires

____

____

1- Éléments favorables d'implantation

Commentaires

____

____

2- Éléments défavorables d'implantation

Commentaires

____

____

3- Succès à ce jour

Commentaires

____

____

4- Défis à ce jour

Commentaires

____

____

5- Spécificités intergénérationnelles

Commentaires

___

___

6- Spécificités VVS Jeunesse et spécificités MADA Vieillissement actif

Commentaires

___

___

SURVEY ON

HEALTH COOPS OF THE NORTH PROJECT

INFORMATION TECHNOLOGY NEEDS AND USES FOR HEALTH PROMOTION

FCNQ engaged in a process to support local cooperatives in their health promotion new objectives as increased concerns and preoccupations have arose about kid's health, young families and adult's health behaviors and increased diabetes, obesity and early chronic diseases. To reach this goal, FCNQ has partnered for the last 2 years with a health promotion research team from Université du Québec, Université Laval and collaborators from Université de Montréal and CEGEP de l'Outaouais.

As you may know, a pilot project is currently in place in Quaqtaq since January and we would like your opinion on setting up a Health Cybercentre to improve health and prevention in your community. This Cybercentre will be in the coop and will provide access to a computer and health information on the web to all members.

1. In your opinion what is the most useful way of sharing health information in your community (for example, health promotion, healthy living, disease risk factors, best traditional or clinical prevention practices, etc.),?

	Very useful	Useful	A little useful	No useful
Specific Facebook Village site dedicated to health				
On-line community of practice joined by emails				
Health info cybercentre corner in the coops (computer desk, laptop and web access on site in the cooperatives)				
Small library facilitating access to health information booklets and programs				
Regular online-4X/year, news on your personal emails				
Other ___________________________________				

2. Regarding the items below, what are the most useful for the community?

	Very useful	Useful	A little useful	No useful
Access to health information in general on topics of interest				

Access to health information to assist in decision-making re. your health and your family's health				
Access to health information on specific health problems related to you or your close ones				
Increasing personal power over your own health and what affects you				
Increasing knowledge to share questions and learning with your medical and clinical team at the local clinic				
Collecting information on the healthy workshop tools provided by the Preventative Circles program of the Healthy Coops of the North project				
Facilitating access to the healthy cooking and recipes from the Healthy Collective Crockpot Kitchens and others				
Viewing best practice videos on line about health promotion and prevention of diseases				
Selecting health promotion tools available on the web in general but pre-selected for us				
Facilitating information from health authorities about local and regional health promotion and disease prevention activities				
Accessing the health promotion team (submitting health questions and receiving answers on my personal email)				
Compiling information on health products needs of our members to better meet the needs of coop members who request better healthy products				
Assessing the impact and relevance of our Healthy Coop of the North Project				
Other ____________________________________				

3. The provided health information and information technology mediums should be, as much as possible and considering availability:

	Very useful	Useful	A little useful	No useful
In Inuktitut				
In English:				
In French				

4. Would you consider it useful to provide personal assistance to members to facilitate access and understanding (supporting increased health literacy) when using the CyberCentre?

Yes	
No	

5. If you have answered yes, would you consider supporting 3-6 hours per week for a coop employer to assist members at the Health Cybercentre corner, when the portal is being used?

Yes	
No	

6. What is your view on the potential use of the Health Cybercentre ?

Will not be useful strategy	
Will be seldom used	
Will be used regularly by members at the cooperatives for health or other reason	
Will be an efficient way of supporting and facilitating more health choices for our members	

7. In your opinion, for who the Health Cybercentre will be the most useful?

	Very useful	Useful	A little useful	No useful
Kids after school				
Adolescents				
Mothers				
Fathers				
Adults				
Elderly				
Other ___________________________				

8. In your opinion, what is the most useful health topic to promote in the Health Cybercentre

	Very useful	Useful	A little useful	No useful
Consumer and citizen oriented health promotion portal with easily understandable information				
Professional and some scientifically based health promotion and disease prevention information				
Evidenced base information on medical problems and health promotion				
Tools like prevention strategies (low risk heart disease recipes, stress management programs, physical activity journals to use when changing habits, disciplinary ways to help children, etc.)				
Tools to assess your risk for certain diseases (diabetes, weight related problems, high blood pressure, etc.)				
Tools to assess your healthy living habits (healthy eating, physical activity, etc.)				
The FCNQ and health promotion research team: *Go for green, chose healthy program* (healthy eating marketing information on food products and lists of healthy foods)				
Tools and information to promote the Healthy Collective Crockpot Kitchen program of the Healthy Coop of the North project				
Information on programs of studies and learning sessions locally or regionally				
Other ___________________________________				

9. The Healthy Coop of the North Project includes 5 activities that are grounded in a new governance for health management and marketing. We want you to identify first, which activities, you might wish to implement in your own cooperative (by choosing yes or no):

	Yes	No
Health Literacy Cybercentre in a dedicated space of the co-ops		
Preventative Circles (healthy living workshops) led by trained members		
Healthy Crockpot Collective Kitchens led by peer trained members		
Youth Healthy Challenges targeting healthy nutrition and physical activity		
Healthy Governance, Marketing and Food		

10. Now, please rank the order of priority you would chose to implement, should the implementation be offered in a progressive manner over several months throughout 2013-2014.

	High priority	Medium priority	Low priority
Health Literacy Cybercentre in a dedicated space of the co-ops			
Preventative Circles (healthy living workshops) led by trained members			
Healthy Crockpot Collective Kitchens led by peer trained members			
Youth Healthy Challenges targeting healthy nutrition and physical activity			
Healthy Governance, Marketing and Food			

11 The Preventative Circles proposed 12 workshops. For these workshops, we would like to developed PowerPoint and binders for the trained peer-members that will deliver the program in the cooperatives. In your opinion, what are the most useful topics.

	Very useful	Useful	A little useful	No useful
Healthy living, chronic diseases and you				
Motivation to change				
Eating habits in the North				
Food labelling				
Appropriate choices based on food labeling				
Lunch and snacks for all occasions				
Let’s cook safely				
Being active every day, key to well-being and a balance life!				
Quitting smoking				
Mental health and wellness				
Balancing your budget				
My healthy living assessment				

12 Would you recommend linkages with the public health authorities to include into our portal, easily accessible new health statistics on our populations and service delivery?

Yes	
No	

13 Would you be in favour to have nursing or other health related students on clinical placements once a year when possible and available to support some aspects of the project?

Yes	
No	

14 Please provide the sociodemographic information requested below

Male or Female: ______

Age: _____

Village: ___________________

Coop: ____________________

Title or function at the coop: ______________

Other employer than the coop: ________________

Title or function at that workplace:_____________

Years (or months) of experience in the North: ________________

Years (o months) of experience in the Cooperatives, if applicable: _________

Do you have children: if yes ______ How many: ______________

Level of education:

Elementary School: ____

High School: ____

Post-secondary Education: ___

College: ____

University: ____

Field of training: _________

Thanks you very much for your time. Your feedback will help to plan for funding, development, implementation, training and maintaining support to all.

SURVEY ON
HEALTHY CO-OPS OF NUNAVIK PROJECT
INFORMATION TECHNOLOGY NEEDS AND USES FOR HEALTH PROMOTION

November 12, 2013

La Fédération des coopératives du Nouveau-Québec

ÉQUIPE DE RECHERCHE PÉPO - ULAVAL - UQO
Promotion de la santé urbaine et des saines habitudes de vie

SURVEY METHODOLOGY

The objective of this study was to obtain the views of communities on what are the most important topics to consider and how a Health Cybercentre could improve health and prevention in the communities.

- A self-administered questionnaire was developed specifically for the study
- Data collection was conducted during the fall 2013
- 18 persons, members of the co-ops, answered the questionnaire
- 76% of respondents are women and the average age of respondents is 39 years

Most useful way of sharing health information in the community

67% of respondents indicated that Facebook is very useful for sharing health information in the community. The second most useful way is to have a Health info cybercenter corner in the Co-op (28% very useful and 56% useful).

	Very useful	Useful	A little useful	No useful
Facebook	67%	22%	6%	6%
Health info cybercentre corner in the Co-op	28%	56%	11%	6%
On-line community of practice joined by emails	13%	19%	31%	38%
Regular emails (4 times per year)	12%	35%	35%	18%
Small library with health information booklets and programs	6%	35%	24%	35%

Most useful thing for the community regarding health information

The 2 most useful things for the community regarding health information are: Accessing health information on specific health problems related to the family, increasing knowledge to ask questions to the doctor/nurse at the local clinic and providing information about local and regional health activities.

	Very useful	Useful	A little useful	No useful
Access to health information on specific health problems related to you or your close ones	82%	12%	6%	0%
Increasing knowledge to ask questions to the doctor/nurse at the local clinic	75%	25%	0%	0%
Providing information about local and regional health activities from the Health Board	73%	20%	7%	0%
Access to the recipes from the Collective Crockpot Kitchens and others	69%	19%	6%	6%
Access to health information in general on topics of interest	65%	29%	6%	0%
Access to health information to help make decisions regarding you and your family's health	59%	24%	18%	0%
Assess the impact and relevance of our Healthy Co-op of the North Project	59%	41%	0%	0%
Access to the healthy co-ops team (be able to ask questions and receive answer by email)	56%	19%	25%	0%
Access to the information provided by the Healthy Coops of the North project	44%	50%	6%	0%
Compiling information on healthy products and the demands of our co-op members	41%	47%	12%	0%
Access to healthy living tools online	31%	56%	13%	0%
Viewing videos online about healthy living and prevention of diseases	29%	71%	0%	0%

Making sure that the community is able to make its own decisions regarding health and the choices they want to make for themselves and their community	19%	63%	19%	0%

Languages for the health info cybercenter

A large majority of respondents (88%) indicated that ii would be very useful to have a Health info cybercenter in English.

	Very useful	Useful	A little useful	No useful
English	88%	0%	6%	6%
Inuktitut	35%	18%	29%	18%
French	14%	29%	36%	21%

Members assistance when using the Health info cybercentre

A large majority of respondents (83%) indicated that ii would be useful to provide members with assistance when using the Health info cybercentre.

	Yes	No
Do you think it would be useful to provide members with assistance when using the Health Cybercentre?	83%	17%
If yes, would you agree with having a coop employee work (3-6 hours per week) assisting members at the Health Cybercentre?	93%	7%

Usefulness of the Health info cybercentre

67% of respondents indicated that the Health info cybercentre will be a good way to support members in making healthy choices.

Will not be useful	Will be rarely used	Will be used regularly by members	Will be an good way to support our members in making healthy choices
17%	6%	11%	67%

Group of users for the health info cybercenter

65% of respondents indicate that Health info cybercenter would be very useful for mothers and a majority of respondents indicated that it won't be very useful for children or elderly.

	Very useful	Useful	A little useful	No useful
Mothers	65%	29%	0%	6%
Adults	44%	50%	0%	6%
Adolescents	38%	44%	13%	6%
Fathers	31%	50%	0%	19%
Children	25%	13%	31%	31%
Elderly	20%	20%	13%	47%

Most useful health topics for the Health info cybercentre

The 2 most useful health topics for the Health info cybercentre are: Prevention strategies and the Crockpot kitchen program.

	Very useful	Useful	A little useful	No useful
Tools like prevention strategies (low risk heart disease recipes, stress management programs, physical activity journals to use when changing habits, disciplinary ways to help children, etc.)	77%	12%	6%	6%
Tools and information to promote the Healthy Collective Crockpot Kitchen program of the Healthy Co-ops of the North project	67%	17%	11%	6%
Tools to assess your risk for certain diseases (diabetes, weight related problems, high blood pressure, etc.)	61%	28%	6%	6%
Information on local or regional activities	56%	31%	6%	6%
Tools to assess your healthy living habits (healthy eating, physical activity, etc.)	53%	35%	6%	6%
The FCNQ and health promotion research team: Go for green, chose healthy program (healthy eating marketing information on food products and lists of healthy foods)	44%	44%	6%	6%
Community health promotion portal with easily understandable information	33%	50%	11%	6%
Professional and some scientifically based health promotion and disease prevention information	28%	22%	44%	6%

Activities from the Healthy co-ops of the North project to be implemented in the community

A large majority of respondents (more than 80%) indicate that they would like all 5 activities to be implemented in their community

	Yes	No
Preventative Circles (healthy living workshops) led by trained members	89%	11%
Healthy Crockpot Collective Kitchens led by peer trained members	89%	11%
Youth Healthy Challenges targeting healthy nutrition and physical activity	89%	11%
Healthy Governance, Marketing and Food	89%	11%
Health Literacy Cybercentre in a dedicated space of the co-ops	83%	17%

Usefulness of the 12 preventive circles topics

For the respondents, the 2 most useful preventive circles topics are: Mental health and wellness and Quitting smoking.

	Very useful	Useful	A little useful	No useful
Mental health and wellness	94%	6%	0%	0%
Quitting smoking	82%	18%	0%	0%
Balancing your budget	77%	18%	0%	6%
Healthy living, chronic diseases and you	71%	24%	0%	6%
My healthy living assessment	71%	24%	0%	6%
Lunch and snacks for all occasions	67%	28%	6%	0%
Being active every day, key to well-being and a balance life	67%	33%	0%	0%
Motivation to change	63%	31%	6%	0%
Food labelling	61%	33%	0%	6%
Let's cook safely	61%	39%	0%	0%
Eating habits in the North	56%	39%	0%	6%
Appropriate choices based on food labeling	50%	39%	6%	6%

Others questions

A large majority of respondents (more than 90%) indicated that the Health cybercentre is a way to make links with the Health Board and that they would like to have health students to support the project.

	Yes	No
Would you see the Health Cybercentre as a way to make links with the Health Board?	94%	6%
Would you be in favour to have a nursing or other health related students once a year come when possible and available to support some aspects of the project?	94%	6%

DUO TANG DU SPORTIF

(exemple d'un site)

Le parc à nous,

le banc d'école aux parents!

Quartiers en santé pour la prévention de l'obésité par la transformation des politiques municipales, le capital social et la participation citoyenne.

Création conceptuelle et pratique : Lapierre, Judith; Laplante, Karine; & Larivière-Bastien, Danae (2011).
Projet de recherche rendu possible grâce au FQRSC.

Calendrier du déroulement des ateliers

et des activités associées Automne 2011

Automne 2011	30oct.-4 nov.	6-11 nov.	13-18 nov.	20-25 nov.	27-02 déc	4-9 déc.	11-16 déc.
Atelier 1 – 2 29 octobre Parents :Introduction , obésité et motivation	**Journal alimentaire et d'activité physique 1** 6 jours **Objectifs** de changements personnels et familiaux X2						
Enfants : Bouger, jouer et marcher, c'est la santé!	**PODO 1** Inscrire dans le carnet, le nombre de pas chaque soir 6 jours **Fiche se revigorer 1** 6 jours						
Atelier 3 5 novembre Parents : Estime de soi en lien avec un poids naturel							
Enfants : Image corporelle		**Photos 1 activités et lieux** favoris après l'école et en soirée 6 jours (X2 photos)					
Atelier 4 12 novembre Parents : Les habitudes familiales alimentaires			**Journal alimentaire** 2				
Enfants : Les bons choix ÉP (épicerie-portions!)			Faire une **épicerie santé** et compléter la **chasse**				

			aux trésors Manger tous les soupers dans **l'assiette portion** équilibrée!				
Atelier 5 **19 novembre** **Parents :** **Les habitudes familiales d'activités physiques**	**30-4**	**6-11**	**13-18**	**20-25** **Journal d'activités physiques 2**	**27-02**	**4-9**	**11-16**
Enfants : **Des loisirs pour sortir dehors et me faire plaisir! (Attention, la sédentarité!)**				**PODO 2** Inscrire dans le carnet, le nombre de pas chaque soir 6 jours **Fiche se revigorer 2** 6 jours			
Atelier 6 **26 novembre** **Parents :** **Les étiquettes alimentaires**							
Enfants : **Cuisiner en famille!** **Les bons choix CJ (collations, jus)**					**Photos 2 activités et lieux favoris** après l'école et en soirée 6 jours (X2 photos) **Préparer une recette** avec un parent-enfant, l'écrire et la partager au groupe pour un partage de recettes santé faciles		
Atelier 7 **3 décembre** **Parents :** **L'équilibre budgétaire**						**Journal alimentaire et d'activité physique 3** 6 jours	

Enfants : **Défi O+, jus et boissons sucrées**						**PODO 3** Inscrire dans le carnet, le nombre de pas chaque soir 6 jours **Fiche se revigorer 3** 6 jours **Défi eau + Réduction de jus, boissons sucrées** 6 jours	
Atelier 8 **10 décembre** **Parents :** **La gestion du temps et la communication familiale**	**30-4**	**6-11**	**13-18**	**20-25**	**27-02**	**4-9**	**11-16** **Entrevues post**
Enfants : Soirée reconnaissance							**Entrevues post**

Numéro du participant : _________________

Date de remise du document : _________________

#1 Podomètre

Inscrire ici le nombre de pas fait chaque jour de la semaine

Dimanche, 30 octobre : __________________

Lundi, 31 octobre : ___________________

Mardi, 1er novembre : __________________

Mercredi, 2 novembre : __________________

Jeudi, 3 novembre : __________________

Vendredi, 4 novembre: __________________

Numéro du participant : _________________

Date de remise du document : _________________

#1 Ça fait du bien de se revigorer

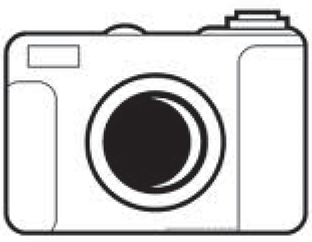
PARTICIPACTION

DIMANCHE 30	LUNDI 31	MARDI 1	MERCREDI 2	JEUDI 3	VENDREDI 4
Minutes d'APMV (encercler) 15 30 45 60 75 90	Minutes d'APMV (encercler) 15 30 45 60 75 90	Minutes d'APMV (encercler) 15 30 45 60 75 90	Minutes d'APMV (encercler) 15 30 45 60 75 90	Minutes d'APMV (encercler) 15 30 45 60 75 90	Minutes d'APMV (encercler) 15 30 45 60 75 90
Mon activité favorite après l'école et son lieu ______________ Mon activité préférée en soirée et son lieu _______________	Mon activité favorite après l'école et son lieu ______________ Mon activité préférée en soirée et son lieu ______________	Mon activité favorite après l'école et son lieu ______________ Mon activité préférée en soirée et son lieu ______________	Mon activité favorite après l'école et son lieu ______________ Mon activité préférée en soirée et son lieu ______________	Mon activité favorite après l'école et son lieu ______________ Mon activité préférée en soirée et son lieu ______________	Mon activité favorite après l'école et son lieu ______________ Mon activité préférée en soirée et son lieu ______________
J'ai regardé la télé, joué à des jeux vidéo ou utilisé l'ordinateur combien de temps aujourd'hui _________minutes ou hres	J'ai regardé la télé, joué à des jeux vidéo ou utilisé l'ordinateur combien de temps aujourd'hui _________minutes ou hres	J'ai regardé la télé, joué à des jeux vidéo ou utilisé l'ordinateur combien de temps aujourd'hui _________minutes ou hres	J'ai regardé la télé, joué à des jeux vidéo ou utilisé l'ordinateur combien de temps aujourd'hui _________minutes ou hres	J'ai regardé la télé, joué à des jeux vidéo ou utilisé l'ordinateur combien de temps aujourd'hui _________minutes ou hres	J'ai regardé la télé, joué à des jeux vidéo ou utilisé l'ordinateur combien de temps aujourd'hui _________minutes ou hres
Je me suis levé à ___________ hre Je me suis couché à _________ hre	Je me suis levé à ___________ hre Je me suis couché à _________ hre	Je me suis levé à ___________ hre Je me suis couché à _________ hre	Je me suis levé à ___________ hre Je me suis couché à _________ hre	Je me suis levé à ___________ hre Je me suis couché à _________ hre	Je me suis levé à ___________ hre Je me suis couché à _________ hre

Numéro du participant : _____________

Date de remise du document : ________

#1 Photo



FLASH : Appuyer sur le bouton **noir** devant l'appareil puis passer à la prochaine étape.

PRENDRE UNE PHOTO : Appuyer ensuite sur le bouton **bleu** sur le dessus.

APRÈS la photo : Tourner la roulette à droite jusqu'à ce qu'elle bloque, l'appareil est prêt pour une autre photo

Aide-Mémoire

(Cochez chaque fois que vous prenez une photo.)

Diman	☐	☐
Lundi,	☐	☐
Mardi,	☐	☐
Mercre	☐	☐
Jeudi, 1	☐	☐
Vendre	☐	☐

Numéro du participant : _________________

Date de remise du document : _________________

#1 Photo

Dimanche, 6

1ere photo

Lieu :____

Qui :____

Quoi :____

2e photo

Lieu :____

Qui :____

Quoi :____

Lundi, 7

1ere photo

Lieu :____

Qui :____

Quoi :____

2e photo

Lieu :____

Qui :____

Quoi :____

Numéro du participant : _________________

Date de remise du document : _________________

#1 Photo

Mardi, 8

<u>1ere photo</u>

Lieu :____

Qui :____

Quoi :____

<u>2e photo</u>

Lieu :____

Qui :____

Quoi :____

Mercredi, 9

<u>1ere photo</u>

Lieu :____

Qui :____

Quoi :____

<u>2e photo</u>

Lieu :____

Qui :____

Quoi :____

Numéro du participant : _____________

Date de remise du document : ________________

#1 Photo

Jeudi, 10

1ere photo

Lieu :____

Qui :____

Quoi :____

2e photo

Lieu :____

Qui :____

Quoi :____

Vendredi, 11

1ere photo

Lieu :____

Qui :____

Quoi :____

2e photo

Lieu :____

Qui :____

Quoi :____

Numéro du participant : ________________

Date de remise du document : ________________

Université du Québec en Outaouais

Quartiers en santé

Chasse aux trésors épicerie-santé 13-18 novembre

28 choix santé sont présentés - Dans votre épicerie de la semaine, votre enfant doit vous accompagner à l'épicerie et remplir le panier avec le plus d'aliments ou de choix de cette liste. Notez qu'il ne faut pas tout acheter mais trouver le plus d'aliments qui s'inscrivent dans votre épicerie de la semaine!

Rapportez la liste à l'atelier du samedi suivant.

	Cochez ici les aliments trouvés et mis au panier
1-Au moins 1 légume vert foncé (guide : 5)	
2-Au moins un légume orangé (guide: 5)	
3-Un pain de grains entier	
4-Des pâtes alimentaires de blé entier	
5-Du riz brun ou sauvage	
6-Des céréales avec peu de sucres pour les enfants et beaucoup de fibres (soit au son d'avoine, flocons de son, flocons d'avoine ou autre plus riche en fibres)	
7-Du pain rigolo pour les sandwich (pita grain entier, tortilla, etc._	
8-Un lait 2% matière grasse	
9-Du yogourt ou fromages faibles en gras	
10-Du poisson soit du thon (peu de sel) ou saumon surgelé, ou truite (jusqu'à deux fois par semaine)	
11-De la viande hachée maigre ou extra maigre	
12-Des viandes préemballées – faibles en sodium	
13-Des œufs (deux fois par semaine)	
14-Des fruits pour les collations du matin et de l'après-midi en premier, avant toute autre chose!	
15-Des jus 100% purs	
16-Collations (selon les étiquettes) – barres, biscuits, muffins, etc.	

17-Collations de raisins secs, poires, framboises, pommes, oranges, bananes,…etc (riche en fibres)	
18-Pas de gras trans ni saturés	
19-Un aliment avec une allégation nutritionnelle pour réduire le risque de maladies cardiaques *Faible en matière grasse* *Sans gras trans*	
20-Un aliment avec une allégation nutritionnelle pour réduire le risque d'un type de cancer	
21-Un aliment Visez santé!	
22-Du sorbet ou yogourt glacé au lieu de la crème glacée	
23-Si vous aimez les biscuits ou en faire avec les enfants, choisir des biscuits aux raisins secs ou aux figues, flocons d'avoine et raisins.	
24-Des légumineuses comme haricots noirs ou rouges ou lentilles, pois chiches, (comme dans les chilis….)	
25-De la margarine molle (graisse polyinsaturés, monoinsaturées, non hydrogénée, oméga-3)	
26-Éviter la présence de sel dans les listes des ingrédients – les mots à limiter dans la liste sont : saumure, bicarbonate de soude, soude, poudre à pâte, glutamate monosodique, chlorure de sodium, NaCl, tout autre composé de sodium, etc.	
27-Des pizzas ? Végétariennes…	
28-Gâteries en quantité limitée… ;-)	

Numéro du participant : _________________

Date de remise du document : _________________

Souper dans l'assiette

Dimanche, 13

Les portions ont été respectées? Oui Non

Commentaires? :____

Lundi, 14

Les portions ont été respectées? Oui Non

Commentaires :____

Mardi, 15

Les portions ont été respectées? Oui Non

Commentaires :____

Mercredi, 16

Les portions ont été respectées? Oui Non

Commentaires :____

Jeudi, 17

Les portions ont été respectées? Oui Non

Commentaires :____

Vendredi, 18

Les portions ont été respectées? Oui Non

Commentaires :____

Numéro du participant : _________________

Date de remise du document : _________________

#2 Podomètre

Inscrire ici le nombre de pas fait chaque jour de la semaine

Dimanche, 20 : ___________________

Lundi, 21 : ____________________

Mardi, 22 : ____________________

Mercredi, 23 : ____________________

Jeudi, 24 : ____________________

Vendredi, 25: ____________________

Numéro du participant : ________________

Date de remise du document : ________________

#2 Ça fait du bien de se revigorer

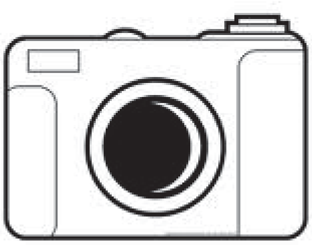
PARTICIPACTION

DIMANCHE 20	LUNDI 21	MARDI 22	MERCREDI 23	JEUDI 24	VENDREDI 25
Minutes d'APMV (encercler) 15 30 45 60 75 90	Minutes d'APMV (encercler) 15 30 45 60 75 90	Minutes d'APMV (encercler) 15 30 45 60 75 90	Minutes d'APMV (encercler) 15 30 45 60 75 90	Minutes d'APMV (encercler) 15 30 45 60 75 90	Minutes d'APMV (encercler) 15 30 45 60 75 90
Mon activité favorite après l'école et son lieu ______________ Mon activité préférée en soirée et son lieu ______________	Mon activité favorite après l'école et son lieu ______________ Mon activité préférée en soirée et son lieu ______________	Mon activité favorite après l'école et son lieu ______________ Mon activité préférée en soirée et son lieu ______________	Mon activité favorite après l'école et son lieu ______________ Mon activité préférée en soirée et son lieu ______________	Mon activité favorite après l'école et son lieu ______________ Mon activité préférée en soirée et son lieu ______________	Mon activité favorite après l'école et son lieu ______________ Mon activité préférée en soirée et son lieu ______________
J'ai regardé la télé, joué à des jeux vidéo ou utilisé l'ordinateur combien de temps aujourd'hui _________minutes ou hres	J'ai regardé la télé, joué à des jeux vidéo ou utilisé l'ordinateur combien de temps aujourd'hui _________minutes ou hres	J'ai regardé la télé, joué à des jeux vidéo ou utilisé l'ordinateur combien de temps aujourd'hui _________minutes ou hres	J'ai regardé la télé, joué à des jeux vidéo ou utilisé l'ordinateur combien de temps aujourd'hui _________minutes ou hres	J'ai regardé la télé, joué à des jeux vidéo ou utilisé l'ordinateur combien de temps aujourd'hui _________minutes ou hres	J'ai regardé la télé, joué à des jeux vidéo ou utilisé l'ordinateur combien de temps aujourd'hui _________minutes ou hres
Je me suis levé à ___________ hre Je me suis couché à _________ hre	Je me suis levé à ___________ hre Je me suis couché à _________ hre	Je me suis levé à ___________ hre Je me suis couché à _________ hre	Je me suis levé à ___________ hre Je me suis couché à _________ hre	Je me suis levé à ___________ hre Je me suis couché à _________ hre	Je me suis levé à ___________ hre Je me suis couché à _________ hre

Numéro du participant : ________________

Date de remise du document : ________________

#2 Photo



FLASH : Appuyer sur le bouton **noir** devant l'appareil puis passer à la prochaine étape.

PRENDRE UNE PHOTO : Appuyer ensuite sur le bouton **bleu** sur le dessus.

APRÈS la photo : Tourner la roulette à droite jusqu'à ce qu'elle bloque, l'appareil est prêt pour une autre photo

Aide-Mémoire

(Cochez chaque fois que vous prenez une photo.)

Dimanche, 2	☐	☐
Lundi, 28	☐	☐
Mardi, 29	☐	☐
Mercredi, 30	☐	☐
Jeudi, 01	☐	☐
Vendredi, 02	☐	☐

Numéro du participant : _________________

Date de remise du document : _________________

#2 Photo

Dimanche, 27

1ere photo

Lieu :____

Qui :____

Quoi :____

2e photo

Lieu :____

Qui :____

Quoi :____

Lundi, 28

1ere photo

Lieu :____

Qui :____

Quoi :____

2e photo

Lieu :____

Qui :____

Quoi :____

Numéro du participant : __________________

Date de remise du document : __________________

#2 Photo

Mardi, 29

1ere photo

Lieu :____

Qui :____

Quoi :____

2e photo

Lieu :____

Qui :____

Quoi :____

Mercredi, 30

1ere photo

Lieu :____

Qui :____

Quoi :____

2e photo

Lieu :____

Qui :____

Quoi :____

Numéro du participant : _________________

Date de remise du document : _________________

#2 Photo

Jeudi, 01

1ere photo

Lieu :____

Qui :____

Quoi :____

2e photo

Lieu :____

Qui :____

Quoi :____

Vendredi, 02

1ere photo

Lieu :____

Qui :____

Quoi :____

2e photo

Lieu :____

Qui :____

Quoi :____

Numéro du participant : ________________

Date de remise du document : ________________

Recette

semaine du 27 novembre au 2 décembre

Nom du plat :____

Ingrédients :

____
____
____
____
____
____
____
____

Préparation :

____
____
____
____
____
____
____
____
____
____

Numéro du participant : _________________

Date de remise du document : _________________

#3 Podomètre

Inscrire ici le nombre de pas fait chaque jour de la semaine

Dimanche, 4 : ____________________

Lundi, 5 : ____________________

Mardi, 6 : ____________________

Mercredi, 7 : ____________________

Jeudi, 8 : ____________________

Vendredi, 9 : ____________________

Numéro du participant : _________________

Date de remise du document : _________________

#3 Ça fait du bien de se revigorer

PARTICIPACTION

DIMANCHE 4	LUNDI 5	MARDI 6	MERCREDI 7	JEUDI 8	VENDREDI 9
Minutes d'APMV (encercler) 15 30 45 60 75 90	Minutes d'APMV (encercler) 15 30 45 60 75 90	Minutes d'APMV (encercler) 15 30 45 60 75 90	Minutes d'APMV (encercler) 15 30 45 60 75 90	Minutes d'APMV (encercler) 15 30 45 60 75 90	Minutes d'APMV (encercler) 15 30 45 60 75 90
Mon activité favorite après l'école et son lieu _______________ Mon activité préférée en soirée et son lieu ________________	Mon activité favorite après l'école et son lieu _______________ Mon activité préférée en soirée et son lieu _______________	Mon activité favorite après l'école et son lieu _______________ Mon activité préférée en soirée et son lieu _______________	Mon activité favorite après l'école et son lieu _______________ Mon activité préférée en soirée et son lieu _______________	Mon activité favorite après l'école et son lieu _______________ Mon activité préférée en soirée et son lieu _______________	Mon activité favorite après l'école et son lieu _______________ Mon activité préférée en soirée et son lieu _______________
J'ai regardé la télé, joué à des jeux vidéo ou utilisé l'ordinateur combien de temps aujourd'hui __________minutes ou hres	J'ai regardé la télé, joué à des jeux vidéo ou utilisé l'ordinateur combien de temps aujourd'hui __________minutes ou hres	J'ai regardé la télé, joué à des jeux vidéo ou utilisé l'ordinateur combien de temps aujourd'hui __________ minutes ou hres	J'ai regardé la télé, joué à des jeux vidéo ou utilisé l'ordinateur combien de temps aujourd'hui __________minutes ou hres	J'ai regardé la télé, joué à des jeux vidéo ou utilisé l'ordinateur combien de temps aujourd'hui __________minutes ou hres	J'ai regardé la télé, joué à des jeux vidéo ou utilisé l'ordinateur combien de temps aujourd'hui __________minutes ou hres
Je me suis levé à ____________ hre Je me suis couché à __________ hre	Je me suis levé à ____________ hre Je me suis couché à __________ hre	Je me suis levé à ____________ hre Je me suis couché à __________ hre	Je me suis levé à ____________ hre Je me suis couché à __________ hre	Je me suis levé à ____________ hre Je me suis couché à __________ hre	Je me suis levé à ____________ hre Je me suis couché à __________ hre

Numéro du participant : ________________
Date de remise du document : ________________

Défi eau +

Dimanche, 4 ______________________ verres d’eau bus.

Aujourd’hui, j’ai remplacé une boisson par un verre d’eau : oui non

Lundi, 5 ______________________ verres d’eau bus.

Aujourd’hui, j’ai remplacé une boisson par un verre d’eau : oui non

Mardi, 6 ______________________ verres d’eau bus.

Aujourd’hui, j’ai remplacé une boisson par un verre d’eau : oui non

Mercredi, 7 ______________________ verres d’eau bus.

Aujourd’hui, j’ai remplacé une boisson par un verre d’eau : oui non

Jeudi, 8 ______________________ verres d’eau bus.

Aujourd’hui, j’ai remplacé une boisson par un verre d’eau : oui non

Vendredi, 9 ______________________ verres d’eau bus.

Aujourd’hui, j’ai remplacé une boisson par un verre d’eau : oui non

Rapport du Forum citoyen

18 février 2012, salle communautaire

Ensemble en 2012

pour le développement de Thurso :

Politique familiale, politique amie des aînés et villes en santé

Ensemble en 2012 pour le développement de Thurso

Rapport présenté par

Judith Lapierre, équipe FQRSC Quartiers en santé en prévention de l'obésité

et le comité de la politique familiale

au

Conseil de la municipalité de Thurso

22 février 2012, approuvé le 20 mars par le comité de la politique familiale

Table des matières

Horaire proposé……………………………………………………………………………..................... 3

Mot d'accueil de la présidente du comité sur la politique familiale…………………………………….. 4

Liste des éléments du carnet des participants………………………………………………………… 5

Objectifs du forum ……………………………….…………………………………………….. 5

Bilan de présences…………………………………………………………………………….. 5

Liste des membres du comité…………………………………………………………………. 5

Aspects appréciés de Thurso par les citoyens………………………………………………………… 6

Visualisation - Réponse à la question 1 : Comment voyez-vous Thurso dans 10 ans, quels sont vos rêves pour Thurso?…..…………………………………………………….……………………….. 7

Projets prioritaires – Réponse à la question 2 : Quels seraient trois idées de projets concrets et réalistes à réaliser dans le cadre de notre nouvelle politique MADA et Ville santé ?.............................. 9

La famille et la santé - Comment bonifier la définition de la famille du comité….…………………………10

La famille et la santé – Comment bonifier la définition de la santé du comité…………………………... 11

Processus de planification du comité : Adoption des principes de l'intégration de la santé dans le développement de politiques……………....………………………………………………………11

Étapes suivantes……………………………………………………………………………………12

Évaluation du forum……………………………………………………………………………. 13

Indice du mieux-vivre de Thurso…..…………………………………………………………... 15

Nombre de personnes désireuses de s'impliquer activement dans les suites……………………………16

Conclusion……………………………………………………………………………………….16

Annexe

Faits saillants sur Thurso – sommaire du rapport socioéconomique de l'équipe FQRSC Quartiers en santé FQRSC et du comité de la politique familale….…………………………………………..17

Horaire proposé

8h45 Accueil
9h Mot de bienvenue par la présidente du comité familial
9h10 Mot de la municipalité, Hugo Blais
9h15 Présentation des citoyens et des aspects appréciés de la ville
9h35 Présentation des objectifs et du déroulement de la matinée par l'animateur

Objectifs :

1. Que les citoyens prennent parole sur les forces et enjeux de Thurso;
2. Que les citoyens définissent les grandes orientations du plan d'action associé à la politique familiale et à Thurso, Ville en santé;
3. Que les citoyens de concert avec la municipalité, s'offrent une qualité de vie pour tous et des quartiers en santé, à proximité.

Moyens : Deux ateliers et deux plénières

Résultats : À la fin de la journée, nous aurons

1) votre perception des forces et des enjeux de la municipalité
2) une définition inclusive et large de la famille à Thurso
3) une vision de de planification et de développement qui tienne compte d'une définition globale de la santé de la collectivité et des inégalités à combattre localement

9h 45 Atelier 1– Enjeux de qualité de vie à Thurso (3 questions, 45 minutes)

Préambule 5 minutes: Luc Trottier, MADA

9h50 : En groupes, par table (5-8 tables X 6 personnes)

Question 1 : Comment voyez-vous Thurso dans 10 ans idéalement - Quel est votre rêve pour Thurso, quels changements ou éléments à maintenir, souhaitez-vous pour augmenter la qualité de vie à Thurso? (15 minutes)

Question 2 : Quels seraient trois idées de projets concrets et réalistes à réaliser dans le cadre de notre nouvelle politique MADA et Ville santé (15 minutes)

10h30 Pause santé (jus, thé, café, muffins et fruits)

10h45-11h10 Plénière 1(30 minutes)

11h10-11h45Atelier 2- La famille et la santé (appui par Judith) (30 minutes)

Préambule : Exposer le travail de réflexion sur la définition de la famille et de la santé et présenter l'objectif de solliciter les avis pour co construire deux nouvelles définitions.

Question 1 (11h15-11h30): Comment bonifier la définition de la famille du comité- vos avis comptent! Le secrétaire-rapporteur présente la définition et remet une copie à chacun. Il invite les gens à réagir et à bonifier les éléments.

Question 2 (11h30-11h45) : Comment bonifier la définition de la définition de la santé du comité- vos avis comptent!

11h50-12h10 Plénière 2

12h15 : Conclusion avec l'énoncé de principes de planification du groupe de travail sur la politique familiale, des suivis-échéanciers 2012(entre autres, Forum de validation des plans d'action au printemps) et modalités de suivi auprès des participants (info courriels ou autre)

Évaluation à la sortie de la salle

Mot d'accueil de la présidente

Mme Agathe Parisien

Bonjour et merci

Au printemps 2010, débutait la procédure pour mettre sur pied une politique familiale municipale et une municipalité amie des aînés (mada).

Hugo et moi, nous avons travaillé avec M. Papa Oumar Badji du Carrefour Jeunesse Emploi pour remplir le formulaire d'inscription afin de bénéficier du soutient offert par le Ministère de la famille et des aînés pour l'élaboration de la politique familiale municipale.

Plusieurs rencontres d'informations suivirent avec 12 autres municipalités de la m.r.c.

Le 3 mars 2011, notre municipalité signait un contrat de services professionnels avec le Carrefour Jeunesse Emploi de Papineau. Un plan pour l'élaboration d'une politique familiale s'échelonnant de 2011 à 2013 démarrait.

Un comité de citoyen de 10 personnes fut formé.

A l'automne 2011, un autre volet s'est ajouté à notre démarche. Ville en santé sous la direction de Mme Judith Lapierre. Ensemble nous avons formulé une définition de la famille que nous allons vous présenter au cours de l'avant-midi.

Aujourd'hui nous en sommes à une 2e étape : Un forum afin de connaître vos besoins et vos intérêts pour votre municipalité.

Bonne rencontre et encore merci.

Liste des éléments du Carnet des participants

1-Feuillet synthèse du portrait socioéconomique et de santé de Thurso
2-Une page Définition de la famille
3-Une page Définition de la santé
4-Principes de planification intersectorielle-HiAp
5-Fiche d'évaluation du Forum
Liste de citoyens intéressés - suivis

Objectifs du Forum

- ❖ Que les citoyens prennent parole sur les forces et enjeux de Thurso
- ❖ Que les citoyens définissent les grandes orientations du plan d'action associé à la politique familiale
- ❖ Que les citoyens de concert avec la municipalité, s'offrent une qualité de vie pour tous et des quartiers en santé, à proximité

Bilan des présences

Cinquante neuf (59) citoyens ont participé au Forum parmi lesquels, 18 hommes et 4 jeunes familles

Liste des membres du comité

Agathe Parisien (conseillère municipal)

Hugo Blais (loisirs)

Denise Cousineau (citoyenne)

Ginette Leduc(maison des jeunes)

Josée Ouellette (école primaire)

Marie-Pier Macameau (citoyenne)

Angèle Thibaudeau(coop santé)

Diane Vaillancourt (centre de la petite-enfance)

Bilan des aspects appréciés

de Thurso par les citoyens

Globalement, Thurso est une ville dynamique, qui se renouvelle de façon démarquée, elle profite de grands espaces et de parcs verts. Sa plus forte caractéristique est le fort sentiment d'appartenance des citoyens à leur communauté et collectivité. Thurso connaît un essor économique et esthétique dont les citoyens sont très fiers. La municipalité compte trois Fleurons liés à un embellissement horticole de grande qualité et se situe donc, dans le peloton de tête en Outaouais. Une vitalité unique est ressentie et une forte solidarité sociale reconnue, dans un contexte où la pauvreté de certaines jeunes familles pose plusieurs défis.

En somme, le contact humain permet de maintenir un tissu social serré, le territoire très localisé facilite la vie active, la proximité des grands centres permet de profiter d'un caractère familier et tranquille tout en permettant un accès facile aux services plus diversifiés et urbains à proximité. Les nombreuses organisations et associations sociales et récréatives en font un endroit de choix pour une qualité de vie.

« *Il y a des jeux d'eau* » une citoyenne enfant de Thurso

« *Les gens se disent bonjour dans le rue* » une personne vivant à Thurso, par alliance

« *C'est tranquille* » une citoyenne de toujours

« *Les gens aident spontanément et naturellement de façon continue les familles en besoin* » une enseignante locale

« *On a accès à une salle communautaire gratuitement pour nos activités* » une aînée

Visualisation

Réponse à la question 1 : Comment voyez-vous Thurso dans 10 ans, quels sont vos rêves pour Thurso?

Dans 10 ans, Thurso sera une ville dynamisée par ses jeunes familles et une intégration spécifique de ses aînés localement par une résidence de choix et une approche intergénérationnelle traduite par de multiples ponts reliant les générations.

Les Thursoliennes trouveront tout sur place, à proximité et n'auront plus à visiter les villes avoisinantes! Un souci écologique et environnemental fera de Thurso une municipalité avant-gardiste ayant tissé des liens étroits avec ses partenaires des établissements de plein air du Québec (Sépaq) afin d'optimiser les options de vie active et saine promues par les pistes cyclables, la rivière des Outaouais, la Petite Presqu'île du Parc de Plaisance et la rivière Blanche.

L'économie croissante aura remplacé le contexte de défavorisation reconnu par une collectivité ayant les ressources et les occasions de vivre et travailler à proximité, à Thurso. Cité des arts et du patrimoine, la municipalité exploitera le talent de ses artistes locaux dont ses musiciens, ses comédiens, ses peintres qui exposeront leurs œuvres et partageront leurs passions pour multiplier les rêves des jeunes et enrichir le quotidien des aînés. Au pavillon de l'Église, des concerts classiques et de jam, réuniront jeunes et plus vieux pour des découvertes musicales. Une marina à la rivière offrira un quartier vibrant favorisant le développement économique et la cohésion sociale les jours d'ensoleillement et un centre sportif avec piscine intérieure servira les jours de pluie !

Tous, jeunes, ados, adultes et aînés auront leur place dans cette municipalité qui rassemble, qui unit et qui accueillera de plus en plus de diversité culturelle et de touristes, curieux de *mettre le doigt sur le je-ne-sais quoi*, faisant de Thurso, l'une des meilleures villes du palmarès des villes les plus agréables du monde pour leur qualité de vie !

Verbatim des citoyens

Plus d’endroits pour les ados
Plus de commerces de proximité
De nouvelles structures de loisirs (rénover)
Une sécurité des rues améliorées
Avoir des choses à montrer (tourisme)
Les familles deviennent une fierté, une priorité
Plus d’activités de famille
Clarté dans les décisions administratives (CSCV, CSSS, MRC)
Intégrer de nouvelles familles et retenir et intégrer les personnes aînées
Mieux informer - Nouveaux moyens de communication
Ralentir vitesse dans les rues (dos d’âne, terre-plein) X2
Des dons d’arbre pour chaque nouvel enfant
Entente avec la SEPAQ, Parc de Plaisance
Marina
Bingos familiaux
Centre sportif avec piscine intérieure, salle d’exercice
Aréna, 12 mois par année et extérieure
Endroit pour les aînés pour demeurer (résidence plus grande)
Projets multi générationnels
Patrimoine bâti (restauration-conservation)
Renouvellement de la rue Victoria (148)
Incitation à entretenir les propriétés
Attirer les jeunes familles pour s’installer et rester
Pharmacie 7 jours
Transport en commun
Prises de sang à Thurso
Maintenir et développer la coop santé
Augmenter la participation des jeunes
Planification urbaine tenant compte de l’environnement
Plantation des arbres
Brochette sportive et culturel
Entente avec la SÉPAQ, sentiers
Accès à la rivière Blanche
Aires de jeux attrayants
Avoir des industries - Plus de commerces
Journées portes ouvertes – rallye aux commerces
Avoir de la relève
Investir dans l’aréna pour augmenter l’offre de services
Plus grande place des jeunes (danse, équipes sportives)

Projets prioritaires

Réponse à la question 2 : Quels seraient trois idées de projets concrets et réalistes à réaliser dans le cadre de notre nouvelle politique MADA et Ville santé?

Cinq équipes rassemblant tous les participants ont énuméré une liste de projets réalistes et concrets à mettre de l'avant dans le plan d'action 2012 de la politique familiale, MADA et des objectifs Villes en santé. La liste ne présente pas les projets par ordre de priorité mais bien simplement par ordre de compilation des données. Le comité de la politique familiale et ses sous-comités verront à analyser les divers enjeux et à proposer aux citoyens un plan d'action reflétant le plus possible certains des projets. Les projets qui ne seront pas inclus spécifiquement au plan 2012, seront conservés pour consultation ultérieure. Le nombre de fois qu'un item a été mentionné par plus d'un groupe de citoyens est mentionné entre parenthèse. Même si un item n'a pas été mentionné plus d'une fois mais qu'il est réalisable dans le contexte actuel des ressources, il pourrait être retenu.

1- Développer des projets intergénérationnels : deux angles, les réseaux d'entraide (visites, épicerie, etc.) et les activités mixtes ou non (mères-filles, pères-fils) pour faire renaître les pratiques traditionnelles et locales
2- Favoriser la sécurité pour soutenir la vie active : deux angles, la sécurité des trottoirs et des feux de circulation (x3)
3- Développer ou offrir plus de services préventifs éducatifs (X2) sous forme d'ateliers, de formation et d'accompagnement dans les expériences de santé des familles
4- Soutenir le sport récréatif gratuit (par exemple, les dimanches à vélo en famille – sur les pistes ou en fermant quelques blocs de rues avoisinantes, pratiquer la raquette) en partenariat – piste cyclable avec la SÉPAQ- Sports échanges Outaouais- Bibliothèque et Lochaber Ouest) (X2)
5- Offrir le sport avec encadrement (tennis); profiter du club existant et des compétences pour revitaliser ce sport auprès des jeunes du milieu
6- Poursuivre l'embellissement des parcs, espaces verts – aires de repos, lampadaires
7- Bonifier les espaces existants – église et aréna avec offre de service accrus et diversifiés (X2)
8- Optimiser l'utilisation du Kiosque près de l'Église pour animation et musique (X2)
9- Maintenir le développement de la Coop santé
10- Améliorer chalet de la piscine
11- Développer un service de popote-roulante avec l'école et aînés (X2)
12- Rénovations de la bibliothèque (X2)
13- Développer le transport en commun (X3)
14- Augmenter de l'offre de service et d'activité pour les familles
15- Repenser la place des adolescents avec la Maison de Jeunes, café internet
16- Prévoir la relève
17- S'offrir un mini centre d'achats- à proximité avec pharmacie 7 jours

18- Augmenter les moyens de communication de la ville avec les citoyens
19- Organiser des films pour la famille (intérieure et extérieure)
20- Améliorer l'entrée de la ville, ajout de panneaux des organismes
21- Développer un système téléphonique d'aide pour les personnes seules ou couple du 3ième âge
22- Développer des condos pour aînés
23- Développer un carnaval nouvelle version
24- Profiter des pistes cyclables et favoriser les déplacements par triporteurs
25- Offrir des concerts, des pièces de théâtre
26- Resserrer la discipline en lien avec la promenade des chiens
27- Offrir plus de parcs municipaux et moyens de sécurité – arbre
28- Offrir plus de lumières de rue (style)
29- Développer dans les parcs, des aires de repos
30- Favoriser les espaces verts dans les nouveaux développements
31- Offrir des parcs éco-vert à l'école –parcs multi usage et implications conjointes
32- Développer la projection de films à l'extérieur

La famille et la santé

Comment bonifier la définition de la famille du comité?

« La famille est la cellule de base de notre société. C'est le premier lieu d'apprentissage et de socialisation d'un individu. La famille est en constante transformation (traditionnelle, en union libre, monoparentale, recomposée, homoparentale, d'adoption et d'accueil) et elle peut afficher plusieurs visages (couple seul ou avec enfants, individus jeunes ou moins jeunes). La famille ne vit pas forcément sous le même toit (garde partagée, liens familiaux ascendants, descendants ou fraternels). Lorsque l'on parle de famille, on englobe la totalité de ces réalités incluant les liens affectifs étroits que l'on choisit et le réseau de voisinage, qui prend une valeur importante dans les petites communautés. Peu importe sa composition, la famille est un lieu privilégié de transmission et d'acquisition de valeurs; c'est par les liens qu'elle tisse entre ses membres que sont véhiculés et alimentés les apprentissages et le soutien aux personnes qui la composent.

La famille est le moteur essentiel du développement et du dynamisme de notre communauté, elle a entièrement sa place dans le développement de notre municipalité.

Par sa politique familiale, Thurso s'engage à cheminer avec la famille et à l'accompagner dans ses défis et son épanouissement. Elle invite aussi ses citoyens à participer activement au développement et à la traduction de la politique dans des actions locales. »

D'abord proposée en séance de comité le 22 novembre 2011 après une étude de plusieurs définitions, elle a été entérinée par les citoyens du Forum avec trois modifications pour ***élargir sa portée*** *et* ***valoriser l'engagement citoyen****.*

La famille et la santé

Comment bonifier la définition de la santé du comité?

« La santé reflète un processus dynamique personnel, social, spirituel, émotionnel et collectif d'adaptabilité, de capacité à résister aux épreuves, de capacité à intégrer les diverses pertes des transitions de la vie, de vitalité, d'épanouissement et de vieillissement dans un contexte de limites grandissantes. La santé est un droit fondamental et une ressource pour accomplir les activités quotidiennes avec plaisir et énergie. La santé est associée aux facteurs clés nommément, les déterminants sociaux et environnementaux des inégalités de santé. »

Lapierre, 2011, inspiré de l'OMS, 1*986; Baum and Laris, 2010; Machteld et al., 2011; Kenneth et al., 2011; National Health and Medical Research Council SA, 1996; Üstün & Jakob. 2005; WHO, 2008; Friel & al., 2008; Kickbushch, 2007; Citoyen du Forum de Thurso, 18 février 2012.*

Processus de planification du comité

Adoption des principes de l'intégration de la santé dans le développement de politiques

(*fondé sur l'approche des HiAP, OMS, Kickbusch, 2008, 2011*).

L'approche des **politiques intégrées** (HiAP) reflète que la santé est un but commun partagé par tous !

1. Notre approche reconnait **la valeur de la santé pour le bien-être** de tous les citoyens et leurs familles pour le développement social et économique de notre municipalité.
2. Notre approche reconnait que **la santé est un processus et un résultat d'une série de facteurs**, notamment, les changements dans les environnements naturels et bâtis, les environnements sociaux et associés à l'emploi. Ces facteurs résident très souvent en dehors du secteur de la santé et exigent une **responsabilité partagée et une réponse politique intégrée et durable** à tous les niveaux dont le niveau local.
3. Notre approche reconnait que **toutes les politiques peuvent avoir un impact positif ou négatif** sur les déterminants de la santé et ces impacts se reflètent à la fois dans les portraits de santé des citoyens de Thurso et dans le potentiel de santé des générations futures de Thurso.
4. Notre approche reconnait que **les impacts des déterminants sociaux et environnementaux ne sont pas distribués également** dans la population et au sein de nos divers groupes socioéconomiques et culturels et elle vise à contrer ces inégalités de santé.
5. Notre approche reconnait que **la santé est centrale à l'atteinte des objectifs globaux et spécifiques de la municipalité**; il s'agit d'identifier systématiquement les impacts potentiels sur la santé et reconnaître que la bonne santé peut contribuer à atteindre les cibles de tous les axes et secteurs de la municipalité.

6. Notre approche reconnaît que les efforts pour améliorer la santé de tous les citoyens exigera des **mécanismes durables pour soutenir l'action intersectorielle** pour le développement de solutions intégrées en réponse aux defies politiques actuelles et futures.
7. Notre approche reconnaît que les problèmes de santé les plus pressants de notre population requièrent des **politiques à long-terme et des engagements budgétaires ainsi que des approches innovantes** en matière d'attribution des ressources.
8. Notre approche reconnait que les **indicateurs de succès** devront aussi être inscrits dans une perspective à long terme et que la **surveillance systématique et le suivi des progrès** devront être priorisés et transmis aux citoyens de Thurso.
9. Notre approche reconnait le besoin de **consultation régulière avec les citoyens** afin de lier les changements politiques locaux aux changements sociaux et culturels autour de la santé, du bien-être et de la qualité de vie en général.
10. Notre approche reconnait le **potentiel des partenariats et du réseautage** pour le développement et l'implantation de politiques locales entre les tous les paliers de gouvernements, les acteurs civils, le milieu académique, scientifique, professionnels, les organisations à buts non lucratifs et les organisations associatives d'économie sociale pour soutenir les changements durables.

Étapes suivantes

Le comité informe les citoyens que des sous-comités développeront des plans d'action provisoires en lien direct avec les items et perspectives énoncées durant la matinée. Le comité sollicitera à nouveau la vision des citoyens pour la recommandation d'adoption du plan d'action, idéalement, à la fin du printemps 2012. Toute question reliée à la politique peut être transmise à Hugo Blais des Loisirs de la ville et toute question relative au projet associé de recherche et inclusion de la diversité des points de vue, peut être transmise à Judith Lapierre, professeure associée de l'UQO à rechfqrsc@uqo.ca.

Évaluation du forum par les citoyens

Globalement, dans quelle mesure **ce Forum a-t-il répondu à vos attentes** et **pourquoi**?

X (8) **Le Forum a totalement répondu à mes attentes**.

X (2) **Le Forum a partiellement répondu à mes attentes.**

☐ Le Forum n'a pas du tout répondu à mes attentes.

« Bien structuré, beau partage des attentes. Je suis agréablement surprise de l'assistance. »
« L'avenir de la ville me tient à cœur. »
« Plus de possibilités pour échanger serait pertinent.»

Selon vous, le Forum **a-t-il atteint les objectifs énoncés** :

X (8) **Le Forum a atteint les objectifs énoncés**.

X (2) **Le Forum a partiellement atteint les objectifs énoncés.**

Le Forum n'a pas atteint les objectifs énoncés.

« On a fait le tour de plusieurs points importants »

Quels sont les thèmes ou activités du Forum que **vous avez trouvés les plus pertinents** et pourquoi?

« Santé, embellissement, transport en commun. »
« Ce que nous voulons améliorer à Thurso. »
« Familles jeunes versus aînés. »
« La famille, la santé, la relation intergénérationnelle. »
« École des Trois Chemins pour repas pour les personnes âgées. »
« Les groupes de travail pour former des ateliers et les idées émises. »
« Vision et amélioration – projets à court et à long terme. »
« Les ateliers. »

Quels sont les thèmes ou activités que **vous avez trouvés les moins intéressants** et pourquoi?

« Tout était intéressant. »
« Rien. »
« La définition de la famille. »
« Aucun. »

Avez-vous eu la possibilité **d'exprimer votre opinion et d'être entendu**?
« Oui. » (10) unanimité.

Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec **les grandes orientations qui ont été ciblées** pour l'avenir de Thurso dans le cadre de la politique familiale, Municipalité amie des aînés et de l'adhésion à Villes et Villages en santé?

☐ **X (5) Totalement d'accord**

☐ **X (5) D'accord**

☐ Neutre

☐ En désaccord

- Totalement en désaccord

Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec **la définition de la famille** telle que décidée en séance à cette étape du processus ?

- **X (5) Totalement d'accord**
- **X (4) D'accord**
- Neutre
- En désaccord
- Totalement en désaccord

« Pourquoi est-ce si important de savoir la définition de la famille. »

Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec la **définition de la santé** telle que décidée en séance à cette étape du processus ?

- **X (4) Totalement d'accord**
- **X (5) D'accord**
- Neutre
- En désaccord
- Totalement en désaccord

« Choses à améliorer, plus de services à la coop et heures d'ouverture de la pharmacie. »

Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec **l'énoncé de principes de planification** qui a été soumis à la fin du forum?

- **X (4) Totalement d'accord**
- **X (5) D'accord**
- Neutre
- En désaccord
- Totalement en désaccord

« il y a toujours place à amélioration »

INDICE DE MIEUX-VIVRE - THURSO

Identifier dans quelle mesure ces éléments sont importants pour vous dans la revitalisation par la politique MADA et Ville en santé de Thurso.	- 1	2	3	4	+ 5
Logement 5, 5, 5, 5, 5, 5, 4,4,4,3	○	○	○	○	○
Revenu 5, 5, 4, 4, 3, 3, 3,3,3,2	○	○	○	○	○
Emploi 5, 5,5,5,5,4, 4, 4,4, 3	○	○	○	○	○
Communauté 5, 5, 5, 5, 5, 5, 5, 4, 4, 4	○	○	○	○	○
Éducation 5, 5, 5, 5, 5, 5, 5, 5, 5, 3	○	○	○	○	○
Environnement 5, 5, 5, 5, 5, 5, 5, 5, 4, 4	○	○	○	○	○
Gouvernance 5, 5, 5, 5, 5, 4, 4,4, 4	○	○	○	○	○
Santé 5, 5, 5, 5, 5, 5, 5, 5, 5, 4	○	○	○	○	○
Satisfaction – vie personnelle 5, 5, 5, 5, 5, 4, 4, 4, 4, 4	○	○	○	○	○
Sécurité 5, 5, 5, 5, 5, 5, 5, 4,4,4,4	○	○	○	○	○
Conciliation vie personnelle/emploi 5, 5, 5, 5, 5, 4, 4, 4, 4, 4,	○	○	○	○	○

Il en ressort alors que la **santé** (9), l'**éducation** (9), l'**environnement** (8), la **sécurité** (7), la **communauté** (7) et le **logement** (6) sont prioritaires pour les citoyens dans le développement de la politique.

Quelles modifications apporteriez-vous à l'organisation du Forum (horaire, local, lunch, déroulement de la journée, personnes invitées)?

« Ce fut bien présenté, continuez…. »
« Correct. »
« C'est bien. Très bien animé. »
« 9-12. »
« Très bonne journée. »
« Super le fun, tout était ok. »
« Samedi c'est bien, on peut rejoindre plus de groupes d'âges. »
« Tout était très bien. »

« Merci pour votre implication .»
« Bravo. »
« Peut être on pourrait avoir un optométriste. »
« Recevoir un suivi de cette journée. »

Nombre de personnes désireuses de s'impliquer activement dans les suites

16 personnes ont manifesté de l'intérêt. La liste est remise à la présidente.

Conclusion

Un événement de ce genre est essentiel au développement d'une politique et à sa vitalité. Avoir le pouls des citoyens assure la faisabilité, la mobilisation et l'atteinte des objectifs du plan d'action. Une politique familiale, MADA et Ville en santé doit d'abord et avant tout, servir les citoyens. Plus que des objectifs municipaux sur papier, les visées doivent être opérationnalisées avec les citoyens. Les retombées attendues augmenteront la qualité de vie et le développement social et économique de la communauté.

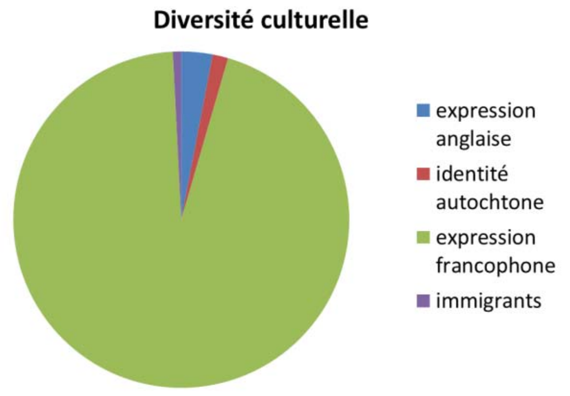
Le comité de la politique familial de Thurso est très heureux d'avoir entendu les citoyens sur les forces et enjeux de Thurso, d'avoir obtenu la perspective d'un si grand nombre de participants, dont certains représentaient des groupes pour définir les grandes orientations du plan d'action associé à la politique familiale et à Thurso, Ville en santé, et finalement de pouvoir compter sur la forte appartenance thursolienne pour agir de concert avec la municipalité, pour s'offrir une qualité de vie pour tous et des quartiers en santé, à proximité.

Faits saillants – fiche synthèse portrait de Thurso

Équipe de recherche Quartiers en santé FQRSC en prévention de l'obésité et comité de la politique familiale de Thurso

MRC Papineau

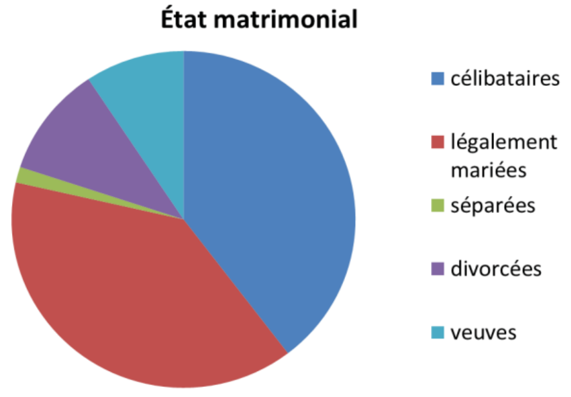
- La MRC de Papineau est une région d'une superficie de 2 961 km^2. Elle dessert deux territoires soit la Vallée-de-la-Lièvre (tronçon nord-sud) et la Petite-Nation (tronçon est-ouest), et regroupe un nombre de 24 municipalités rurales. Parmi ses municipalités, Saint-André-Avellin (avec 3 435 habitants en 2006), **Thurso** (avec 2 299 habitants en 2006) et Papineauville (avec 2 167 habitants en 2006) sont les plus peuplées
- Selon le recensement du 2006, 21 863 résidents constituaient la population de la MRC Papineau, soit environ 6% de la population de la région
- La MRC Papineau connaît un des plus hauts taux de personnes âgées de 65 et plus au Québec et c'est la MRC avec le moins de jeunes entre 0 et 24 ans
- Les grandes occupations actuelles du sol sur le territoire de la MRC Papineau sont constituées par les espaces : forestier (72%), agricole (11%) et construit



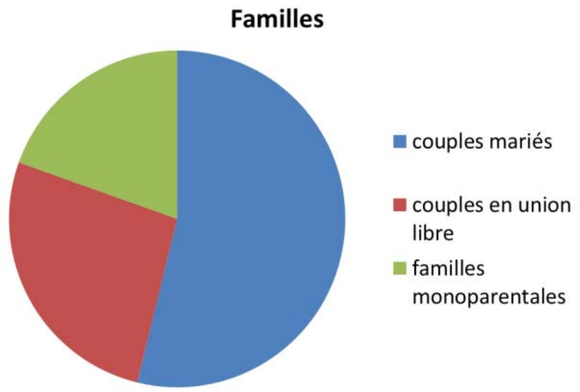
- 70 personnes sont d'expression anglaise seulement soit environ 3 % de sa population totale
- 35 personnes ont une identité autochtone, soit environ 1,5% de sa population totale
- 20 personnes sont considérées immigrantes, soit environ 0,8% de sa population totale, dont 10 personnes étant des minorités visibles

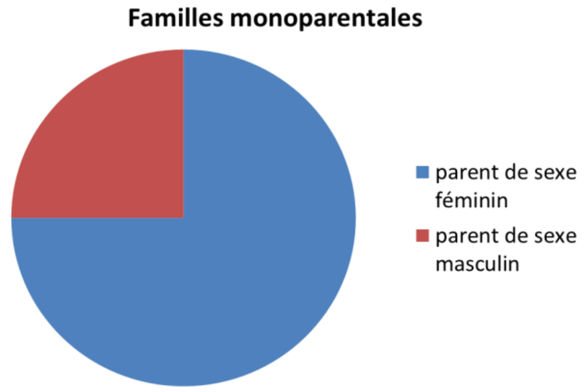
Population Thurso

- Après Saint-André-Avelin, **Thurso** est la deuxième plus habitée municipalité de la MRC Papineau (2006- 2 300 résidents, dont 1 135 hommes et 1 165 femmes), soit environ 10,5% de la population de la MRC Papineau
- La population de **Thurso est relativement plus jeune** que celle de l'ensemble de la MRC (avec une proportion des personnes de 65 ans et plus au sein de la population totale en 2006 de 18,2 % (18,5% pour MRC Papineau, 14,3% Québec), un âge médian de 43,4 ans (47 ans pour MRC Papineau, 41% Québec) et un taux des personnes âgées de 0 à 14 ans de 15,8% (13,9% pour MRC Papineau, 16,6% Québec)



- 39,5% (36,8% MRC de Papineau) : célibataires
- 38,8%, (41% MRC de Papineau) : légalement mariées
- 1,5% (2,2% MRC de Papineau) : séparées
- 10,6% (12,1% MRC de Papineau) : divorcées
- 9,3% (7,9% MRC de Papineau) : veuves





- 385 (53,4%) (56,3% MRC de Papineau) familles comptant un couple marié
- 190 (26,4%) (29,3% MRC de Papineau) familles comptant un couple en union libre
- 140 (19,4%) (14,3% MRC de Papineau) familles monoparentales dont :
  - 105 (75%) (74% MRC de Papineau) familles où le parent est de sexe féminin
  - 35 (25%) (26% MRC de Papineau) familles où le parent est de sexe masculin)

Taux d'emploi

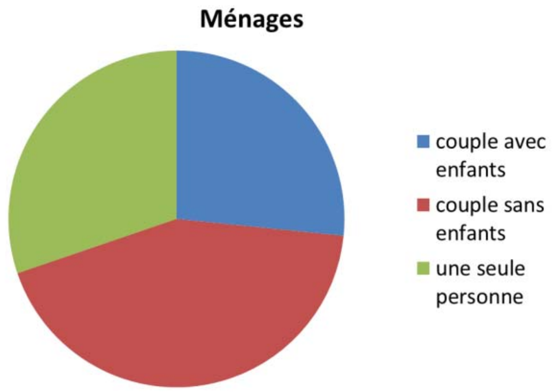
- 44,6% (52,1% MRC Papineau)

Taux de chômage

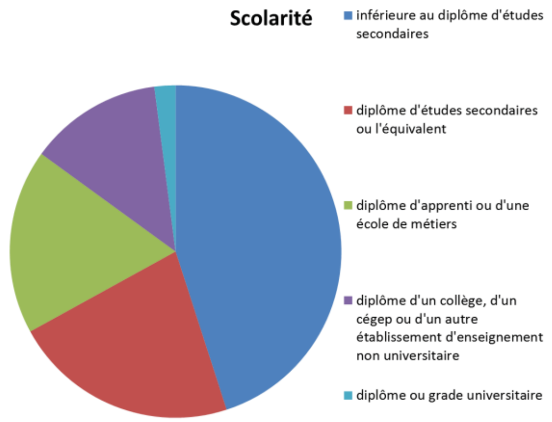
- 12,5% (8,9% MRC Papineau)

Santé des mères et des tout petits

- Les taux de naissances prématurées et de petit poids sont plus élevés que ceux de l'ensemble du Québec dans les deux secteurs du territoire du CSSS de Papineau



- 22% (20,7% MRC de Papineau) des ménages étaient formés d'un couple (marié ou en union libre) avec enfants,
- 35,7% (38,6% MRC de Papineau) ménages formés d'un couple (marié ou en union libre) sans enfants
- 25% (27,8% MRC de Papineau) ménages formés d'une seule personne



- 43,8% (36% MRC de Papineau) ont un niveau d'études inférieur au certificat d'études secondaires

- 21,4% (22,6% MRC de Papineau) ont un diplôme d'études secondaires ou l'équivalent
- 17,5% (17,8 % MRC de Papineau) ont un certificat ou diplôme d'apprenti ou d'une école de métiers
- 12,6% (13,3% MRC de Papineau) ont un certificat ou diplôme d'un collège, d'un cégep ou d'un autre établissement d'enseignement non universitaire
- 2% (6,9% MRC de Papineau) ont un certificat, diplôme ou grade universitaire

Revenu médian des familles de Thurso

- familles comptant un couple marié : 55 671$ (49 494 $ MRC Papineau)
- familles comptant un couple en union libre : 44 959$ (53 370$ MRC Papineau)
- familles monoparentales : 25 076$ (30 224$ MRC Papineau) (dont 25 017$ familles où le parent est de sexe féminin (27 684$ MRC Papineau) et 48 260$ pour les familles où le parent est de sexe masculin (39 405$ MRC Papineau)

Population ayant un faible revenu

- 20,3% de la population de Thurso (13% MRC de Papineau) avait un faible revenu avant l'impôt
- Le revenu médian après impôt pour les personnes de 15 ans et plus de Thurso était de 18 192$, revenu inférieur à celui de la MRC Papineau (19 408$)

Indice de développement socioéconomique défavorable en bas de 0

- -4,7, le deuxième plus petit indice (après Chénéville avec –6,68) de la MRC Papineau

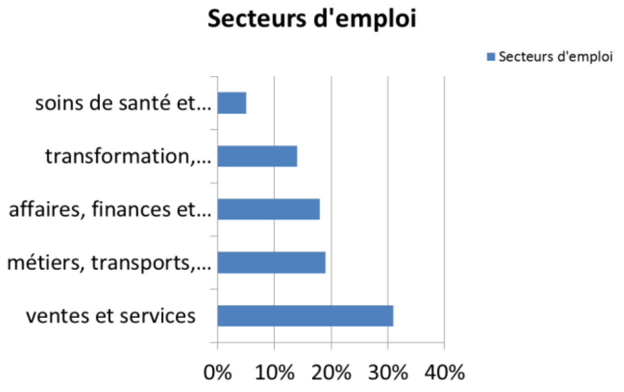
Cet indice permet d'identifier les milieux les plus dévitalises (indice inférieur à -5,0). L'indice moyen pour le Québec est égal à 0. Une municipalité dont l'indice se rapproche de 0 se trouve dans une situation qui est semblable à la moyenne des municipalités au plan socioéconomique

Transport collectif et adapté

- Un service de transport collectif vers Gatineau, offert par la Corporation des Transports Adapté et Collectif de Papineau Inc. (CTACP)
- La navette prend les passagers de Thurso à 6 h 30 à l'aréna GL et est de retour à 17 h 33
- Le transport adapté de Thurso est assuré par le transport adapté de la Petite-Nation

Services de santé

- Coop santé de Thurso depuis 2006 – Clinique médicale
- Clinique Dentaire Pascal Bibeau
- Hotte, Prud'homme, Carbonneau, Pharmaciens



- 31 % de la population active occupée totale de 15 ans et plus de Thurso travaillent dans le secteur de ventes et services
- 19% travaillent dans le secteur de métiers, transport et machinerie et professions apparentées
- 18% travaillent dans le secteur des affaires, finances et administration
- 14% travaillent dans le secteur transformation, fabrication et services d'utilité publique
- 5% travaillent dans le secteur des soins de santé et services sociaux

Groupes sociaux œuvrant sur le territoire de la ville de Thurso

- **19 associations, clubs et organismes communautaires offrent des activités de**

divertissement au niveau physique, psychologique et social, ainsi que des services de santé

L'A.C.P.T.A. (Association chasseurs, pêcheurs, trappeur, archers), le **Cercle des Fermières de Thurso, les Chevaliers de Colomb Conseil 4252, le Club de Curling de Thurso, le Club de Karaté de Thurso, le Club de l'Amicale** (3e âge), le **Club de marche entre Amis(es), le Club de Patinage Artistique de Thurso, le Club de Tennis de Thurso, le Club Optimiste de Thurso, la Fabrique de Thurso, les Filles d'Isabelle de Thurso, la Fraternité de Thurso, le Friendship Club, Les Amies du Bingo, l'Office Municipal d'Habitation de Thurso, le Salon des jeunes, le Club de Soccer Thurso**.

Emplacements sportifs et récréatifs sur le territoire de la ville de Thurso

- Aréna Guy-Lafleur
- Piscine municipale
- Parc Michel-Giroux
- Parc du Centenaire
- Parc Paquette

Économie et occupation du territoire

- *Le taux d'activité des MRC Papineau se retrouve dans les derniers rangs au Québec, au 94e rang*

En Outaouais, l'économie des territoires ruraux est mal en point et se compare facilement aux régions ressources. Ils vivent des problèmes similaires: exode des jeunes, vieillissement de la population, faibles revenus, difficulté d'attirer des entreprises et du capital, etc. Les indices pour les MRC Papineau (-4,5), Pontiac (-5,2) et Vallée-de-la-Gatineau (-8) indiquent une dévitalisation du territoire. Elle se classe respectivement au 72e, 73e et 83e rang sur 89 territoires.

Dans la MRC Papineau

- Thurso est le principal pôle économique suivi de Papineauville
- Pour trois municipalités (Montebello, Thurso et Maniwaki), la population qui y travaille est plus importante que la population active résidente

À noter : Thurso a obtenu un accord pour annexer 25 hectares de terres industrielles pour assurer la croissance économique par une stimulation de l'économie locale. Cependant, les 25 hectares accordés par la CPTAQ à la Ville sont insuffisants. À court terme, la Ville de Thurso a besoin d'espace dans les secteurs suivants : secteur résidentiel - 80 acres, secteur commercial - 20 à 40 acres et secteur industriel - 78 acres. Dans ce dernier secteur seulement, tenant compte notamment de la construction de l'autoroute 50 jusqu'à Thurso, la MRC de Papineau évalue le besoin à moyen terme à quatre fois le besoin à court terme. Près de la moitié de territoire construit de Thurso est occupé par l'espace industriel.

Logement

- Nouveau quartier en développement avec diversité d'habitations
- Prix raisonnables pour les jeunes familles - nouveau quartier situé à proximité de l'autoroute 50 et du parc industriel régional

Environnement – eau

La Ville de Thurso bénéficiera d'une aide financière conjointe de 2 775 000 $, accordée en vertu du *Fonds Chantiers Canada-Québec*, volet *Collectivités*, pour la mise à niveau de l'usine de production d'eau potable et réaliser plusieurs améliorations

Qualité de vie

La ville de Thurso est reconnue pour ces sports et loisirs avec un directeur du service et des employés efficaces qui maintiennent et améliorent constamment les infrastructures sportives : aréna, jeux d'eau, cours de tennis, terrains de soccer, parcs urbains, etc.

Projet de cogénération à la biomasse à Thurso

- À la suite d'un appel d'offres d'Hydro-Québec relatif à l'achat de 125 MW d'électricité produite par la cogénération à la biomasse, la Société d'état a retenu le projet de la compagnie Fortress Specialty Cellulose inc., propriétaire de l'usine de pâte Kraft à Thurso. Cette dernière construirait une centrale de cogénération à la biomasse sur sa propriété, au nord des installations actuelles, et l'énergie serait vendue à Hydro-Québec pour une durée de 15 ans. La vapeur résiduelle serait utilisée pour les besoins de l'usine. Ce projet fait partie des investissements visant à convertir l'usine pour qu'elle puisse produire la matière première requise pour la fabrication de rayonne, une fibre textile faite de cellulose
- La réalisation du projet de cogénération nécessiterait un investissement de 62 millions de dollars et permettrait la consolidation des 330 emplois de l'usine

Santé globale selon la DSP 2011 - CSSS

Habitudes de vie

- La proportion de fumeurs réguliers dépasse d'environ 5 % la moyenne québécoise, tant dans le secteur urbain du territoire qu'en secteur rural
- Les résultats reliés à l'activité physique et à la consommation de fruits et légumes peuvent être améliorés, comme partout au Québec
- Ils expliquent en grande partie la proportion très élevée de personnes présentant un surplus de poids qui est observée sur tout le territoire de Papineau

Santé globale et maladies chroniques

- Les indicateurs d'autoperception de son état de santé globale, de limitations fonctionnelles et d'incapacités sont tous défavorables, surtout dans le secteur de la Petite-Nation où ils s'expliquent, mais en partie seulement, par la proportion plus élevée de personnes âgées
- Les données historiques qui remontent à la période 1994-1997 démontrent aussi que les taux de suicide sont traditionnellement élevés dans cette portion du territoire, mais ils semblent avoir tendance à baisser au cours des dernières années.
- La faible proportion des personnes de la Petite-Nation qui rapportent un niveau quotidien de stress s'explique par la structure d'âge de la population, car ce sont surtout les travailleurs âgés de 45 à 64 ans qui rapportent des niveaux de stress élevés

Espérance de vie Petite nation

- L'espérance de vie à la naissance (77,8 ans) est légèrement supérieure à la moyenne régionale (77,2 ans), l'avantage de 4 ans observé chez les femmes compensant pour le déficit de 2 ans observé chez les hommes
- Les taux de mortalité ajustés mettent en lumière des excès importants associés à des causes traumatiques
- Le taux de décès par accidents de la route est quatre fois plus élevé que la moyenne régionale
- Le taux de suicide est deux fois plus élevé
- Comme ces causes de décès affectent principalement des personnes jeunes, le taux d'années potentielles de vie perdues observé dans le district de la Petite-Nation est un des plus élevés de l'Outaouais

Mortalité et autres conséquences

- Les taux de décès par cancers, par maladies cardiovasculaires et par maladies respiratoires dépassent d'environ 20 % ceux du Québec à Buckingham et à Masson-Angers, alors que le secteur de la Petite-Nation s'en tire un peu moins mal
- Les deux secteurs présentent une mortalité prématurée importante et année après année, un important excès dans le nombre de décès, toutes causes confondues
- Ces données sont indicatrices d'importants coûts médicaux et sociaux et de pertes économiques importantes pour les populations du territoire
- Ces coûts sont récurrents, puisque les excès de mortalité prématurée datent d'au moins 20 ans et qu'ils risquent de persister au cours des prochaines décennies
- Il faut renverser les tendances actuelles dans les habitudes de vie et les autres facteurs de risque pour limiter ces excès de mortalité précoce

Perception de l'état de santé

- Nombre estimé de personnes de 12 ans et plus (38 900 personnes) selon le nombre de problèmes de santé chroniques en 2001 : aucun – 14 310 (36,8%) (Outaouais – 37,4%)
- 1 problème de santé chronique – 9 633 (24,8%) (Outaouais – 25%)
- 2 problèmes ou plus – 14 957 (38,4%) (Outaouais – 37,6%)

- allergies – 10 278 personnes (14,6%) (Outaouais – 26,4%)
- maux de dos – 6 011 personnes (14,7%) (Outaouais – 15,3%)
- arthrite ou rhumatisme – 5 484 personnes (15,1%) (Outaouais – 13,4%)
- hypertension – 4 831 personnes (15,1%) (Outaouais – 11,8%)
- asthme – 4 165 personnes (14,6%) (Outaouais – 10,6%)
- maux de tête – 3 520 personnes (14,6%) (Outaouais – 9%)
- maladies cardiaques – 2 387 personnes (14,6%) (Outaouais – 6,1%)

Enjeux soulevés par le comité familial

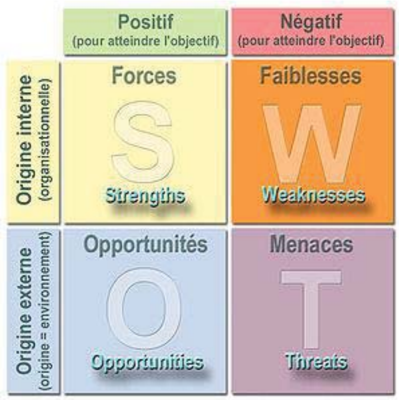
- Dévitalisation mais Thurso demeure le premier pôle économique dans son secteur
- Extension difficile du territoire de Thurso mais trois nouveaux développements avec des habitations diversifiées (unifamiliales, duplex, triplex et condos)
- Dans la MRC de Papineau, on compte quand même 14,6% de personnes âgées comparativement au reste du Québec (11,9%). Dans Thurso directement, 18%
- Thurso plus grande ville de la MRC
- Faible revenue important, à 20,3%
- Grands index de défavorisation des écoles
- Historiquement, on attribue à Thurso, deux quartiers, en bas de la cote et en haut où des revenus ont été attribués historiquement à l'une ou l'autre de ces parties et inversement
- % de femmes monoparentales avec revenu de moitié inférieur à celui des pères monoparentaux
- % des maisons nécessitant des réparations majeures (14%)
- Le % élevé de travail non rémunéré, 80% des 15 ans et plus font des travaux ménagers à la maison sans être rémunérés
- Le transport collectif récent
- Plusieurs espaces sportifs et récréatifs à Thurso
- On se questionne sur la qualité et les impacts sur la santé de l'environnement comme Thurso est reconnue pour l'odeur désagréable de l'usine de pâtes et papiers
- Le plus grave problème attribué ou associé plutôt à l'usine serait plusieurs cas de suicides, tous par pendaisons, 12 suicides ayant amené la création des Sentinelles projet de prévention du suicide
- Présence d'autochtones
- La place de services et commerces grandissante mais un manque de services et de commerces localement est tout de même déploré par la majorité des membres

Les changements rapportés par les membres dans le temps comprennent

- Les différences entre les deux secteurs, le haut et le bas de la cote
- Les nouveaux arrivants à Thurso
- L'arrivée de la 50 et les conditions municipales aidantes (accessibilité aux terrains, propriété et taxation réduite) contribueraient à la revitalisation
- La proximité de la ville de Gatineau : 30 minutes de Thurso
- Thurso n'a plus d'hôtel : deux feux ont ravagé l'historique hôtel Lafontaine

Les faits saillants de la municipalité ou les événements importants qu'a connus la municipalité avec l'année associée sont :

- 2010 – 2009 : deux feux à l'hôtel Lafontaine
- Fermeture de l'usine en 2009 – fragilité et puis un relancement en 2010
- Venue de la coopérative de santé – sauvé la clinique médicale (2006)
- Coupure dans les fonds de pensions des ouvriers de l'usine, 40% de perte
- Le 125ième anniversaire de Thurso en 2011
- Le traversier écolo (2009)
- Voie de contournement de la sortie de la 50



FORCES

- Pour un milieu rural, quelques services essentiels
- Proximité de Gatineau (parfois un avantage, parfois un désavantage)
- 125ième comme élément rassembleur et de soutien à l'appartenance
- Les occasions de rassemblements collectifs communautaires gratuits attendues (fête des neiges, fête familial)
- La vie associative et active du groupe des aînés de Thurso
- Dynamisme du Conseil – proactivité et ouverture sur les innovations sociales
  Le budget de la municipalité – Municipalité non endettée!

OCCASIONS PROMETTEUSES

- La 50
- Relancement de l'usine
- Nouveaux emplois créés
- Habitations (projets)
- Projections pour le retour de l'école secondaire en statut régulier

FAIBLESSES

- Restauration
- Résidences pour aînés autonomes en perte d'autonomie- un grand projet n'a pas vu le jour- Le Jardin de Thurso
- La mobilisation de la communauté au sens large – difficile d'obtenir des participants à des événements parfois
- Le caractère dortoir de la municipalité
- Le renouvellement des citoyens. Les changements de la ville, avec le peu de participation à la vie sociale, peut créer des isolements et une réduction des réseaux d'entraide naturelle
- Au niveau des politiques, Thurso est une ville sportive mais peu culturelle (il y aura développement d'une politique culturelle, cependant à surveiller). Il faut amener des spectacles, des expositions car il y a des artistes présents.
- Il faut plus de commerces de vêtements familiaux bien qu'il y a un dollarama 5-10-15
- Un centre ACEF local pourrait contribuer à la saine gestion financière des familles

MENACES

- Odeurs de la ville
- Arrivée de la 50
- Vieillissement de certaines infrastructures
- Fermeture de l'église
- Vieillissement de la population
- Pauvreté des jeunes familles

Domaines de qualité de vie- analyse préliminaire par le comité

La perception des forces et des lacunes en lien avec la qualité de vie des citoyens

DOMAINES	FORCES	LACUNES
Transport	Voie prochaine de contournement de la 50; Transport scolaire post scolaire pour les Activités récréatives et sportives; Transport adapté sur demande; Système nouveau de transport collectif sur le territoire ; Possibilités de covoiturage.	Aucun transport en commun ; aucun taxi.
Habitats	Trois nouveaux développements variés et accessibles; Prix accessibles des loyers, des maisons et des terrains; Avantages au niveau des taxes.	Aucune maison pour personnes autonomes mais en perte d'autonomie (aînés)
Participation au tissu social	Noyau fort de solidarité des retraités	Faible relève, faible participation des jeunes de 25-45 ans
Respect et inclusion sociale	Ouverture pour une participation plus grande des aînés dans le milieu scolaire depuis 5 ans; Deux journées familiales entièrement gratuites et remplies d'activités; Entraide pour les enfants défavorisées très grande – culture locale forte en ce sens.	Mobilisation des jeunes familles
Participation citoyenne		Peu de présences lors des assemblées, budgets ; Peu de constance.
Soutien communautaire et services de santé	Coop santé (3 médecins et une praticienne) ; Démarche de la ville pour mobiliser les jeunes en 2007 mais peu de retombées malheureusement.	Peu pour les ados et les jeunes sauf la Maison des jeunes (très populaire près de 20 jeunes tous les soirs); peu de promotion-prévention.
Espaces extérieurs et bâtiments	Bonnes infrastructures locales; Trois parcs dont deux avec structures de jeux.	
Sécurité	Patrouille policière à vélo, ce qui augmente la sécurité des aînés; Entretien des trottoirs et déneigement ; Pas de quartiers non recommandables ou non fréquentés par peur ; Peu de clivage entre les quartiers ; Deux brigadiers ; Programme de bon voisin, bon œil dans le passé mais interrompu.	Circulation rapide sur certains axes routiers limitant l'accès à vélo aux familles (Victoria et Galipeau); Pas de policiers municipaux ; Pas de taxi.

Revenu	Usine ; Bons salaires d'une part, mais surendettement d'autre part.	Index de défavorisation des écoles très grands; Disparité socioéconomique; Pas d'ACEF localement.
Sentiment d'appartenance	Ouverture aux nouveaux arrivants avec la trousse ; Fête des voisins.	Thurso situé entre deux territoires
Activité Économique	Assez bonne économie due à des commerces ; Entrepreneurs et commerçants reconnus pour leur grande générosité.	Peu de restaurants et pharmacie avec horaire peu adapté aux familles
Communication et information	Thurso Lien 4X par année (8-12 pages) ; Service via les boîtes postales (1200) ; Quelques concours annoncés et revenant systématiquement ; Sites internet de la ville visité et à jour.	Peu de visibilité dans les quotidiens locaux régionaux comme le Droit ou de la Petite Nation
Sécurité alimentaire	Deux banques alimentaires sur le grand territoire ; Services de transport pour l'accès aux banques ; Métro au centre – tout est près de 1 km à Thurso (accessible) ; Fraternité – programme de transports pour activités pour aînés.	Aucune cuisine collective ; Pas de popotes roulantes.
Action politique	Municipalité est proactive dans le développement de politiques favorables	Peu d'implication citoyenne
Autres		Présence de beaucoup de chiens surveillés et libres à l'extérieur, ce qui peut effrayer les familles, les aînés et entraîner des blessures. La ville a une politique mais les citoyens ne la respectent pas.

Exemple d'un rapport de

PLAN D'ACTION EN COURS

Entériné 19 juin Hélène Laprade, Josée Ouellette, Lynne Boivin, Denise Cousineau, Angèle Ménard, Agathe Parisien

Entériné le 21 juin Agathe Parisien, Marie-Pier Macameau, Ginette Leduc, Diane Vaillancourt

Politique intergénérationnelle familiale MADA

de la ville santé de Thurso

22 juin 2012 Lapierre, Équipe FQRSC & Comité de la PFM-VS

Quatre catégories où s'inscrivent 8 projets ont émergé

1- **Soutien collectif inclusif pour les modes de vie sains et le développement continu**!

2- **Communauté vibrante et solidaire – les familles au cœur des activités thursoliennes**

3- **Aménagement urbain et naturel pour la vie active et le tissu social**

4- **Participation citoyenne pour la solidarité et l'équité en santé**

L'analyse intergénérationnelle a permis de veiller à :

- Freiner l'âgisme (valeur MADA)
- Respecter de la contribution spécifique & de l'hétérogénéité (capacités et ressources) (valeur MADA)
- Respecter & inclure des besoins et préférences (valeur MADA)
- Respecter les décisions et les modes de vie (valeur MADA)
- Protéger les plus vulnérables (valeur MADA)
- Favoriser la diversité de l'inclusion et facilitation de la participation (valeur MADA)
- Promouvoir l'équité en santé (valeur des communautés en santé)
- Assurer la pouvoir d'agir collectif local et le leadership (valeur des communautés en santé)
- Favoriser la diversité collective et sociale (valeur des communautés en santé)
- Promouvoir la solidarité (valeur des communautés en santé)

Les principes d'action mis en opération par le processus intergénérationnel ont facilité :

- Le respect de l'approche participative ascendante-pouvoir d'agir (principe MADA)
- L'adhésion à la solidarité intergénérationnelle autour des aînés (principe MADA)
- La création de partenariats intersectoriaux globaux et intégrés (principe MADA)
- La mobilisation autour de la sécurité (principe MADA)
- L'adaptation des politiques, services et structures aux aînés (principe MADA)
- L'intégration du savoir comme facteur d'autonomisation (principe MADA)
- La réduction des inégalités (principe MADA)
- La valorisation de la participation à toutes les étapes autant que possible (principe des communautés en santé)
- La création de politiques publiques favorables (principe des communautés en santé)
- La valorisation et l'optimisation de la collaboration intersectorielle (principe des communautés en santé)
- L'intégration de la pensée de développement durable et la viabilité à long terme (principe des communautés en santé)
- Valoriser les saines structures (principe des communautés en santé)
- Intégrer la bonne gouvernance dans nos plans par le suivi des progrès et la reddition de compte au public de façon systématique (principe des communautés en santé)

Projets de la catégorie : Soutien collectif inclusif pour les modes de vie sains et le développement continu!

Objectif général	Objectifs SMART	Moyens envisagés et partenaires	Indicateurs de processus, de résultats (court et moyen termes)	Impacts anticipés sur : la <u>santé</u> des aînés; la <u>participation</u> des aînés; la <u>sécurité</u> des aînés; **Impacts sur : les capitaux sociaux; politiques; Citoyens; économiques; écologiques; culturels; humains**
Projet 1 Services intergénérationnels autour des aînés a) **Développer un service de popote-roulante avec l`école (devis financier en cours)** b) **Établir un réseau d'entraide** (visites, épicerie) **(fonds**	*Augmenter les occasions de saine alimentation et sécurité alimentaire locale à faible coût *Augmenter le potentiel de retombées sociales de la cuisine locale collective *Soutenir le développement d'un filet social fort et inclusif	**Partenaires** : Commission scolaire (École des Trois-Chemins); professeur de cuisine et élèves; Maison des jeunes; Subventions; Valoritec, UQO, Cercles des Fermières, Table de concertations de la faim. **Moyens** 1.1Identifier le	<u>Processus</u> *Nb de partenaires *Nb de rencontres *Notes de comités *Nb répondants au sondage sur les besoins spécifiques *Réseautage été 2012-camps de jour et Cercles des Fermières (biscuits aux enfants 2X) <u>Résultats</u> *Rapport	*Meilleure sécurité alimentaire *Augmentation des habitudes de saine alimentation *Promotion de la santé mentale par le réseau d'entraide *Acquisition de connaissances et de compétences alimentaires et techniques *Augmentation du soutien social *Participation communautaire accrue chez les aînés et les jeunes *Diminution du risque

minimum requis) c) **Offrir des activités récréatives ludiques et éducatives : initiation à l`ordinateur aux aînés** par des jeunes, **Entraînement cérébral et rigologie** (Club de jeux 4X4) **(fonds minumum requis)** d) **Cercles préventifs intergénérationnels** Hans Kai (groupe pour les saines habitudes de vie) **(fonds minimum requis, partenariat COOP-UQO)**	(intergénérationnel) *Soutenir l'autonomie et la contribution sociale *Favoriser le développement continu et le partage des savoirs et des pratiques	comité de partenaires de la Popote (1), du réseau d'entraide (2), des activités récréatives ludiques et éducatives (3) et des cercles préventifs intergénérationnels (septembre 2012);	*Réseau local *Plans de comités *Satisfaction des services	d'isolement social et de dépression *Renforcement des liens familiaux par internet à distance *Renforcement & maintien de l'autonomie
Projet 2 Le PCPP de Thurso : Programme Communautaire de Prêts-Partage (frais minimum requis)	**Objectifs SMART** *Augmenter de l'offre de service et d'activité pour les familles incluant notamment la création d'un PCPP, programme communautaire de Prêts-Partage soit une joujouthèque, un point de service du Grenier du petit sportif et un club de lectures jeunesses parascolaires *Favoriser les modes de vie physiquement actif et le développement sain par le développement cognitif, socio affectif et musculosquelettiqu	1.2 Tenir une première réunion avec chacun sous un responsable par comité (octobre 2012); 1.3 Réaliser une analyse des besoins spécifiques et des services (août 2012, fête familiale, aux rencontres des lundis – café rencontres, du Bingo et de la résidence de l'OMH); 1.3b Réaliser une analyse de faisabilité pour inclure les petits du primaires lors de sorties : Repas communautaires occasionnels avec les aînés 1.4 Rapport (octobre); 1.5 Établir le réseau	**Indicateurs de processus, de résultats (court et moyen termes)** <u>Processus :</u> *Nb partenaires *Nb de rencontres *Notes de comités *Modalités partenariales entres les organismes *Nb de familles inscrites *Nb de jouets partagés, d'équipements sportifs et de livres *Plan de communication pour les recrutements <u>Résultats :</u> *Coin joujouthèque *Pt de service du Grenier du petit sportif de Thurso (local aréna,	**Impacts anticipés sur : la <u>santé</u> des ainés; la <u>participation</u> des aînés; la <u>sécurité</u> des aînés;** **Impacts sur : les capitaux sociaux; politiques; citoyens; économiques; écologiques; culturels; humains** *Augmentation de la stimulation et du développement cognitif et social des jeunes de milieux pré-scolaires *Augmentation de la capacité préparatoire des familles à l'entrée en milieu scolaire *Augmentation des périodes d'activités physiques familiales *Augmentation de la diversité des expériences des jeunes pour l'optimisation du développement sain *Renforcer la capacité locale à soutenir par des env, favorables, les modes de vie sains *Renforcer le tissu social autour de la jeunesse à Thurso *Favoriser les liens intergénérationnels dans les

	e des jeunes d'âge préscolaires et scolaires primaires *Recruter, sélectionner, tenir à jour une gamme de jouets usagés propres et sécuritaires adaptés aux âges et les partager pour une durée limitée aux familles inscrites au PCPP Programme Communautaire de Prêts-Partage *Recruter, sélectionner, tenir à jour une gamme d'équipements sportifs propres et sécuritaires adaptés aux âges et les partager pour une durée limitée aux familles inscrites au PCPP Programme Communautaire de Prêts-Partage *Recruter, sélectionner, tenir à jour une gamme de livres jeunesse propres et sécuritaires les partager pour une durée limitée aux familles inscrites au PCPP Programme Communautaire de Prêts-Partage dans le cadre d'un club de lectures jeunesses parascolaires	local pour la réalisation des trois services; 1.6 Réaliser un échéancier distinct pour l'offre en 2013 (décembre); 1.7 Lancement à déterminer (2012 ou 2013) Partenaires : Commission scolaire, MdesJ. **Moyens envisagés et partenaires** Pour chacun de trois sous axes (joujouthèque, grenier, club de lectures) 2.1 Identifier les comités de Partenaires (septembre)- dont la bibliothèque pour le local- Rencontrer le Grenier fin juin 2012 2.2 Préparer une publicité pour la fête familiale du 12 août 2012 2.3 Tenir une première réunion avec les comités de partenaires (octobre 2012) 2.4 Remise des plans d'action spécifiques (décembre 2012) 2.5 Annoncer dans le Thurso Lien l'initiative en mars 2013 2.6 Recueillir les jouets chez les citoyens avant les ventes de garage 2.7 Inviter les	automne) *Club de lectures préscolaires (contes) et scolaires *Satisfaction des services	trois sous-axes *Favoriser le développement de la littératie en lectures, en sports et dans l'exploration créative de l'environnement des jeunes par les jouets éducatifs surtout et ludiques

Projet 3 : Tomber en santé à Thurso : jouer, bouger et s'activer (frais minimum requis**)**	**Objectifs SMART** *Soutenir le sport récréatif gratuit ou à faible coût *Développer un partenariat avec la SÉPAQ et la ville pour l'achat de passes saisonnières à partager en prêt à la bibliothèque pour l'accès à la SÉPAQ *Poursuivre l'offre de la ville des camps de jour estivaux en ajoutant les Défis Santé de la recherche FQRSC-Quartiers	familles à s'inscrire au PCPP en février 2013 via les écoles et CPE 2.8 Créer un comité de sélection des jouets 2.9 Créer un comité de mise en services des jouets (nettoyage, identification de l'âge approprié, etc.) <u>Partenaire spécifique</u> : Grenier du Petit Sportif – mode de collaboration amorcée avec Mme Diane Picknell pour conjointement offrir un point de service à Thurso avec la ville de Thurso dans le cadre de la politique familiale <u>Partenaire spécifique</u> : Bibliothèque <u>Partenaires communs</u> : Citoyens, Maison des jeunes, CPE, Écoles, Chevaliers de Colomb, Cercle des fermières, Club Optimistes **Moyens envisagés et partenaires** 3.1 Solliciter la SEPAQ pour le développement du partenariat	**Indicateurs de processus, de résultats (court et moyen termes)** Amorcer les contacts pour les passes saisonnières à la municipalité de Thurso (Sept. 2012) Offre de camps spécialité santé avec des défis de saines habitudes de vie offert par la recherche FQRSC-Quartiers en santé en partenariat avec la Maison de jeunes Contacter le responsable du club	**Impacts anticipés sur : la <u>santé</u> des ainés; la <u>participation</u> des aînés; la <u>sécurité</u> des aînés;** **Impacts sur : les capitaux sociaux; politiques; citoyens; économiques; écologiques; culturels; humains** *Augmentation du niveau d'activité physique des jeunes

	en santé à certains groupes *Démarrer un club de tennis jeunesse dans le cadre de la participation de la ville à la recherche FQRSC-Quartiers en santé pour la prévention de l'obésité et la promotion des modes de vie sains	3.2 Bonifier les camps de jour en renforçant les modes de vie sains et physiquement actifs 3.3 Solliciter l'appui du club actuel et leur intérêt potentiel à une offre de cour-accompagnement hebdomadaire du club en démarrage. Solliciter la Maison de jeunes. <u>Partenaires communs</u> : SEPAQ, Bibliothèque, Maison des jeunes, UQO-FQRSC, Cœur des Vallées en action, Cdn Tire, Tigre Géant	de tennis pour offrir une première séance de tennis récréatif aux jeunes de 7-10 ans (8 sessions) soutenue par la recherche FQRSC-Quartiers en santé (Juin 2012)	de Thurso *Augmentation de la participation sports récréatifs pour les jeunes dans leurs domaines d'expertise *Développement d'un créneau modes de vie sains durables au sein des camps de jour *Création de ponts entre les organisations au service des jeunes thursoliens *Optimisation de la contribution a développement social et de santé des jeunes *Partenariat novateur pour l'utilisation accrue du parc par les résidents locaux *Revitalisation du club de tennis local *Création d'une cohésion sociale pour les modes de vie sains *Changement de la norme sociale pour les modes de vie sans dans des environnements favorables à Thurso

Projets de la catégorie : Communauté vibrante et solidaire – les familles au cœur des activités thursoliennes

Objectif général	**Objectifs SMART Spécifique Mesurable Atteignable Raisonnable Temporellement défini**	**Moyens envisagés et partenaires**	**Indicateurs de processus et de résultat à court et moyen termes**	**Impacts anticipés sur les capitaux sociaux, politiques, citoyens, économiques, écologiques, culturels, humains**
Projet 4 **Ciné-plein air** Renforcer la cohésion sociale, la participation citoyenne et le réseau naturel des familles **(frais à estimer)**	*Augmenter l'offre d'activités pour les familles incluant notamment, des soirées ciné-plein air aux mois de juillets-août, la fête familiale, la fête des voisins et la fête de l'hiver dont l'illumination du sapin	4.1 Travailler avec la municipalité pour les cinés 4.2 Identifier les sources de projections et de films 4.3 Solliciter des partenariats de parrainage avec les organismes intéressés	***C**omité de projection ciné à mettre en œuvre (septembre 2012) ***S**élection des films et modalités structurelles (octobre 2012) *Sollicitation des organismes parrains (novembre 2012) *Processus de	*Renforcement de la cohésion sociale *Création d'un noyau dynamique de jeunes familles impliquées *Contribution à la réduction de l'isolement social *Création d'une mobilisation autour des saines habitudes de vie par les commanditaires alimentaires et d'organismes communautaires

Projet 5 **Activités intergénérationnelles (Illumination du sapin de Noel, fêtes familiale, Fête de l'hiver)** (frais minimum, à moyens)	***Été 2013*** *Mettre en place les structures favorables au rassemblement extérieur social derrière l'aréna et à la projection large écran de films divertissements et récréatifs pour les familles, réaliser 3 projections par été et favoriser l'intégration des organismes communautaires et préventifs de services de promotion-prévention en offrant la possibilité de parrainer chacun des visionnements et de promouvoir son kiosque de services et de santé *Poursuivre l'activité d'illumination du sapin de Noel (chorale, chocolat chaud et mot du maire) *Bonifier l'approche de la fête de l'hiver en favorisant l'intégration de traditions familiales et activités sportives hivernales *Poursuivre la	(communautaires et alimentaires) 4.4 Créer un comité de sélection des films et thèmes 4.5 Publiciser la série été 2013 4.6 Travailler avec la ville pour la fête familiale 4.7 Identifier les organismes et les commanditaires alimentaires et d'activités 4.8 Travailler avec la ville et le comité 2012-2013 de l'illumination du sapin 4.9 Créer un comité de jeunes familles pour développer les traditions à valoriser et activités sportives (glissades, traîneau à chiens, carrioles de chevaux, patins) à proposer avec des partenaires locaux. <u>Partenaires communs</u> : Ville, Club Optimistes, groupes communautaires 5.1 Travailler avec la municipalité 5.2 Identifier les partenaires 5.3 Solliciter des partenariats de parrainage avec les organismes intéressés (communautaires et alimentaires) 5.4 Créer un comité	bénévolat des jeunes de la maison de jeunes pour les événements cinématograhiques (février 2013) *Commanditaires pour chaque projection (eau, mais, jus, etc.) *Dans le Thurso Lien, annonces le prochain PCP pour que les familles pensent au matériel de prêts-échanges (jouets, livres, équipements sportifs) qu'ils remettront au printemps pour le PCP (décembre 2012) *Annonces avec un feuillet le PCP à l'Illumination du sapin (décembre 2012) ***L**ettre aux commanditaires et organismes parrains (janvier 2013) *Identification des partenaires pour les activités de la journée d'hiver (octobre 2012) *Publicités dans le Thurso Lien (4$Xcontinu) *Nb de présences *Nb de kiosques *Qualité et quantité des services alimentaires présents *Nb de partenaires *Pratiques traditionnelles novatrices	*Augmentation des connaissances des citoyens sur les ressources locales *Optimisation de la vie active à l'hiver par les activités offertes *Favorisation de la diversité et l'inclusion des différents groupes au sein d'activités communes récréatives

	journée de la famille en favorisant davantage les modes de vie sains (offre alimentaire et d'activités sportives récréatives) et l'intégration des kiosques santé et communautaires à la journée comme en 2011-2012	de sélection des thématiques 5.5 Publiciser		

Projets de la catégorie : Aménagement urbain et naturel pour la vie active et le tissu social

Objectif général	Objectifs SMART	Moyens envisagés et partenaires	Indicateurs de processus et de résultats courts et moyens termes	Impacts anticipés sur : la santé des ainés; la participation des aînés; la sécurité des aînés; Impacts sur : les capitaux sociaux; politiques; Citoyens; économiques; écologiques; culturels; humains
Projet 6 Amélioration de l'environnement bâti et naturel a) parcs, b) espaces verts, c) éclairage d) toilettes publiques e) bancs avec bras f) structures de jeux et d'activité physique Projet 7 Construction d'un kiosque près de l'Église pour communiquer des informations communautaires; animation musicale et artistique; aire de repos et de rassemblement	Spécifique - concret Mesurable - verifiable Atteignable– resources Raisonnable-compétence Temporellement défini – date butoire *Ajouter des infrastructures de jeux dans le parc pour encourager l`activité physique des aînés *Planter des arbres et des fleurs pour ombrage et embellissement *Mieux éclairer certaines rues sombres *Installer toilette au kiosque prévu *Installer bancs en bas de la côte; au parc Paquette; *Installer une structure abritée *Installer des toilettes publiques *Développer une aire de d`animation, de démonstration et de rassemblement	6.1Travailler avec la ville et les infrastructures pour vérifier la faisabilité et les modalités pour rencontrer les objectifs 7.1 Travailler avec la ville et les infrastructures pour vérifier la faisabilité et les modalités pour rencontrer les objectifs 7.2 Lancer un concours de design du kiosque et pour le panneau électronique près de l'Hotel de ville et utiliser la	*Nb d'ajouts spécifiques aux aînés *Nb de parc embellis en 2013 (nb d'arbres, qtité de fleurs) *Nb lampadaires ajoutés *Toilettes publiques ajoutées *Nb bancs avec bras ajoutés *Évaluation favorable des groupes d'aînés des améliorations apportées *Plus grand achalandage des sentiers *Kiosque *Nb d'activités *Nb communications *Catégories d'activités *Nb de partenaires locaux et régionaux *Programmation globale	*Augmentation de la vie active intergénérationnelle avec l'augmentation de la sécurité et de l'embellissement *Augmentation du sentiment de sécurité *Augmentation du réseau social et de soutien *Promotion de la santé mentale par la vie sociale et active et le contact avec la nature *Revitalisation de la vie sociale extérieure *Diminution de l'isolement *Création de soutien social intergénérationnel *Développement d'un sentiment de fierté culturelle locale et

		colonne Maurice 7.3 Identifier des partenaires locaux et régionaux pour la programmation (décembre 2012) 7.4 Créer un comité de programmation (janvier) et avec les partenaires un plan de programmation (à finaliser pour avril 2013)		d'intérêts et de compétences culturelles *Renforcement de la communication entre la ville et les citoyens *Optimisation des talents et qualités artistiques des groupes locaux et régionaux *Initiation au monde des arts (visuels, musicaux, danse, etc.)

Catégorie : Participation citoyenne pour la solidarité et l'équité en santé

Objectif général	Objectifs SMART Spécifique Mesurable Atteignable Raisonnable Temporellement défini	Moyens envisagés et partenaires	Indicateurs de processus et de résultats à court et moyen termes	Impacts anticipés sur les capitaux sociaux politiques citoyens économiques écologiques culturels humains
Projet 8 L'escouade-Ado de Thurso! De l'entraide et des services par nos jeunes pour les citoyens Valoriser la collectivité adolescente de Thurso en favorisant leurs capacités, leur créativité dans le développement de la communauté et de leurs aspirations tout en créant un sentiment de responsabilité collective qui transforme!	*Mobiliser un noyau d'adolescents prêt à s'investir pour une offre variée de services communautaires (aide-ménagère, entretien extérieur, peinture, gardiennage, accompagnement à l'informatique, livraison, jardin communautaire École Maria Goretti, etc) *Susciter la créativité des adolescents pour l'offre réaliste des services 2013 *Former le groupe de jeunes à l'offre de services et au développement des capacités *Identifier les	8.1 Solliciter la participation des adolescents (analyse SWOT et des intérêts) et celle des groupes d'adultes (besoins) (automne 2012) 8.2 Réaliser un focus groupe pour l'identification des services selon les compétences du groupe et la possibilité de formation (auprès des familles et aînés à la fête familiale du 12 août et avant octobre 2012 avec groupes locaux)	*Nb de jeunes intéressés *Nb et diversité des besoins et services requis *Rapport SWOT (forces, lacunes, occasions et menaces) de l'opération du programme *Nb de partenaires *Formule de gestion de la cellule administrative *Plans de publicités et des cotisations aux services ou partenaires financiers permettant la rémunération intergénérationnelle *Programme de formation *Programme de soutien	* Création d'un maillage de participation citoyenne localement *Valorisation de la jeunesse adolescente thursolienne et des capacités et créativités diversifiées *Diminution du sentiment d'isolement de certains aînés *Renforcement de l'autonomie à domicile *Création de ponts intergénérationnels dans la diversité des âges (adolescence, adultes, jeunes aînés, aînés en perte d'autonomie) *Augmentation de l'estime de soi des jeunes et du sentiment de contribution à la société

	partenaires pour chaque service *Mettre en opération le service, l'encadrement et la gestion de l'escouade	8.3 Solliciter les partenaires et recherche des partenaires économiques pour les services (rémunération des jeunes et partenaires adultes-aînés qui appuient les jeunes) (novembre 2012) 8.4 Créer la cellule administrative de l'escouade (décembre 2012) 8.5 Réaliser le marketing des services (graphiste, publicité) (janvier 2013) 8.6 Publiciser (printemps 2013) 8.7 Démarrage (été 2013) Partenaires : Maison des jeunes, Épicerie, Quincallerie, École Maria Goretti, CLD, CJPapineau (Shawna Louise Cameroun), Commission développement économique, etc. Mille et une corvée de la MRC de Papineau pour transfert d'outils, modalités opérationnelles, partage d'expériences		*Réduction de l'effet négatif des gangs de rue ou de l'attrait pour les drogues *Renouvellement de la relève *Augmentation du pouvoir d'agir par la réalisation de son potentiel et la modification de son environnement collectif *Augmentation de la santé des aidants, des aidés et des intermédiaires (sur certains indicateurs proximaux)

À compléter pour septembre :

- ❖ Révision des indicateurs
- ❖ Analyse économique – budget préliminaire par projet
- ❖ Approbation par le Conseil de l'approche de planification HiAP (résolution)
- ❖ Annonce pour les bénévoles citoyens de la politique familiale MADA-Ville santé
- ❖ Réaliser la création des deux sondages pour le 12 août
- ❖ Réaliser le ménage du local de la bibliothèque après avoir obtenu les autorisations du conseil (biblio) et de la biblio.
- ❖ Contacter le Carrefour jeunesse pour la coop jeunesse
- ❖ Contacter le Grenier du Petit Sportif
- ❖ Création de fiches d'emprunts et de prêts
- ❖ Sources de financement identifiés
    - Table Jeunesse de Papineau
    - Nouveaux Horizons pour les aînés – appel d'offres en cours
    - Infrastructures de la CRÉO
    - Cœur des Vallées en action

Fiche technique informative

« Cercles Préventifs Hans Kai »

Saines habitudes de vie et milieux favorables

Présenté à la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec et à la coopérative Robert Cliche et Contre Cœur pour partage et développement ultérieur conjoint

Par

Judith Lapierre, Ph.D. Équipe de recherche en promotion de la santé urbaine et habitudes de vie (FQRSC)/Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité (PÉPO)

Coopérative santé de Thurso, Coopérative santé de Cantley, OBNL Le Mimosa du Quartier

ÉQUIPE DE RECHERCHE
UQO-FQRSC-Quartiers en santé
Promotion de la santé urbaine
et des saines habitudes de vie

Contexte

Formules d'entreprises établies dans les années 1970 au Japon, les groupes Hans ont permis à des groupes de citoyens isolées et parfois en situation de vulnérabilité soit de santé, socioéconomique ou géographique, d'avoir accès à des biens et services par un collectif de citoyens. Les Groupes Hans ont par la suite évolué pour attaquer les besoins d'autogestion de la santé des individus dans leurs communautés : Les groupes HANS KAI sont nés. Les Cercles préventifs Hans Kai du Québec sont inspirés d'une pratique historique et fondamentale à la société japonaise. Des missions d'études ont été réalisées depuis plusieurs années pour explorer les processus et éléments de programmes japonais et assurer une transférabilité adaptée à la culture québécoise.

Extrait du rapport de mission au Japon de J.-P. Girard :

> *À la Coopérative de santé de Tokyo qui compte 45 000 membres, on retrouve 380 Groupes Hans regroupés en 39 branches. Généralement, on regroupe en branches certaines activités plus apparentées et complémentaires. Les Groupes Hans sont formés de gens bénévoles généralement entre 5 et 20 personnes. Évidemment, certaines personnes s'investissent davantage en prenant en main l'organisation des services alors que la majorité participe simplement à l'activité elle-même (ex. : un club de marche). Les membres des coopératives de santé peuvent participer à plus d'un Groupes Hans en même temps, pour des fonctions différentes. Il est à noter qu'une très grande majorité des bénévoles dans les Groupes Hans sont des retraités ou des femmes au foyer. Dans la plupart des Groupes Hans, on constate une forte majorité féminine (90 %). À la Coopérative de santé de Nagano, on y apprenait que cette coopérative compte sept personnes employées qui supervisent 320 Groupes Hans (appartenant à 31 branches). Donc, le responsable bénévole d'une branche s'occupe environ d'une dizaine de Groupes Hans alors que le coordonnateur (employé) prend en charge plus d'une quarantaine de Groupes Hans. Cependant, tel que souligné, chaque Groupe Hans possède une structure d'autonomie propre s'appuyant sur un noyau organisateur des activités.*

- De recommandations ont été proposées dans la transférabilité québécoise par Lapierre en 2010 et ont été tenues en compte dans la conceptualisation proposée actuellemet :
- *Joindre une théorie intermédiaire d'accompagnement fondée sur l'empowerment - identifier les concepts clés et présenter des liens entre certains concepts clés des Hans Kai*
- *Formation et développement des compétences des leaders québécois (2 jours)*
- *Relation d'aide (2 heures)*
- *Promotion de la santé et Charte d'Ottawa en PS (1 hre)*
- *Déterminants sociaux (1hre)*
- *Saines habitudes (stratégie pan canadienne Secrétariat -2005) (1hre)*
- *Atelier sur l'approche d'habilitation individuelle et collective – théorie de l'accompagnement et théorie de changements de comportements pour le renforcement des compétences des leaders donc très pratique (2.5 hres)*
- *Outils-utilisation-système de référence avec le réseau / suivis mensuels des indicateurs sélectionnés pour le QC et habitudes de vie (2 hres)*
- *Animation de groupes (2 hres)*
- *Littératie web en santé – la toile de sites de références québécois en santé (1hre) et utilisation des pochettes thématiques-santé*
- *Utilisation du forum web de suivi des groupes animé par une professionnelle de la santé (1hre)*

La fiche technique présente des normes d'implantation dans le développement de Groupes Hans Kai québécois dans la formule de Cercles préventifs.

Table des matières

1-Objectifs globaux

2-Valeurs, principes et postulats

3-Règles de fonctionnement des groupes

4-Les six étapes d'animation des Cercles Préventifs Hans Kai

5-La formation des animateurs de Cercles Préventifs Hans Kai

6-Les objectifs liés à chacun des ateliers

7-Les facteurs de protection/indicateurs proxi de la santé

8- Évaluation continue

9-Évaluation d'impact

Annexes

A Système de communication japonais (Kurimoto, 2010)

B Perception des membres des Goupes Hans japonais

C Caractéristiques fondamentales japonaises et pôles sociaux (visite 2010, Lapierre)

D Charte des droits des membres japonais (visite 2010, Lapierre)

E Effets perçus et impact long terme par le Fédération Japonaise (visite 2010, Lapierre)

F Points forts du modèle japonais rapporté par équipe de mission 2010- Desrosiers, Doiron, Fillion, Gélinas, Girard, Lapierre Leblanc , L'Heureux & Roy (visite 2010, Lapierre)

G Grille d'évaluation continue des Cercles Préventifs Hans Kai

H Proposition 1 d'entente de principes et de partenariat

1-Objectifs globaux des Cercles préventifs HK

- ✓ Offrir un lieu de **transfert, de partage et de soutien collectif** au changement d'habitudes de vie par la motivation, l'auto-efficacité et la facilitation à l'exercice de choix santé soutenu par des pratiques cliniques préventives et des pratiques familiales fondées sur les données probantes
- ✓ Créer un **noyau d'agents multiplicateurs de promotion de la santé** dans la collectivité pour soutenir le changement de normes sociales favorables à la santé
- ✓ Appuyer le développement **d'environnements socio-culturels** favorables par des **réseaux de solidarité** et de **participation citoyenne pour la santé**, à proximité

2-Valeurs principes et postulats

1. **La santé est une ressource collective!** La santé reflète un processus dynamique personnel, social, spirituel, émotionnel et collectif, d'adaptabilité, de capacité à résister aux épreuves, de vitalité et d'épanouissement. La santé est un droit fondamental et une ressource pour accomplir les activités quotidiennes avec plaisir et énergie. La santé est associée aux facteurs clés nommément, les déterminants sociaux et environnementaux de la santé. (Lapierre et al., 2012)
2. **Le promotion de la santé** et la **prévention des maladies** sont les meilleurs moyens pour éviter la maladie, la chronicité précoce et les décès prématurés!
3. Les **saines habitudes de vie** s'exercent seulement **dans des contextes et des environnements**, qu'ils soient économiques, physiques, socioculturels ou politiques. Les **déterminants sociaux** et **certains facteurs régulateurs de risque** (messages commerciaux, conditions de travail, services préventifs, etc.) vont influencer largement la propension aux maladies chroniques par l'obésité, étroitement liée à des comportements de santé ancrés à divers systèmes!
4. **Exercer des choix santé** a des retombées sur les jeunes, les aînés, les proches des participants. La perspective **intergénérationnelle** et **l'approche de parcours de vie** sont valorisées et promues dans la diffusion et le transfert des valeurs, des principes et des postulats liés aux Cercles Préventifs.
5. Un **changement d'habitude** passe par les croyances, la motivation, les bénéfices perçus, les barrières, l'attitude positive, les connaissances, l'appui de l'entourage, la compétence (ou la perception de contrôle) dans l'exercice de la nouvelle habitude et un environnement qui facilite les choix santé!

6. Le **changement d'habitude s'opère en plusieurs étapes** soit la précontemplation (on y pense pas encore), la contemplation (une réflexion se fait par rapport au changement), la préparation (on se donne des outils pour y parvenir!), l'action (le changement est initié) et le maintien (on intègre la nouvelle habitude). Des rechutes aux vieilles habitudes, des ambivalences sont fréquentes, ne pas se décourager!
7. Les **Cercles Préventifs appuient le développement du capital social**, ce bien collectif qui révèle la force du réseau et du soutien social! Avoir un réseau et un sentiment d'appartenance à notre quartier, c'est la santé par une action de protection face aux facteurs de risque; on crée la confiance, la réciprocité et des gains en santé!
8. Prendre conscience d'un changement à opérer, décider, s'engager, s'outiller, prendre action, intégrer un réseau, améliorer ses conditions de vie : c'est le **pouvoir d'agir**! L'approche des Cercles préventifs est fondée sur l'approche **d'habilitation individuelle et collective**, le **recours** et la **reconnaissance des forces individuelles** et celle des **ressources sociales** à exploiter…
9. La promotion de **comportements favorables à la santé** s'inscrit dans une **pratique clinique préventive** fondée sur les **données probantes** et visent à **influencer les déterminants de la santé** de façon à permettre aux individus, aux groupes et aux communautés d'avoir une plus grande emprise sur leur santé par l'amélioration de leurs conditions. Les Cercles Préventifs renforcent **la norme sociale favorable** par le développement de praticiens communautaires intergénérationnels promoteurs de la santé, créant ainsi des **agents multiplicateurs** en modes de vie sains.
10. Les **Cercles préventifs** se déclinent comme une facilitation de **transfert**, de **partage** et de **soutien collectif** au changement d'habitudes de vie par la motivation, l'auto-efficacité à l'exercice de **choix santé** soutenu par des pratiques cliniques préventives et des pratiques familiales fondées sur les données probantes. Par des **noyaux d'agents multiplicateurs de promotion de la santé** dans la collectivité, les normes sociales favorables à la santé évoluent et le développement **d'environnements socio-culturels** favorables s'intensifie au profit de **réseaux de solidarité** et de **participation citoyenne pour la santé**, à proximité.

3-Règles de fonctionnement des groupes

Comme les Cercles Préventifs sont appelés à créer un noyau de pairs entraidants, agents multiplicateurs en promotion de la santé et que ce noyau pourrait s'agrandir et être ouvert à l'accueil de nouveaux membres, voici quelques principes à respecter durant la tenue des groupes:

1-Être respectueux des autres et de leurs idées
2-Soutenir l'expression et le partage par / partager le droit de parole
3-Faire preuve de confidentialité et ne pas discuter de ce qui est discuté ici touchant la vie et la situation des autres qui ont partagé leur vécu!
4-Éteindre les cellulaires et les téléavertisseurs
5-Partager vos bons coups et bons trucs en saines habitudes familiales – on a besoin de vos savoirs et pratiques!

4-Les six étapes d'animation des Cercles Préventifs Hans Kai

1. **ACCUEIL**
    1. Accueil- bienvenue
    2. Introduction au Cercles Préventifs
    3. Objectifs
    4. Cadre de fonctionnement – règles et valeurs des Cercles
    5. Thème de la soirée : brève introduction du thème
    6. Le « Comment j'arrive » par rapport au thème!
    7. Invitation à s'identifier (prénom) : ceux qui le veulent!
    8. Invitation à préciser pourquoi ce sujet les intéresse / motivation
    9. Les défis rencontrés avec le thème
2. **INTRODUCTION THÉORIQUE DU CONTENU**
3. **INTÉGRATION PRATIQUE ET EXPÉRIENTIELLE**
4. **DICUSSION GÉNÉRALE OUVERTE ASSOCIÉE AU THÈME DE LA SOIRÉE OU TOUTE AUTRE PRÉOCCUPATION DU GROUPE PRÉSENT**
    i. Quoi éclairer?
    ii. Le vécu (ressenti, besoins)
    iii. Validation auprès des pairs: briser l'isolement
    iv. Recherche de solutions: par l'habilitation
5. **CONCLUSION : AVEC QUOI REPARTEZ-VOUS?**
6. **ÉVALUATION DE LA SOIRÉE ET ANNONCE DU PROCHAIN THÈME**

5-La formation des animateurs de Cercles Préventifs Hans Kai

Les thèmes suivants ont été offerts aux animateurs 2012 de l'Outaouais. La formation comprend trois modules d'auto-apprentissage en ligne proposant des lectures, de la réflexion critique et un exercice d'essai de 5 pages maximum. Des volets expérientiels d'intégration sont offerts aux modules 4-5 et 6 à visée éducative et pratique.

Les thématiques suivantes de formation sont offertes spécifiquement :

Module 1 Auto-apprentissage sur les compétences en santé publique

36 compétences, 7 catégories Lecture 1

Agence de santé publique - Compétences essentielles

Pratique infirmière spécifique en santé publique Lecture 2

Association canadienne pour la santé publique

La promotion de la santé

Guide européen des compétences Lecture 3

Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé Lecture 4

Les déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux – réalités canadiennes Lecture 5

Théorisation sur l'apport de la qualité sociale pour la solution de problématiques complexes *Lecture 6*

Module 2 Auto-apprentissage sur l'obésité : portrait, positionnement et enjeux

Carnet Équité Santé Lecture 7

Parmi la série de textes proposés, en sélectionner 3 sur lesquels porter sa réflexion critique

Module 3 Les cercles préventifs HK

Les groupes Hans de Nagano en photo

Cercles préventifs : Origine, historique et enjeux Lecture 8 et lecture 9

L'entraide et animation Lecture 10

Les groupes ouverts- animation et enjeux Lecture 11

Fondements d'habilitation

Le capital social et la santé Lecture 12

Empowerment Lecture 13

Changements de comportements Lecture 15 et Lecture 16

Module 4 La motivation et le changement de comportements

L'entretien motivationnel et le guide de formation Lecture 17

La motivation en groupe Lecture 18

Guide de formation à l'entretien motivationnel lecture 19

L'entrevue motivationelle : cas pratique clinique Lecture 20

Module 5 Les ateliers

1-Les saines habitudes de vie, toile causale de l'obésité et facteurs de risque

2-La motivation au changement

3-Les habitudes alimentaires familiales

4-L’étiquetage alimentaire, les choix appropriés pour les repas, les lunchs et les collations santé
5-Les habitudes d’activités physiques familiales et la sédentarité
6-Les boîtes à lunch
7-L’équilibre budgétaire
8-La gestion du temps et la communication en famille
9- L’image corporelle et l’estime de soi en lien avec un poids naturel
10-Cessation tabagique
11- Bien-être et santé mentale

Module 6 : Modalités opérationnelles des Cercles préventifs

6- Les objectifs liés à chacun des ateliers

Les saines habitudes de vie, toile causale de l’obésité et facteurs de risque

- Définir l’obésité et reconnaître ses indicateurs
- Prendre conscience de l’ampleur du phénomène sur la planète
- Identifier les causes et les conséquences du surpoids et de l’obésité

La motivation au changement

- Définir l’obésité et reconnaître ses indicateurs
- Prendre conscience de l’ampleur du phénomène sur la planète
- Identifier les causes et les conséquences du surpoids et de l’obésité

Les habitudes alimentaires

- Définir l’obésité et reconnaître ses indicateurs
- Prendre conscience de l’ampleur du phénomène sur la planète
- Identifier les causes et les conséquences du surpoids et de l’obésité

Étiquetage alimentaire, les choix appropriés pour les repas, les lunchs et les collations santé

- Reconnaitre un aliment santé à son étiquette et comparer entre elles les étiquettes
- Identifier les choix judicieux pour établir la liste d’épicerie et pour planifier les repas
- Réaliser des lunchs et des collations santé

Les habitudes d’activités physiques familiales et la sédentarité

- Reconnaître la sédentarité et ses effets sur la population
- Identifier leurs habitudes d’activité physique dans la vie quotidienne
- Prendre conscience des raisons et des effets d’être actif au sein de la famille
- Identifier des activités conformes à leurs intérêts et appropriées à leur mode de vie quotidien

Les boîtes à lunch

- Identifier les avantages à concevoir les lunchs et les collations à la maison avec la participation des enfants

- Intégrer dans leurs habitudes familiales régulières et selon leur convenance, les éléments de l'ABC de la boîte à lunch soit l'organisation, la planification et l'élaboration des lunchs
- S'approprier les notions du guide alimentaire et de l'information nutritionnelle (étiquetage) afin de faciliter les choix santé
- Acquérir des habiletés pour réaliser des options de lunch diversifiées, attrayantes, économiques et santé
- Élaborer une boîte à lunch nourrissante et conforme au guide alimentaire canadien

L'équilibre budgétaire

- Identifier leurs actifs et passifs
- Élaborer un budget annuel
- Reconnaître leurs habitudes de consommation
- Identifier leur niveau d'endettement

La gestion du temps et la communication en famille

- Reconnaître les avantages d'une bonne gestion du temps
- Établir une grille horaire
- Reconnaître les concepts de communication
- Reconnaître et appliquer les principes de communication parents-enfants

L'image corporelle et l'estime de soi en lien avec un poids naturel

- Augmenter les connaissances sur les concepts d'image corporelle en lien avec le contrôle du poids / poids naturel
- Réfléchir sur les croyances et les comportements reliés à l'image corporelle et au contrôle du poids;
- Reconnaître l'influence que les adultes significatifs exercent sur l'image corporelle, l'attitude et le comportement à l'égard du poids chez les jeunes
- Identifier leur rôle dans la promotion d'une image corporelle saine et diversifiée chez les jeunes, en lien avec le poids naturel

Cessation tabagique

- Prendre conscience que la cigarette engendre une dépendance
- Reconnaître et identifier quelques impacts de l'usage de la cigarette sur la santé
- Reconnaître et identifier des obstacles liés à l'arrêt du tabagisme
- Reconnaître et identifier quelques bénéfices associés à l'arrêt du tabac
- Se familiariser avec des stratégies pouvant aider à l'arrêt du tabac

Bien-être et santé mentale

- Reconnaître et identifier quelques signes du bien-être mental (personnel, familial, collectif).
- Reconnaître et identifier quelques obstacles au bien-être mental (personnel, familial, collectif).
- Prendre conscience des attitudes et des comportements nécessaires pour aider à prévenir le suicide.
- Prendre conscience des stratégies pouvant aider à la réduction de la violence et de l'abus de substances

7- Facteurs de protection / indicateurs proxi de santé

L'approche écologique fondamentale du développement des Cercles Préventifs Hans Kai québécois tient compte de l'influence des environnements familiaux et socioculturels sur les comportements de santé des individus. Un suivi sur certains facteurs de protection de la santé est proposé dans le cadre du processus de transférabilité et d'autonomisation de la santé des individus et des groupes de Cercles Préventifs. Ces facteurs de protection peuvent permettre le développement de compétences dans l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie. Ces facteurs de protection, utilisés (TA, poids, tour de taille et habitudes de vie) dans l'étape précédente du programme en Cercles fermés en 2010-2011 a permis de situer ces facteurs comme des éléments incontournables pour certains individus engagés déjà dans un processus d'action vis-à-vis le changement d'habitudes de vie. Cependant, ces mesures ne se prêtent pas à tous les individus, selon leur étape de réflexion, et peuvent même offenser ou contribuer à de la stigmatisation ou aux inégalités de santé Il faut utiliser le jugement clinique et la prudence dans la promotion de mesures invasives ou non. Notre approche propose strictement des mesures non invasives et incluant l'évaluation aussi des environnements, afin de réduire la perspective historique culpabilisante des principes d'origine de la santé publique.

1-TA

2-tour de taille

3-Poids

4-% gras (balance impédance)

5-Habitudes de vie

6-Familes en santé

7-CANRISK - dépistage du diabète

8- Indice du mieux vivre canadien

Notez que ces outils doivent faire l'objet de processus d'évaluation éthique. L'Université du Québec a octroyé depuis 2010 jusqu'à 2013 son appui éthique à ses outils dans les groupes en Outaouais. Dans le cadre de l'adoption de l'approche pan québécoise, un

projet global d'évaluation serait déposé et obtiendrait pour les coopératives membres intéressées. les approbations éthiques nécessaires.

8- Évaluation continue

Une grille d'évaluation continue des Cercles Préventifs Hans Kai est déposée en annexe G. Les animateur seront des professionnels de la santé et auront des rapports de rencontres à produire mensuellement et participeront à un encadrement visant l'appui optimal dans la prestation de services d'excellence et de rigueur en matière de pratiques cliniques préventives novatrices.

9- Évaluation d'impact

Les coopératives membres engagées dans le processus participeront à une évaluation d'impact pan québécoise des CPHK pour en produire de rapports sur les impacts attendus, non attendus et avantages/désavantages. Un devis méthodologique et un protocole sera déposé en 2014 en ce sens.

ÉQUIPE DE RECHERCHE
UQO-FQRSC-Quartiers en santé
Promotion de la santé urbaine et des saines habitudes de vie

Fonds de recherche Société et culture Québec

Université du Québec en Outaouais

FICHE TECHNIQUE

Le Mimosa du Quartier

Présenté à la ville de Gatineau

Par

Judith Lapierre, Solange Mudahogora, Marie-Louise Maberu, Cindy Bouchard & Assumpta Ndengeyingoma

- **Témoignages des familles du Quartier**
- **Spécificités du projet**
- **Concept du Mimosa du Quartier**
- **Populations cibles**
- **Valeurs**
- **Plan de services : Objectifs et moyens**
- **Retombées pour la ville et le quartier**
- **Partenaires**
- **Présentation de l'équipe promotrice du Mimosa**
- **Annexe**

Témoignage des familles du Quartier

Vivre au centre-ville de Gatineau, expérience paradoxale des jeunes familles

Voici des témoignages de parents tirés de la recherche FQRSC-Quartiers en santé en prévention de l'obésité dans le cadre du programme Le parc à nous, le banc d'école aux parents, été 2011, Parc Fontaine.

Sentiment d'appartenance fragilisé par l'insécurité mais certain!

« *les seringues, les bums, les prostituées, juste en face de chez vous… » « on a eu un meurtre juste en face de chez nous, premier meurtre de l'année » « y'avait aussi des tireurs d'élite pour faire des descentes dans ce bloc là »« réseau de drogues »« deux ou trois places autours, des petites maisons de joie là »« du trafic, des vols en plein jour »*
« J'aime ca quand même le vieux Hull, c'est un rappel que tu ne peux pas faire confiance, tu ne peux pas baisser tes gardes »
« comme dans notre quartier aussi, si tu parles à personne dans ton quartier parce que tu te sens pas en sécurité, tu peux pas être en santé là, t'as peur de quelque chose »
« Mais s'ils veulent que les familles restent dans le vieux-Hull, il va falloir qu'y aille plus de présences policières et augmenter la sécurité ». « On est vraiment laissés pour compte ».

Contexte de pauvreté

« *y'a des soirs où t'arrives juste à rejoindre les deux bouts…aussi bien le faire mon spagat mais à un moment donnée tu viens écoeuré de manger du spagat »*
«y'a pas grand-chose et tout est super cher, je voudrais bien les inscrire à plein de choses mais faut payer… »

L'importance du voisinage et des services publics

« C'est se rendre vulnérable que de connaître son voisin »
« J'ai plus de chance d'avoir de l'aide, et de la bonne aide et de la vraie aide avec un inconnu qu'avez mon entourage »
« Tsé, sur ma rue là, on peut pas dire qu'on parle à tout le monde, là… on a un quartier rough mais on est une couple de familles, pis on se surveille plus tous les jours, on se surveille pour tous s'aider là… fait que c'est un petit peu une action de quartier,.. c'est devenu de même. »
« Le CLSC ici, y'ont pas beaucoup de services famille. Je trouve qu'y sont pas très présents, dans un quartier où y devraient être plus présents. »
« Pis souvent quand tu vas là, ben souvent, t'as comme une attitude, la… c'est comme, tu te sens comme, je vais éviter l'aller là. C'est l'impression que ca te donne. »
«T'as pas le gout de te faire juger pus t'es pas en confiance. »

Un projet de collectivités, de quartiers en santé…

« le côté communauté du quartier, c'est que c'était dans notre quartier, c'était avec des enfants du quartier, avec des parents du quartier »
« on a participé à quelque chose en famille, c'était le fun. On se rendait là ensemble pis c'était notre rendez-vous du lundi, mettons »
« Ca nous a aidé à vraiment dire » « ben là, on fait des choix santé, puis on a eu beaucoup d'information dans les ateliers »
« Ca m'a conscientisé sur les habitudes de vie, c'tait pas juste l'alimentation, la, c'était vraiment tout, au complet »
« Tsé, moi je savais pas que je pouvais être à risque d'avoir des maladies cardiaques, mettons, parce que je mangeais trop gras, tsé? »
« J'ai jamais fait de budget de ma vie avant, à mon âge »
« C'est l'échange aussi »
« Tsé comment toi, tu fais? Tsé de voir d'autre familles comment y s'arrangent aussi… »
« Tsé c'est le fun de parler à d'autres familles parce souvent on est tous de notre bord »
« Y'avaient plus confiance les enfants, ca leur a donné confiance… Surtout à la fin, y leur ont donnée un petit diplôme, y étaient fiers, là, c'était comme WOW! »
« Surtout l'idée de boire de l'eau.. j'ai apprécié cela vraiment – quand c'était le défi, ils le faisaient à merveille »

Spécificités du projet

Approche intégrée
L'approche de promotion de la santé couvre principalement 5 secteurs d'intervention, tels que définis par l'Organisation mondiale pour la santé : le développement de politiques publiques favorables, le renforcement de l'action communautaire, le développement des aptitudes individuelles, la création de milieux favorables et la réorientation des services de santé vers la promotion et la prévention.

Action sur les inégalités de santé
L'effort de promotion de la santé vise à atteindre l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus les moyens et les occasions de réaliser pleinement leur potentiel de santé. Cela suppose notamment que ceux-ci puissent s'appuyer sur un environnement favorable, aient accès à l'information, possèdent dans la vie les aptitudes nécessaires pour faire des choix judicieux en matière de santé, et sachent tirer profit des occasions qui leur sont offertes d'opter pour une vie saine. Sans prise sur les divers paramètres qui déterminent la santé, les gens ne peuvent espérer parvenir à leur état de santé optimal.

Action sur les déterminants sociaux
Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Les déterminants sociaux de la santé sont l'une des principales causes des inégalités en santé, c'est à dire des écarts injustes et importants que l'on enregistre au sein d'un même pays ou entre les différents pays du monde. Assurer à une collectivité, un logement adéquat, de qualité, en plus d'une approche de soutien en situation de crise et un plan de vie en santé pour une action renforcée sur les déterminants sociaux est stratégique et novateur. Il existe plus de 14 déterminants sociaux de la santé. Ce projet spécifique cible spécifiquement la majorité des déterminants sociaux soit le logement, le revenu, le développement de la petite enfance, les comportements de santé, l'éducation, la littératie en santé, la sécurité alimentaire, la préparation à l'emploi, l'exclusion sociale, etc.

Habilitation personnelle, familiale et collective
L'intégration exceptionnelle de ce projet soutenue par une équipe d'experts en promotion de la santé, en développement psychosocial et en développement communautaire favorise l'habilitation personnelle, familiale et collective des familles fragilisées dans un projet de transition sur cinq ans.

Appartenance locale
Le milieu de vie proposé ajouté au plan de services ainsi qu'à la vie collective saine favorisée, crée une synergie unique pour le renforcement de l'appartenance locale et le retour des jeunes familles au cœur du centre-ville, favorisant ainsi leur contribution à la vie communautaire.

Développement social et économique
Le projet soutient la transition des familles à travers différentes étapes et inclue un retour sur le marché du travail, dans les 5 ans, situant les retombées aussi au plan de l'économie locale et de l'économie sociale. La force du projet se situe aussi dans l'intégration des familles aux réseaux de services existants et le renforcement de la cohésion sociale et du tissu social, servant de filet de sécurité dans l'adversité. Le projet est donc un investissement à long terme dans les générations actuelles et futures.

Concept du Mimosa du Quartier

Le Mimosa du Quartier représente d'abord l'enracinement et l'équilibre de l'arbre à fleurs roses : *Le Mimosa favorise cet ancrage solide des familles à la vie de la communauté.* Le Mimosa du Quartier fait aussi appel à l'une des étoiles les plus brillantes de l'espace. Tel une étoile qui brille dans la nuit et éclaire une voie, le Mimosa propose un ressourcement aux familles, favorable au développement de la résilience. *Le Mimosa stimule l'infini des possibilités pour les familles, revitalise les rêves des familles et des enfants et stimule l'essor nécessaire au développement social et économique des familles.* Le mimosa offre un tremplin vers l'autonomisation et l'épanouissement des jeunes familles pour le mieux-être collectif de la communauté entière. Réinsertion socioéconomique, habilitation à la santé physique et psychosociale familiale et citoyenneté responsable locale sont trois piliers fondamentaux.

Spécifiquement, cinq volets d'accompagnement selon la trajectoire familiale s'imposent :

1. Accompagner les jeunes familles fragilisées au moment de la crise ayant mené à la recherche de logement, soutenir l'expérience de transitions dans la priorisation des besoins fondamentaux de logement, sécurité, sommeil et saine alimentation.
2. Favoriser, par la suite, l'habilitation par les occasions d'apprentissages en vue d'améliorer les habitudes de vie familiales, de soutenir le développement psychosocial des enfants et d'atténuer les effets négatifs de certains déterminants sociaux de la santé.
3. Par la promotion de conditions environnementales structurantes, favoriser le développement de l'estime de soi des jeunes, des parents et favoriser la résilience familiale.
4. Par un encadrement au maintien des nouvelles habitudes, aux nouveaux comportements et aux nouvelles structures favorables à la santé, faciliter l'exercice de choix santé par les familles.
5. Finalement, préparer la voie pour l'autonomisation complète de la famille à la phase tremplin, en accompagnant les diverses prises de décision relatives au départ du Mimosa.

Populations cibles

<u>Volet 3, 60% – avec soutien communautaire / plan de services</u>

Mères monoparentales, pères monoparentaux, et jeunes femmes enceintes à faible revenus avec enfants à charge vivant un contexte de fragilisation, engagées dans une démarche d'insertion socioéconomique et de prise en charge de santé et motivées par l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie dans le cadre d'un plan de vie (« carte de rêves »).

Volet 1, 40%

Le Mimosa cible ici les familles immigrantes récentes et réfugiées, les personnes seules vivant avec une maladie chronique et les familles avec un enfant vivant avec un handicap.

Il est fondamental pour l'équipe de soutenir en priorité les familles du volet 3 pour lesquelles ce projet a été développé spécifiquement, d'où la requête d'un ratio minimal 60%-40%. L'expérience de travail en maison d'hébergement de Lapierre, Mudahogora et Maberu où les familles bénéficient de 8 semaines de répit et sont remises à la rue avec leurs enfants démontrent concrètement, sans équivoque, la nécessité de répondre aux besoins de familles fragilisées par des accompagnements professionnels aux transitions personnelles et socioéconomiques sur une période de temps optimale, pour ultimement soutenir une réintégration optimale au développement social et économique de la société. Toute l'approche du concept sous-tend la valorisation du pouvoir d'agir des familles par l'accompagnement. La mixité répond à d'autres besoins, soit celui de réduire les écarts entre les familles, de favoriser l'autonomisation plus rapide aux familles qui sont en mesure de le faire, d'offrir un créneau d'habitation-santé pour soutenir l'autogestion des familles vivant avec des limites de santé et finalement, de soutenir la diversité culturelle, à la lumière des caractéristiques démographiques de Gatineau. Cependant, nous ne pouvons garantir l'offre et l'accueil des services préventifs aux familles du volet 1, bien qu'ils leur soient offerts sur demande.

Valeurs

Les valeurs associées au concept d'habitations sont l'habilitation individuelle, familiale et collective, l'équité, l'entraide et le renforcement du tissu social. Le Mimosa du Quartier, propose les valeurs ajoutées que sont l'accessibilité à la santé par un soutien à l'acquisition d'un niveau de littératie en santé favorable, la démocratisation de la santé, la compassion et l'empathie, la liberté de choix, l'intégrité dans l'intervention et les études et finalement l'excellence et la rigueur dans les soins et la recherche scientifique en santé par l'utilisation des meilleures pratiques et des données probantes auprès des familles, autant du volet 3 lié à une convention d'habitation que du volet 1 sur demande par ce bassin de populations (familles immigrantes, personne seule vivant avec une maladie chronique ou famille avec enfant vivant avec un handicap).

Plan de services : Objectifs et moyens

Phases	Objectifs	Moyens
Situation de crise	Favoriser l'expression des peurs, appréhensions, pertes et stabiliser les émotions	Évaluation psychosociale et familiale des besoins, tenant compte du contexte, des déterminants sociaux et de l'analyse comparative diversifiée
Transition	Soutenir l'installation au logement, assurer la sécurité, évaluer le sommeil et favoriser la saine alimentation	Co-construction du plan d'accompagnement professionnel transdisciplinaire en tenant compte de la pyramide de Maslow
Habilitation	Développer et soutenir l'auto efficacité familiale pour l'autonomisation de la famille	Au plan d'accompagnement, réalisation du plan d'habilitation en faisant émerger avec la famille, ses forces, ses défis, ses contraintes et ses ressources. Évaluer les besoins d'apprentissages en lien avec les saines habitudes de vie et établir les objectifs. Inclure des visées liées à l'accompagnement naturel par la création de cercles préventifs (groupe d'entraide)
Résilience	Renforcer le sentiment ainsi que la capacité de résistance aux épreuves et de rebondissement en augmentant le niveau de littératie en santé et société	Consolidation de l'espace collectif contribuant au lien d'appartenance à la communauté et au tissu social par la carte des réseaux sociaux locaux et des ressources locales et de l'intégration socio-économique incluant la saine gestion financière
Tremplin	Préparer et accompagner la famille dans sa nouvelle transition d'autonomisation	Réalisation de la carte de vie et des rêves de la famille incluant celle des enfants. Préparation du départ et de la transition. Services de soutien post-hébergement du Mimosa du Quartier

Retombées pour la ville de Gatineau et le quartier

- Attendu que le dernier rapport annuel du MSSSQ (2011) cite trois éléments favorables aux actions locales en amont des problèmes et dans la réduction des inégalités de santé et de bien-être soit : agir de façon concertée sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être, réduire et gérer les risques pour améliorer la santé, la sécurité et l'environnement par le renforcement de la pratique d'évaluation d'impact des politiques publiques sur la santé et par la création d'une culture de la prévention et finalement, renforcer la viabilité et la résilience des collectivités et soutenir le développement de communautés en santé;
- **Attendu le rôle grandissant des municipalités québécoises en promotion de la santé (**Villes et villages en santé, politiques familiales, Politiques MADA-Amies des aînés et amies des enfants, politique sur les saines habitudes de vie, etc.);

- Attendu les résultats de notre dernier sondage FQRSC Quartiers en santé 2010-2011 auprès des élus municipaux et du résultat probant sur le rôle indéniable des municipalités dans la création d'environnements (sociaux, économiques, physiques et politiques) municipaux favorables aux saines habitudes de vie
    - Soutien des élus québécois à une offre accrue de services d'activité physique, sur une base régulière et accessible à proximité des ménages, en milieu scolaire et municipal ainsi qu'après l'école;
    - Soutien des élus aux modes de vie physiquement actifs par l'aménagement du territoire favorable au transport actif;
    - Soutien des élus envers une offre alimentaire saine dans les milieux;
    - Soutien à la lutte à l'insécurité alimentaire dans les quartiers;
- Attendu que les résultats de sondage indiquent que les municipalités sont sensibles à la question de l'obésité grandissante et aux environnements obésogéniques des quartiers;
- Attendu que la grande majorité des élus et fonctionnaires municipaux estiment que l'intensité des services et de la couverture en matière de services préventifs et de promotion n'est pas suffisante;
- Attendu le portrait de santé plus statistiquement défavorable à Gatineau que dans le reste du Québec sur certains indicateurs clés (tabac, obésité, cancers, décrochage, sédentarité, écarts socioéconomiques entre les quartiers) et la forte croissance démographique de Gatineau;
- Attendu le plan de développement de Gatineau, de revitalisation et de densification du secteur du vieux-Hull;
- Attendu l'axe de développement social et de santé du plan stratégique de la Conférence régionale des élus de l'Outaouais (2007-2012) et ses priorités sur l'accessibilité et la proximité des services pour chaque territoire de la région, l'accroissement de la vitalité des communautés, la participation active des individus face à leur mieux-être, sur la réductions des inégalités socio-économiques par la lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale et sur l'ajustement aux changements démographiques anticipés;
- Attendu l'apport essentiel du logement social à la lutte contre les inégalités de santé, comme tremplin de contributions futures des familles fragilisées hébergées avec soutien et comme point d'ancrage de toute politique sociale et de développement économique;
- Attendu la mission de développement solidaire et de promotion de la santé du groupe promoteur appuyeur Le Mimosa du Quartieré;
- Attendu l'historique de leadership de Lapierre au sein de Quartiers en santé en promotion de la santé dans la collectivité locale, provinciale et nationale et des autres membres dans le développement d'initiatives locales;
- Attendu l'historique d'actions communautaires par la recherche FQRSC (distributions de paniers à des familles à faibles revenus, suivis en saines habitudes de vie, animations du Parc Fontaine depuis bientôt 4 ans par le soccer récréatif pour faire bouger les jeunes, hockey hivernal, ateliers à l'Amicale des personnes handicapées, Kiosques au marché d'été AGAP, etc.) à Gatineau avec plusieurs partenaires et spécifiquement dans le secteur du Vieux Hull (École Notre Dame, Parc Fontaine, Diocèse, Association des personnes vivant avec la douleur

chronique, Anorexie-Boulimie, Hull en santé, Groupe d'acteurs en saines habitudes de vie du CSSS de Gatineau, Maison Univers Femmes, etc.);

- Attendu le plan d'action d'avril 2012 de la politique d'habitation de la ville de Gatineau;

- ❖ Le développement de collectivités, de quartiers en santé, par le projet de logement solidaire et mixte LE MIMOSA du Quartier, se positionne comme un acteur clé pour soutenir Gatineau dans sa mission visant à répondre aux besoins des familles gatinoises à faible revenu, à contribuer au tissu social et à la cohésion sociale, au renforcement du capital social local et au développement économique de la ville de Gatineau;

- ❖ Les services de promotion de la santé constituent une offre complémentaire au réseau de santé publique en matière de services préventifs de proximité et en promotion de la santé pour la ville et la région; son expertise en santé publique est largement reconnue et ses actions de promotion contribuent à la santé des citoyens; le rayonnement en promotion de la santé des actions de Lapierre et collaborateurs est international;

- ❖ Certains des membres fondateurs du Mimosa du Quartier sont originaires de Gatineau, ayant grandi et travaillé ici et connaissant les besoins locaux et l'évolution de la ville et les autres membres sont issues de collectivités immigrantes bien au fait du phénomène d'acculturation, localement; Deux ont été très activement impliqués au sein du CA et des services de la coopérative locale Quartiers en santé, ayant émergé des travaux de recherche financés par l'ASSO et le FQRSC via l'équipe de recherche sous la direction de Lapierre;

- ❖ L'équipe, de par ses collaborations de recherche avec la ville de Gatineau recommande aussi l'utilisation d'outils à la municipalité pour augmenter sa capacité à rencontrer les défis actuels de l'urbanisation et du développement durable : la formation et le déploiement des études d'impact sur la santé, l'utilisation des analyses sous l'angle de la santé comme outil de prises de décision en gouvernance locale, de l'outil d'évaluation de l'équité en santé « Urban Heart » en gouvernance locale et l'adoption d'une approche de planification municipale ancrée aux principes de développement de l'intégration de la santé dans toutes les politiques, concept health in all policy de l'Organisation mondiale pour la santé

- ❖ La synergie proposée par le Mimosa entre le groupe de ressources techniques du ROHSCO, la ville, la SHQ et les nombreux partenaires est arrimée aux objectifs de développement social, économique, culturel, environnemental et de santé de la collectivité et favorise l'équité, la santé et le développement durable.

Le Mimosa du Quartier présente un concept d'habitation jumelé à un service d'accompagnement comprenant un espace temporaire de ressourcement et un tremplin en vue d'améliorer le contrôle sur sa vie et celle de sa famille. L'accompagnement dans le parcours de vie de la famille et la trajectoire unique parsemée de divers défis avec des ressources spécifiques est optimisé par une évaluation multidisciplinaire et psychosociale ancrée aux ressources locales et aux réseaux de services. Le renforcement du tissu social interne par les cercles préventifs Hans Kai, groupes d'entraide du Mimosa du Quartier, soutient l'habilitation à la vie collective communautaire et à l'insertion socioéconomique de la famille dans sa communauté. Ce concept d'habitation relève des principes de l'Organisation mondiale pour la santé (OMS), précisément les communautés en santé ou les quartiers en santé et de l'approche pansociale de la santé et de la gouvernance pour la santé de l'OMS, appelée l'intégration de la santé dans toutes les politiques (HIAP) pour laquelle Lapierre a obtenu une attestation de formation de l'OMS en décembre 2011 en Australie.

Le Mimosa du Quartier s'inscrit dans les retombées de la recherche FQRSC-Quartiers en santé, volet politique du site de Gatineau, financées par les actions concertées du Fonds Québécois de recherche sur la société et la culture de 2010-2013 à Lapierre et al. Ce concept constitue un produit de transfert des connaissances issu des travaux scientifiques réalisés à l'Université du Québec en Outaouais par Lapierre et al.

Annexe

Caractéristiques du modèle d'habitation

Secteur : Hull dans un quartier avec une école primaire, proche de services de base (autobus aux passages fréquents, stationnement incitatif, alimentation, CLSC, etc.), sécuritaire, vert (parc pour enfants accessible), maisons de jeunes pour des activités récréatives et sportives, secteur offrant des logements comparables abordables pour faciliter la transition vers la période post-hébergement.
Unités : 18-24 sur 3 étages avec accès personnel et direct sur l'extérieur. Répartition des unités selon le plan déposé. Parmi ces unités, 3 seront à accessibilité universelle. L'insonorisation doit être optimale pour les familles. Les revêtements de planchers devront être résistants et faciles d'entretien. Les logements seront semi-meublés (électroménagers).
Salle communautaire : Espace éducationnel collectif ou récréatif, cuisine collective, espace de rangement pour chaque unité.
Bureaux du soutien communautaire du groupe promoteur et de ses partenaires dont Quartiers en santé : Poste d'accueil et trois bureaux fermés pour consultation interdisciplinaire par des professionnels et intervenantes, plus salle communautaire avec technologies (café communautaire cybersanté et pour les services éducatifs de groupe). Accès direct de l'extérieur.
Cabanons extérieurs : Un par famille.

Espace de stationnement : Limité mais avec quelques espaces.
Espaces verts : mini-cour extérieure fermée avec structures de jeux pour enfants et terrain propice à des activités sportives et toit vert pour la saine alimentation et l'apprentissage de la culture et de cuisine-santé.

Concept : Bâtiment de bonne qualité environnementale et ecoénergétique (certification LEED® visée)

Critères de sélection du volet 3

- ✓ Seuil de revenu de l'OMH
- ✓ Contexte de fragilisation (défis sociaux- perte d'emploi, divorce, adolescentes enceintes, séparation, immigration récente, décès d'un conjoint, maladie chronique de la mère ou de l'enfant, isolement social, etc.)
- ✓ Enfant (s) à charge, un seul adulte responsable à temps plein ou en garde partagée
- ✓ La personne seule est déterminée à s'engager dans le projet d'accompagnement en 5 phases pour la réinsertion sociale, économique, culturelle, communautaire et de santé
- ✓ Motivée à participer à la vie communautaire du projet d'habitation

Critères de sélection du volet 1

- ✓ Seuil de revenu de l'OMH
- ✓ Contexte d'immigration récente ou statut de réfugié
- ✓ Famille avec un enfant vivant avec un handicap
- ✓ Personne seule vivant avec une maladie chronique

ÉQUIPE DE RECHERCHE
PÉPO - ULAVAL - UQO
Promotion de la santé urbaine et des saines habitudes de vie

Fonds de recherche
Société et culture
Québec

PLAN DE SERVICE DU MIMOSA DU QUARTIER

Organisme et sa mission

Spécificités du projet

Valeurs de l'habitat-santé

La population cible

Le groupe de ressources techniques

La participation citoyenne

Les services aux membres

L'accompagnement auprès des familles hébergées

Budget

Milieu-situation géographique

Caractéristiques du modèle d'habitation

Gatineau – 13 janvier 2013, révision 22 octobre 2013

PLAN DE SERVICE

L'ORGANISME ET SA MISSION

Le MIMOSA du Quartier vise à acquérir, construire et gérer des logements communautaires dans le but de les offrir en location à des familles fragilisées à faibles et modestes revenus. Il entend aussi favoriser une approche intégrée qui vise la réinsertion socioéconomique, l'habilitation à la santé physique et psychosociales familiales et la citoyenneté responsable locale des familles fragilisées. Il vise aussi à offrir des services de promotion de la santé, de soutien et d'accompagnement aux jeunes familles fragilisées dans le but de favoriser l'autonomisation et l'épanouissement des jeunes familles pour le mieux-être collectif de la communauté. Le MIMOSA peut recevoir des dons, legs et autres contributions de même nature en argent, en valeurs mobilières ou immobilières; administrer de tels dons, legs et contributions, organiser des campagnes de souscriptions dans le but de recueillir des fonds à des fins charitables.

Le Mimosa du Quartier représente d'abord l'enracinement et l'équilibre de l'arbre à fleurs roses : *Le Mimosa favorise cet ancrage solide des familles à la vie de la communauté.* Le Mimosa du Quartier fait aussi appel à l'une des étoiles les plus brillantes de l'espace s'inscrivant dans la croix du Sud. Tel une étoile qui brille dans la nuit et éclaire une voie, le Mimosa propose un ressourcement aux familles, favorable au développement de la résilience. *Le Mimosa stimule l'infini des possibilités pour les familles, revitalise les rêves des familles et des enfants et stimule l'essor nécessaire au développement social et économique des familles.* Le mimosa offre un tremplin vers l'autonomisation et l'épanouissement des jeunes familles pour le mieux-être collectif de la communauté entière. Réinsertion socioéconomique, habilitation à la santé physique et psychosociale familiale et citoyenneté responsable locale sont trois piliers fondamentaux.

Spécifiquement, cinq volets d'accompagnement selon la trajectoire familiale s'imposent au plan de d'accompagnement détaillé en page 8 du présent document:

6. **Accompagner les jeunes familles fragilisées au moment de la crise** ayant mené à la recherche de logement, soutenir l'expérience de transitions dans la priorisation des besoins fondamentaux de logement, sécurité, sommeil et saine alimentation.
7. Favoriser, par la suite, **l'habilitation par les occasions d'apprentissages** en vue d'améliorer les habitudes de vie familiales, de soutenir le développement psychosocial des enfants et d'atténuer les effets négatifs de certains déterminants sociaux de la santé.

8. Par la promotion de conditions environnementales structurantes, **favoriser le développement de l'estime de soi des jeunes, des parents et favoriser la résilience** familiale.
9. Par un encadrement au maintien des nouvelles habitudes, aux nouveaux comportements et aux nouvelles structures favorables à la santé, **faciliter l'exercice de choix santé** par les familles.
10. Finalement, préparer la voie pour **l'autonomisation complète** de la famille à la phase tremplin, en accompagnant les diverses prises de décision relatives au départ du Mimosa.

LES SPÉCIFICITÉS DU PROJET

Favoriser une approche intégrée

L'approche de promotion de la santé couvre principalement 5 secteurs d'intervention, tels que définis par l'Organisation mondiale pour la santé : le développement de politiques publiques favorables, le renforcement de l'action communautaire, le développement des aptitudes individuelles, la création de milieux favorables et la réorientation des services de santé vers la promotion et la prévention.

Agir sur les inégalités de santé

L'effort de promotion de la santé vise à atteindre l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus les moyens et les occasions de réaliser pleinement leur potentiel de santé. Cela suppose notamment que ceux-ci puissent s'appuyer sur un environnement favorable, aient accès à l'information, possèdent dans la vie les aptitudes nécessaires pour faire des choix judicieux en matière de santé, et sachent tirer profit des occasions qui leur sont offertes d'opter pour une vie saine. Sans prise sur les divers paramètres qui déterminent la santé, les gens ne peuvent espérer parvenir à leur état de santé optimal. L'espace communautaire présentera un lieu d'information et de littératie en santé et le plan d'accompagnement prédispose aux meilleures choix santé dans les conditions et les limites des familles en évolution.

Agir sur les déterminants sociaux

Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie.

Les déterminants sociaux de la santé sont l'une des principales causes des inégalités en santé, c'est à dire des écarts injustes et importants que l'on enregistre au sein d'un même pays ou entre les différents pays du monde. Assurer à une collectivité, un logement adéquat, de qualité, en plus d'une approche de soutien en situation de crise et un plan de vie en santé pour une action renforcée sur les déterminants sociaux est stratégique et novateur. Il existe plus de 14 déterminants sociaux de la santé. Ce projet spécifique cible spécifiquement la majorité des déterminants sociaux soit le logement, le revenu, le développement de la petite enfance, les comportements de santé, l'éducation, la littératie en santé, la sécurité alimentaire, la préparation à l'emploi, l'exclusion sociale, etc.

Soutenir l'habilitation personnelle, familiale et collective

L'intégration exceptionnelle de ce projet soutenue par une équipe d'experts en promotion de la santé, en développement psychosocial et en développement communautaire favorise l'habilitation personnelle, familiale et collective des familles fragilisées dans un projet de transition sur cinq ans. Par le plan d'accompagnement et les moyens proposés au plan, le pouvoir d'agir des familles est renforcé au plan du développement social, économique et de santé psychosociale.

Développer l'appartenance locale

Le milieu de vie proposé ajouté au plan de services ainsi qu'à la vie collective saine favorisée, crée une synergie unique pour le renforcement de l'appartenance locale et le retour des jeunes familles au cœur du centre-ville, favorisant ainsi leur contribution à la vie communautaire. Le MIMOSA du QUARTIER réalisera sa mission en offrant un milieu rassembleur collectif pour l'ensemble des organismes locaux du territoire dont les offres de services sont alignées aux objectifs de notre organisme. Il offrira de plus, des activités de prévention et de promotion au voisinage (les Cercles Préventifs Hans Kai) et une cuisine collective ainsi qu'un jardin communautaire.

Soutenir le développement social et économique

Le projet soutient la transition des familles à travers différentes étapes et inclue un retour sur le marché du travail, dans les 5 ans, situant les retombées aussi au plan de l'économie locale et de l'économie sociale. La force du projet se situe aussi dans l'intégration des familles aux réseaux de services existants et le renforcement de la cohésion sociale et du tissu social, servant de filet de sécurité dans l'adversité. Au plan d'accompagnement en page 8, on présente comment la carte des réseaux sociaux (phase4) appuiera le plan de vie des familles et sera dessinée à l'aide du réseau de services et des programmes communautaires existants. Le projet est donc un investissement à long terme dans les générations actuelles et futures.

LES VALEURS DE L'HABITAT-SANTÉ

Les valeurs associées au concept d'habitations sont l'habilitation individuelle, familiale et collective, l'équité, l'entraide et le renforcement du tissu social. Le Mimosa du Quartier, propose les valeurs ajoutées que sont l'accessibilité à la santé par un soutien à l'acquisition d'un niveau de littératie en santé favorable, la démocratisation de la santé, la compassion et l'empathie, la liberté de choix, l'intégrité dans l'intervention et les études et finalement l'excellence et la rigueur dans les soins et la recherche scientifique en santé par l'utilisation des meilleures pratiques et des données probantes auprès des familles, autant du volet 3 lié à une convention d'habitation que du volet 1 sur demande par ce bassin de populations (familles immigrantes, personne seule vivant avec une maladie chronique ou famille avec enfant vivant avec un handicap). Ces valeurs sont intégrées à l'approche offerte aux familles et dans les interactions avec les familles, membres du MIMOSA. Les moyens mis en place véhiculent l'ensemble de ces valeurs.

LA POPULATION CIBLE

Le projet global comprend 21 unités dont 3 studios, 13, deux chambres à coucher et 5 trois chambres, en plus d'une salle de buanderie, d'espaces communautaires éducatifs et sociaux et d'un accès sécurisé au toit pour la culture et le jardinage.

Volet 3, 18 unités – avec soutien communautaire / plan de services

Mères monoparentales, pères monoparentaux, et jeunes femmes enceintes à faible revenus avec enfants à charge vivant un contexte de fragilisation, engagées dans une démarche d'insertion socioéconomique et de prise en charge de santé et motivées par l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie dans le cadre d'un plan de vie (« carte de rêves »).

Volet 1, 3 unités

Le Mimosa cible ici les familles, les familles immigrantes récentes et réfugiées, les personnes seules vivant avec une maladie chronique et les familles avec un enfant vivant avec un handicap.

Toute l'approche du concept sous-tend la valorisation du pouvoir d'agir des familles par l'accompagnement. La mixité répond à d'autres besoins, soit celui de réduire les écarts

entre les familles, de favoriser l'autonomisation plus rapide aux familles qui sont en mesure de le faire, d'offrir un créneau d'habitation-santé pour soutenir l'autogestion des familles vivant avec des limites de santé et finalement, de soutenir la diversité culturelle, à la lumière des caractéristiques démographiques de Gatineau. Cependant, nous ne pouvons garantir l'offre et l'accueil des services préventifs aux familles du volet 1, bien qu'ils leur soient offerts sur demande ainsi qu'à la collectivité locale et régionale.

LE GROUPE DE RESSOURCE TECHNIQUE

À cette fin, le GRT RHOSCO a été invité comme partenaire de l'organisme dans la réalisation de son projet. L'organisme a déjà ses Lettres patentes comme organisme à but non lucratif sous la Loi sur les compagnies, Partie III (L.R.Q., c. C-38 Partie III., art. 218).

LA PARTICIPATION CITOYENNE

Afin de favoriser la participation de nos membres, la structure démocratique sera constituée ainsi :

Les assemblées

Les assemblées des membres se répartissent en deux (2) catégories : les assemblées générales annuelles et les assemblées générales extraordinaires. Ces assemblées sont constituées des membres, tels que définis aux chapitres I et II. Elles détiennent l'autorité suprême sur toute question concernant la gestion de l'organisme LE MIMOSA DU QUARTIER. Elles exercent leurs pouvoirs par résolution et par règlement.

Les pouvoirs de l'assemblée

Le Conseil d'administration a autorité complète sur la gestion de LE MIMOSA DU QUARTIER. Ces pouvoirs, fonctions et devoirs sont particulièrement et non limitativement les suivants :

- Voir à la poursuite des buts et objectifs stipulés dans les lettres patentes de l'organisme LE MIMOSA DU QUARTIER et dans les présents Règlements
- Assurer la gestion complète particulièrement et non limitativement poser des actes spécifiques dans l'intérêt de LE MIMOSA DU QUARTIER.
- Veiller à ce que l'administration soit conforme aux lois et aux règlements qui en découlent.

- Formuler tout règlement interne nécessaire à la poursuite de ses fins.
- Assurer la responsabilité du choix, de la nomination, du renvoi et de la rémunération de tout le personnel jugé nécessaire pour LE MIMOSA DU QUARTIER.
- Assurer la représentation de l'organisme LE MIMOSA DU QUARTIER de l'organisme LE MIMOSA DU QUARTIER auprès des organismes, des corps publics, des gouvernements ou auprès de toute autre association.
- Préparer, convoquer et diriger ses assemblées.
- Établir des politiques conformes aux besoins de la collectivité servie par LE MIMOSA DU QUARTIER.
- Créer des comités qu'il juge nécessaire ou utiles et en désigner les membres.
- Accepter, refuser ou exclure les membres individuels ou collectifs de LE MIMOSA DU QUARTIER, conformément aux présents règlements.
- Contracter, transiger et autrement négocier avec tout groupe, organisme, association, compagnie ou ministère dans le but de poursuivre les objectifs de LE MIMOSA DU QUARTIER.
- Établir, pour chaque membre collectif, le coût de sa cotisation.
- Exercer toutes autres fonctions que peuvent lui confier les membres de LE MIMOSA DU QUARTIER, en tenant compte de la Loi des compagnies de la province de Québec et du Code civil en vigueur, particulièrement les dispositions relatives à la délégation des pouvoirs par LE MIMOSA DU QUARTIER à son Conseil d'administration.

Les pouvoirs spéciaux

LE MIMOSA DU QUARTIER délègue à son Conseil d'administration le pouvoir de faire des règlements pour les faits suivants :

- L'administration, la gestion et le contrôle de ses biens, de ses œuvres et de ses entreprises.
- La nomination, les fonctions, les pouvoirs et les devoirs de ses administrateurs, officiers, agents ou bénévoles.
- Le maintien de l'honneur et de la dignité de LE MIMOSA DU QUARTIER.
- Faire régie interne.
- L'édition de toutes publications jugées opportunes.
- Le contrôle et la surveillance de toutes les activités mettant en cause le bon nom de LE MIMOSA DU QUARTIER

- Prendre des positions officielles et publiques au nom de LE MIMOSA DU QUARTIER.
- La poursuite, de manière générale, de ses buts.
- Nulle personne ou organisme n'est habilité à se servir du nom de l'organisme LE MIMOSA DU QUARTIER de l'organisme LE MIMOSA DU QUARTIER pour quelques fins que ce soit à moins d'en avoir été dûment mandaté ou autorisé par résolution du Conseil d'administration.

Le conseil d'administration

Le conseil d'administration désigne et comprend tous les administrateurs élus par l'assemblée générale. En conformité avec les présents règlements et les règles de la Société d'Habitation du Québec, le Conseil d'administration est composé de sept membres, répartis selon les postes et statuts suivants : trois membres locataires (représentant le tiers des administrateurs exigés par la SHQ), (quatre) membres individuels et un (1) membre collectif.

En vertu de la loi, au moins une (1) assemblée des membres de la corporation est tenue annuellement ; c'est l'assemblée générale annuelle. Au cours de cette assemblée les administrateurs rendent compte de leur administration en présentant aux membres le bilan des activités de même que le bilan et les états financiers de l'année écoulée. C'est également au cours de cette assemblée que les membres procèdent à l'élection des administrateurs pour l'année suivante.

Les pouvoirs de l'assemblée générale

1) Recevoir et approuver le rapport des activités de AGM;
2) Approuver les états financiers;
3) Élire les membres du Conseil d'administration;
4) Adopter, abroger ou amender les présents Règlements ;
5) Si requis, déterminer le vérificateur externe;
6) Fixer et discuter des orientations et des objectifs de l'organisme LE MIMOSA DU QUARTIER.

Les comités de travail

Groupe formé afin de traiter d'un sujet particulier à la demande du Conseil d'administration.

Comité des plaintes : Le Conseil d'administration doit constituer un comité des plaintes composé de trois (3) administrateurs, excluant les membres locataires.

Après une première analyse de la recevabilité d'une plainte par la personne désignée à cette fin par le Conseil d'administration, s'il s'avère nécessaire d'entreprendre des mesures et ou des sanctions selon le cadre d'application des règlements d'immeuble de l'organisme ou de ce Règlement, le comité des plaintes réétudiera celle-ci. Les discussions se tiennent à huit-clos et la décision du comité est soumise sous forme de recommandation pour adoption au Conseil d'administration.

Comité de sélection des locataires : Un comité permanent de sélection est mis en place par le Conseil d'administration. Le comité a pour mandat d'établir les règles de sélection des locataires et d'effectuer les entrevues et l'acceptation de candidats pour fin d'approbation lors des assemblées régulières du Conseil d'administration. Celui-ci doit être composé d'au moins trois (3) membres du conseil d'administration et d'un membre collectif désigné par ce dernier. Les entrevues de sélection des locataires s'effectuent en présence de deux membres du comité qui, après analyse de la demande, soumettent leurs recommandations au comité pour décision. Un seul membre locataire du comité peut être présent lors des entrevues de sélection.

Comité de milieu de vie : Le Conseil d'administration constitue un comité permanent visant le développement d'un milieu de vie propice au bien-être des locataires. Le comité doit soumettre ses objectifs et son plan d'action lors des assemblées régulières du Conseil d'administration afin qu'ils soient autorisés au préalable. Lors de sa planification financière annuelle, le Conseil d'administration attribue un poste budgétaire pour les activités de milieu de vie de l'organisme. À ce titre, le comité doit soumettre au préalable les dépenses prévues pour la réalisation des activités prévues dans son plan d'action. La composition du comité est adoptée annuellement par le Conseil d'administration.

Comité des services à la collectivité : Le Conseil d'administration constitue un comité permanent clinique et de recherche en santé physique et psychosociale visant le développement, l'offre et l'évaluation des services à la collectivité en promotion de la santé. Le comité doit soumettre ses objectifs et son plan d'action lors des assemblées régulières du Conseil d'administration afin qu'ils soient autorisés au préalable. Lors de sa planification financière annuelle, le Conseil d'administration attribue un poste budgétaire pour les activités de milieu de vie de l'organisme. À ce titre, le comité doit soumettre au préalable les dépenses prévues pour la réalisation des activités prévues dans son plan d'action. La composition du comité est adoptée annuellement par le Conseil d'administration.

Les chargés de projet

Tout membre, bénévole ou non, qui prend en charge un projet de l’organisme «LE MIMOSA

DU QUARTIER ».

Catégories de membres

MEMBRES INDIVIDUEL : Est considéré comme membre actif individuel, toute personne qui respecte les conditions d'admission suivantes :

1) Adhérer aux objectifs et au Code d’éthique.
2) Payer la cotisation fixée par le Conseil d’administration.
3) Être retenu suite à une entrevue avec les membres mandatés par le Conseil d’administration.
4) L’adhésion doit être ratifiée par le Conseil d’administration.

MEMBRE COLLECTIF : Est considéré comme membre actif collectif, tout organisme ou groupe qui place une demande écrite auprès du Conseil d’administration, qui a été accepté par ce dernier et qui respecte les conditions d’admission suivantes:

1) Être un groupe ou association à but non lucratif.
2) Être un organisme ou un groupe dont les activités et les objectifs vont de pair avec les buts poursuivis par LE MIMOSA DU QUARTIER.
3) Être en accord avec les objectifs, buts et moyens de l’organisme LE MIMOSA DU QUARTIER et accepter de travailler à la réalisation des dits objectifs.
4) Être un organisme ou un groupe contrôlé démocratiquement par ses membres.
5) L’adhésion doit être ratifiée par le Conseil d’administration.
6) Accepter de payer une cotisation à l’organisme LE MIMOSA DU QUARTIER, laquelle cotisation est fixée par le Conseil d’administration.
7) Ne pas être un groupe ou une association gouvernementale ou paragouvernementale.

MEMBRES LOCATAIRES : Est considéré membre locataire toute personne qui est accepté par le comité de logement mandaté par le CA. Le membre locataire habite dans un logement du MdQ qui est en règle avec l’organisme. Pour être en règle, le membre locataire doit respecter le règlement d’immeuble de l‘organisme et ne doit aucunement nuire au bon fonctionnement de ce dernier. En outre, le locataire du volet 3 est reconnu participer à un plan conjoint de vie s’intégrant à sa vie collective et sociale et incluant un accompagnement professionnel de transition. Le locataire du volet 1 est reconnu participer à la vie associative du logement.

LES SERVICES AUX MEMBRES

Le soutien communautaire est indissociable du milieu de vie des locataires du projet. Celui-ci prend la forme de divers types d'intervention qui généralement a trait à :

- l'accueil, la référence et l'accompagnement vers des ressources externes,
- la sécurité,
- l'animation, au soutien à la vie associative et communautaire,
- la création de partenariats avec le milieu,
- l'intervention en promotion et prévention auprès des familles,
- l'intervention en promotion et prévention auprès de la collectivité locale et du voisinage-l'approche est fondée sur la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé avec 5 secteurs d'intervention d'origine (développement des aptitudes individuelles, création d'environnements favorables, renforcement de l'action communautaire, développement de politiques publiques favorables et promotion de changements d'habitudes de vie.

L'ACCOMPAGNEMENT AUPRES DES FAMILLES HEBERGEES

Phases	Objectifs	Moyens	Partenariats ciblés
Situation de crise	Favoriser l'expression des peurs, appréhensions, pertes et stabiliser les émotions	Évaluation psychosociale et familiale initiale des besoins, tenant compte du contexte, des déterminants sociaux et de l'analyse comparative diversifiée. À l'accueil d'une famille, dans les premiers 7 jours suivant son installation.	Ressource interne responsable : Une des infirmières cliniciennes spécialisées, docteure en promotion de la santé et membre du conseil d'administration Appui externe : Stagiaires en travail social du département d'attache de la professeure associée à

			lUQO : Lapierre
Transition	Soutenir l'installation au logement, assurer la sécurité et favoriser les saines habitudes de vie	Co-construction du plan d'accompagnement professionnel transdisciplinaire en tenant compte de la pyramide de Maslow.	Ressource interne responsable : Une des infirmières cliniciennes spécialisées et membre du conseil d'administration. *Dans le premier mois d'installation*
Habilitation	Développer et soutenir l'auto efficacité familiale pour l'autonomisation de la famille	Dans le plan d'accompagnement, selon la progression de la situation familiale et l'état de disposition de la (le) responsable familial, réalisation du plan d'habilitation en faisant émerger avec la famille, ses forces, ses défis, ses contraintes et ses ressources. Évaluer les besoins d'apprentissages en lien avec les saines habitudes de vie et établir les objectifs. Inclure des visées liées à l'accompagnement naturel par la participation aux cercles préventifs (groupe d'entraide).	Ressource interne responsable : Une des infirmières cliniciennes spécialisées et docteure en promotion de la santé et membre du conseil d'administration pour l'approbation finale du plan d'habilitation.
Résilience	Renforcer le sentiment ainsi que la capacité de résistance aux épreuves et de	Consolidation de l'espace collectif contribuant au lien d'appartenance à la communauté et au tissu	Ressource interne responsable : Réalisé par la ressource spécialisée en éducation spécialisée

	rebondissement en augmentant le niveau de littératie en santé et société	social par la carte des réseaux sociaux locaux et des ressources locales et de l'intégration socio-économique incluant la saine gestion financière.	et bonifié par l'équipe clinique pour augmenter le potentiel d'utilisation des ressources du réseau.
Tremplin	Préparer et accompagner la famille dans sa nouvelle transition d'autonomisation	Réalisation de la carte de vie et des rêves de la famille incluant celle des enfants. Préparation du départ et de la transition. Services de soutien post-hébergement du Mimosa du Quartier.	Ressource interne responsable : Réalisé par la ressource spécialisée en éducation spécialisée et bonifié par l'équipe clinique pour augmenter le potentiel d'autonomisation optimale.

En somme, **<u>chaque famille hébergée</u>** sera partenaire du projet d'accompagnement. Le projet comprend :

1.0 Rencontre initiale (situation de crise) et évaluation psychosociale et familiale (7 jours)
2.0 Rencontre du plan d'accompagnement (transition) et élaboration des objectifs généraux (à 1 mois)
3.0 Rencontre de suivi (transition) et élaboration des objectifs spécifiques d'habilitation (1X/mois durant les deux premières années)
4.0 Rencontre collective (résilience) et participation-responsabilité dans la vie associative et identification des ressources pour préparer l'autonomisation (deuxième- troisième année et quatrième année). Les rencontres de suivi sont alors au nombre de 6 par année.
5.0 Préparation de la transition (tremplin). L'année 5 vise à préparer le départ par un plan (carte de vie et des rêves) et des actions pour faciliter la transition. Les rencontres de suivi ont alors lieu 6 par année.

Les familles peuvent en tout temps, demander une demande de rencontre avec les intervenants de l'équipe clinique et des modifications au plan d'accompagnement. La réponse aux demandes sera réalisée dans les plus brefs délais.

Les déterminants sociaux et structuraux de la santé sont au cœur de notre ancrage philosophique d'intervention pour la santé. Le modèle logique en annexe présente le

positionnement de l'approche du MIMOSA dans son autonomisation et soutien au développement de quartiers en santé.

De plus, le quartier ainsi que les autres logements communautaires locaux profiteront de trois offres complémentaires de services suivantes avec les partenariats principaux suivants déjà impliqués avec l'équipe ou engagés formellement dans le processus d'habitat santé par une lettre d'appui déposée, l'organisatrice communautaire du CSSS, l'équipe de recherche ULaval-UQO en santé urbaine et saines habitudes de vie (Lapierre et al.), l'Association coopérative d'économie familiale locale, l'École culinaire pour tous du chef Thierry Deletrez, Jeunes Pousses, les Ateliers 5 épices, Regroupement des cuisines collectives du Québec, M***inistère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec – formation en hygiène et salubrité alimentaire – certification, etc., agent de coordination-spécialiste en aménagement et agriculture urbaine par les toit-verts (Mathieur Prévost), Centre de pédiatrie sociale de Gatineau, Soutien scolaire Gatineau, Association des retraités de l'Outaouais, etc. Ces partenaires représentent une liste courante des partenaires principaux.***

1- Le MIMOSA du QUARTIER offrira des **cercles préventifs Hans Kai** pour tous qui visent à :

- ✓ Offrir un lieu de **transfert, de partage et de soutien collectif** au changement d'habitudes de vie par la motivation, l'auto-efficacité et la facilitation à l'exercice de choix santé soutenu par des pratiques cliniques préventives et des pratiques familiales fondées sur les données probantes
- ✓ Créer un **noyau d'agents multiplicateurs de promotion de la santé** dans la collectivité pour soutenir le changement de normes sociales favorables à la santé
- ✓ Appuyer le développement **d'environnements socio-culturels** favorables par des **réseaux de solidarité** et de **participation citoyenne pour la santé**, à proximité

Une série de 12 ateliers en saines habitudes de vie seront offerts sur une base mensuelle et serviront la création d'un réseau naturel d'entraide (entre les rencontres formelles) pour le maintien des connaissances, des compétences et des objectifs dans lesquels les familles se seront engagées. L'équipe clinique offrira les ateliers de Cercles Préventifs Hans Kai et le groupe de maintien sera soutenu par l'agente de promotion de la santé. Ces ateliers et groupes de maintien associé (deux fois par mois) seront ouverts à la collectivité locale du voisinage et des environs. Une cuisine collective mensuelle sera aussi offerte aux membres; la certification MAPAQ à vie du Ministère d'agriculture, pêcheries et

alimentation (MAPAQ) en hygiène et salubrité alimentaire est valable en date du 11 janvier 2013 pour le MIMOSA par une accréditation à Judith Lapierre.

2- Le MIMOSA du QUARTIER organisera et soutiendra la mise en place d'une **cuisine collective santé locale mensuelle à base biologique issue de son jardin collectif sur le toit**, pour tous qui visent à :

- ✓ Offrir un lieu d'apprentissages et de développement du goût pour la cuisine en famille
- ✓ Soutenir et faciliter les choix santé en matière de cuisine économique
- ✓ Appuyer le développement d'une approche sociale intergénérationnelle de transfert des compétences et de cohésion sociale
- ✓ Amorcer un virement collectif vers l'appréciation et le développement de savoirs et de compétences en matière de culture d'aliments chez les jeunes et leurs familles

3- Le MIMOSA du QUARTIER organisera et soutiendra la mise en place **d'un service d'aide aux devoirs**, pour tous qui visent à :

- ✓ Appuyer les jeunes parents et les jeunes spécifiquement, dans l'atteinte des objectifs de réussite scolaire
- ✓ Soutenir le développement de compétences individuelles et familiales dans le soutien aux devoirs et leçons
- ✓ Offrir une aide de révision de la matière et de préparation aux exercices et ateliers

BUDGET

Pour assurer les services proposés, plusieurs stratégies sont proposées : recrutement de stagiaires étudiants de l'Université du Québec en Outaouais ou des collèges locaux, implication des membres du conseil d'administration à raison de 8 heures par mois pour l'intervenant en éducation spécialisée et l'infirmière clinicienne spécialisée, et pour les autres administrateurs, selon les projets ponctuels associés à leurs compétences. Selon les fonds disponibles via les divers programmes d'accessibilité à l'emploi, un poste d'agent de coordination de 14 heures par semaine sera affecté aux services et aux membres. Un poste d'intervenant en promotion de la santé à raison de 7 heures par semaine sera dédié à la promotion et prévention. Du côté administratif ce projet demandera une moyenne de 7 heures par mois pour le conseil d'administration (préparation avis divers, coordination des réparations à faire, perception de loyer etc.).

Organisme	
Budget de services	
REVENUS annuel	
Investissement en nature des membres du conseil d'administration (25.00$ X5X8) X12 mois	12000$
Loyer (21 unités X 10$ par unités pour vie associative) X12 mois	2520 $
Contribution des membres pour activités (4 activitésX5$x21 unités)	420$
Contribution gouvernementale (programme d'emploi-étudiants) 10$X240hres Contribution nature - Stagiaires UQO (estimation minimale 2/année pour 90 hres, 1 stage est 45 hres) 16$X90 Contribution nature, organisatrice communautaire CSSS Gatineau, Mme Anne Bellemarre (45$X10X12 mois) Partenariat-public-privé pour offres	2400$ 1440$ 5400$ 5000$
Revenus de location des espaces communautaires (20$X50 occasions) **TOTAL**	1000$ **30180$**

DÉPENSES	
Salaire – agent de coordination (14hres/50semX20$) Salaire – agent de promotion (inf).(7hresX50semX35$)	14000$ 12250$
Activités (4 sorties X 20$ X 21 unités)	1680$
Cuisines collectives-mijotons santé! (25$X7)	175$
TOTAL	**28 105$**

PARTENAIRES

Financier :

- Société d'Habitation du Québec (SHQ)
- Emploi Québec – subvention salariale
- Ressources Humaines Canada – Placement Carrière-Été

Du Milieu et des services à proximité

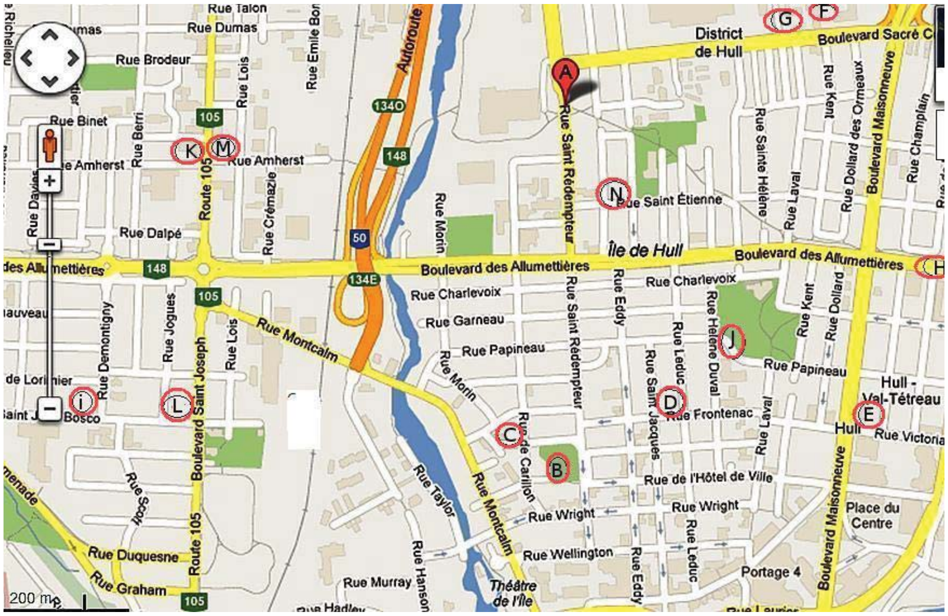
- **CLSC : 260 Rédempteur**
  Le CSSS de Gatineau
  CLSC de Hull, 85, St-Rédempteur J8X 4 E6
  819-966-6510
- **Une banque alimentaire Manne de l'île**
  119, rue de Carillon, Gatineau, QC J8X 2P8
  819-770-5261
- **Marché de solidarité régionale**
  41, rue Frontenac, Gatineau J8X 1Y9
  819-771-2915
- **Caisse Populaire de Hull**
- **Paroisse Notre Dame de l'île, centre de ressources communautaires variées et de groupes d'entraide**
  114 Sacré Cœur, Gatineau, J8X 1C5
  819-771-3285
- **École secondaire de l'Île**
  255 Saint Rédempteur Rue Hull, J8X 2T4
  819-771-6126
- **Collège St-Joseph**
  174 rue Notre Dame de l'île J8X 3T4
  819-776-3123
- **École primaire St Jean Bosco**
  171 St Jean Bosco J8Y3G5
  819-771-1594
- **École primaire Notre Dame**
  170, rue Papineau, J8X 1V9
  819-777-2818
- **Association des femmes immigrantes de l'Outaouais (AFIO)**
  4, rue Taschereau, bureau 520 Gatineau J8Y 2V5
  819 776-6764
- **Association des familles monoparentales et recomposées de l'Outaouais (AFMRO)**
  85, boul. Saint-Joseph Gatineau J8Y 3W6
  819 771-3269
  819 777-2952
- **Clinique des femmes de l'Outaouais**

228, boul. Saint-Joseph, bureau 201 Gatineau J8Y 3X4
819 778-2055

- **Groupe entre-femme de l'Outaouais**
  115, boul. Sacré-Coeur, bureau 208 Gatineau (Québec) J8X 1C5
  819 776-3694
- **Les Enfants de l'espoir de Hull**
  71, rue Ste-Hyacinthe, Gatineau J8X 2V3
  819-778-5259
- **Maison Alcide-Clément** (Maison de la famille de l'Île (Hull)
  132, rue Saint-Jacques Gatineau (Québec) J8X 2Z4
  819- 776-1306
- **Regroupement des organismes communautaires en santé mentale de l'Outaouais (ROCSMO)**
  92, boulevard St-Raymond, pièce 304, Gatineau (Québec) J8Y 1S7
  819- 770-1622
- **Communauto**
  Aréna Robert Guertin, St Rédempteur
  Bureau 115, boul. Sacré-Cœur, bur. 103 J8X 1C5
  819 595-5181

MILIEU-SITUATION GÉOGRAPHIQUE

Le projet se situe dans un quartier au cœur de l'île de Hull, rue St-Rédempteur. Ce site s'est avéré l'endroit de choix après 2 ans de recherche de terrains potentiels. Il est situé aux abords du Sentier de l'île, parc-sentier cyclable, en face d'une école secondaire, près de deux écoles primaires, d'un centre de ressources communautaires, d'un CLSC, du parc Fontaine où notre équipe anime depuis 5 ans, le sport récréatif gratuit chaque été ou plus de 15 jeunes par été reçoivent une certification en activité physique et saines habitudes de vie après s'être engagés dans une série de défis jeunesse et santé. Le site comprend l'accès à une ressource Communauto et comme notre projet se veut écologique avec peu de stationnement et une offre de vélos par famille, l'avantage que présente Communauté avec un accès en face, positionne notre projet de façon encore plus stratégique, offrant la possibilité aux familles d'accéder au transport avec véhicule. Le transport en commun est juste devant, la rue St-Rédempteur, étant une voie centrale au cœur de Hull. Le projet présente aussi des spécificités de mixités culturelle, intergénérationnelle et sociale, de par la diversité des habitants et des habitations du quartier. En somme, un endroit de choix, unique, se prêtant spécifiquement aux besoins de jeunes familles et offrant une ouverture des familles à un quartier vibrant, où le sentiment d'appartenance peut réduire certaines inégalités de santé.



Le projet a créé un dynamisme et une synergie positive entre le constructeur, l’architecte, le comité d’urbanisme, le groupe de ressources techniques et notre équipe promotrice. Ce projet se veut un modèle d’habitat-santé vert et écologique au cœur d’un projet plus large de revitalisation du centre-ville pour favoriser une nouvelle formule de vivre en ville pour les familles moins favorisées économiquement ou culturellement. Au moment où des promoteurs de condos de luxes s’installent dans le même quartier, il faut éviter à tout prix de pousser les jeunes familles à quitter le centre-ville au profit des classes moyennes à élevées. La ville doit demeurer une ville pour tous où les conditions de vie sont propices à des modes de vie sains. Ce projet met l’accent sur les déterminants sociaux de la santé pour favoriser l’adoption de modes de vie sains et le soutien à des modes de vie équilibrés, plus verts (jardinage, cuisine-santé), économiques et renforçant le capital social local. Le projet se distinguera aussi de par la qualité des unités et le caractère spécifique distinct des unités, une de l’autre pour favoriser le développement d’un sentiment de chez-soi à toutes les familles et les enfants qui reconnaîtront leurs unités à distance. Chaque unité aura un caractère propre qui la distinguera.

A) 260 Rédempteur

B) Le CSSS de Gatineau

CLSC de Hull, 85, St-Rédempteur J8X 4 E6

819-966-6510

C) Une banque alimentaire Manne de l’île

119, rue de Carillon, Gatineau, QC J8X 2P8

819-770-5261

D) Marché de solidarité régionale

41, rue Frontenac, Gatineau J8X 1Y9

819-771-2915

E) Caisse Populaire de Hull

F) Paroisse Notre Dame de l'île, centre de ressources communautaires variées et de groupes d'entraide

114 Sacré Cœur, Gatineau, J8X 1C5

819-771-3285

G) École secondaire de l'Île

255 Saint Rédempteur Rue Hull, J8X 2T4

819-771-6126

H) Collège St-Joseph

174 rue Notre Dame de l'île J8X 3T4

819-776-3123

i) École primaire St Jean Bosco

171 St Jean Bosco J8Y3G5

819-771-1594

J) École primaire Notre Dame

170, rue Papineau, J8X 1V9
819-777-2818

K) Association des femmes immigrantes de l'Outaouais (AFIO)
4, rue Taschereau, bureau 520 Gatineau J8Y 2V5

819 776-6764

L) Association des familles monoparentales et recomposées de l'Outaouais (AFMRO)

85, boul. Saint-Joseph Gatineau J8Y 3W6

819 771-3269

819 777-2952

M) Clinique des femmes de l'Outaouais
228, boul. Saint-Joseph, bureau 201 Gatineau J8Y 3X4

819 778-2055

F) Groupe entre-femme de l'Outaouais
115, boul. Sacré-Coeur, bureau 208 Gatineau (Québec) J8X 1C5

819 776-3694

N) Les Enfants de l'espoir de Hull

71, rue Ste-Hyacinthe, Gatineau J8X 2V3

819-778-5259

D) Maison Alcide-Clément (Maison de la famille de l'Île (Hull)

132, rue Saint-Jacques Gatineau (Québec) J8X 2Z4

819- 776-1306

Regroupement des organismes communautaires en santé mentale de l'Outaouais (ROCSMO)

92, boulevard St-Raymond, pièce 304, Gatineau (Québec) J8Y 1S7

819- 770-1622

F) Communauto

Aréna Robert Guertin, St Rédempteur

Bureau 115, boul. Sacré-Cœur, bur. 103 J8X 1C5

819 595-5181

CARACTÉRISTIQUES DU MODÈLE D'HABITATION

Secteur : Hull dans un quartier avec une école primaire, proche de services de base (autobus aux passages fréquents, stationnement incitatif, alimentation, CLSC, etc.), sécuritaire, vert (parc pour enfants accessible), maisons de jeunes pour des activités récréatives et sportives, secteur offrant des logements comparables abordables pour faciliter la transition vers la période post-hébergement.

Unités : 21 unités sur 5 étages dont un demi-sous-sol avec accès personnel et direct sur l'extérieur. Répartition des unités selon le plan déposé. Parmi ces unités, certaines seront à accessibilité universelle. L'insonorisation doit être optimale pour les familles. Les revêtements de planchers devront être résistants et faciles d'entretien. Les logements seront semi-meublés (électroménagers).

Salle communautaire : Espace éducationnel collectif ou récréatif, cuisine collective, espace de rangement pour chaque unité.

Bureaux du soutien communautaire du groupe promoteur et de ses partenaires : Poste d'accueil et trois bureaux fermés pour consultation interdisciplinaire par des professionnels et intervenantes, plus salle communautaire avec technologies (café communautaire cybersanté et pour les services éducatifs de groupe). Accès direct de l'extérieur.

Cabanons extérieurs : Un par famille.

Espace de stationnement : Limité mais avec quelques espaces.

Espaces verts : mini-cour extérieure fermée avec structures de jeux pour enfants et terrain propice à des activités sportives et toit vert pour la saine alimentation et l'apprentissage de la culture et de cuisine-santé.

Concept : Bâtiment de bonne qualité environnementale et ecoénergétique (certification LEED® visée)

Critères de sélection du volet 3

- ✓ Seuil de revenu de l'OMH
- ✓ Contexte de fragilisation (défis sociaux- perte d'emploi, divorce, adolescentes enceintes, séparation, immigration récente, décès d'un conjoint, maladie chronique de la mère ou de l'enfant, isolement social, etc.)
- ✓ Enfant (s) à charge, un seul adulte responsable à temps plein ou en garde partagée
- ✓ La personne seule est déterminée à s'engager dans le projet d'accompagnement en 5 phases pour la réinsertion sociale, économique, culturelle, communautaire et de santé
- ✓ Motivée à participer à la vie communautaire du projet d'habitation

Critères de sélection du volet 1

- ✓ Seuil de revenu de l'OMH
- ✓ Contexte d'immigration récente ou statut de réfugié
- ✓ Famille avec un enfant vivant avec un handicap
- ✓ Personne seule vivant avec une maladie chronique

Table des matières du carnet (*des copies sont disponible sur demande*)

Carnet ÉquitéSanté : L'Obésité un enjeu de taille : Portrait, positionnement et solutions

Vaincre les inégalités par la promotion de la santé et le transfert en économie du savoir!

Portrait

Obésité au Canada, Rapport conjoint de l'Agence de santé publique du Canada et de l'institut canadien d'information sur la santé

Positionnement

Pour un Canada plus sain : faire de la prévention une priorité, Déclaration sur la prévention et la promotion de la part des ministres canadiens de la Santé, de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain

Freiner l'obésité juvénile : Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé

Aperçu : Mesures de suivi et orientations futures 2011 Freiner l'obésité juvénile : Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé

Plan d'action gouvernemental québécois de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, Investir pour l'avenir (PAG)

PAG sommaire

Bulletin national d'information (février 2012)

Solutions

L'importance des approches concertées et intégrées

Déclaration d'Adélaide sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques

Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé, Rio de Janeiro (Brésil), 21 octobre 2011

Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles

Stratégie de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population (OMS, 2010)

Changement de vitesse : Cibler, non plus les soins de santé au Canada, mais un Canada en santé

La face cachée des villes : Mettre au jour et vaincre les inégalités de santé

Déterminants sociaux de la santé : Réalités canadiennes

Développement des capacités en promotion de la santé

Compétences essentielles en santé publique au Canada

Cadre de référence sur les compétences pour la promotion de la santé

Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé

Guide de pratique clinique sur le traitement de l'obésité

Guide de pratique clinique sur le traitement de l'obésité pédiatrique au Québec

Lignes directrices canadiennes de 2006 sur la prise en charge et la prévention de l'obésité chez les adultes et les enfants

Healthy Crockpot Collective Kitchen Recipes

Beef

1. Ground Beef Stroganoff Crockpot ……………….. 2
2. Slow Cooker Beef Stew …………………………… 3
3. Melt in Your Mouth Beef Stew …………………… 4
4. Home Style Slow Cooked Chili …………………… 5
5. Slow Cooker Mushroom Pot Roast ………………. 6
6. Lentil-sausage soup ………………………………… 7

Chicken

1. Chicken and Stuffing Crockpot …………………… 8
2. Crockpot Barbecued Chicken …………………….. 9
3. Crockpot Chicken a la King ……………………….. 10
4. Garlic Chicken ……………………………………... 11
5. Chicken and Rice …………………………………… 12
6. Low-Fat Chicken Noodle Soup …………………….. 13
7. Slow Cooker Souper Chicken Noodle ……………… 14

Vegetarian

1. Slow-Cooker Vegetarian Chili With Sweet Potatoes 15
2. Very Veggie Minestrone ……………………………. 16
3. Vegetable Curry Vegan Slow Cooker Recipe ……... 17
4. Home Style Crock Pot Vegetable Soup Recipe ……. 18
5. Slow Cooker Macaroni and Cheese Recipe ………... 19
6. Barley Lentil Soup Slow Cooker ……………………. 20

Venison

1. Venison pot roast ……………………………………. 21
2. Crock Pot Venison Barbecue ………………………. 22

Time guide

Adapting recipe to the oven - Time Guide …………… 23

1. Ground Beef Stroganoff Crockpot

Ingredients:

- ✓ 2 pounds ground beef
- ✓ 2 medium onions, chopped
- ✓ 2 cloves garlic, minced
- ✓ 1 small can sliced mushrooms, drained
- ✓ 2 1/2 teaspoons salt
- ✓ 1/4 teaspoon pepper
- ✓ 1 cup beef bouillon (low salt)
- ✓ 3 tablespoon tomato paste
- ✓ 1 1/2 cup sour cream, mixed with 4 tablespoons flour

Preparation in crockpot:
Brown ground beef in large skillet; add onions, garlic and mushrooms. Sauté until onion is golden brown.
Put in Crock Pot and stir in all remaining ingredients.
Cover and cook on Low 6 to 8 hours.
Serve over hot buttered noodles with poppyseeds, or rice.

http://www.canadianliving.com/food/slow_cooker_beef_stew.php

- ❖ Make sure the crockpot is always half full or ¾ full of liquid, before starting cooking.
- ❖ Make sure the crockpot is in a safe place with nothing around it: it becomes warm and may burn.
- ❖ Always cook with the lid on for the recommended time. Do not remove the lid for the first two hours of cooking to allow the heat to build up efficiently.
- ❖ Always wear oven mitts when handling the lid or the inside bowl.
- ❖ The outside of the crockpot may be cleaned with a soft cloth and warm soapy water. Do not use abrasive cleaners.
- ❖ Never immerse the heating base in water or any other liquid

Preparation in oven:
Brown ground beef in large skillet; add onions, garlic and mushrooms. Sauté until onion is golden brown. Stir in all remaining ingredients.
Cover and cook in oven for 45 min. to 1 hour.
Serve over hot buttered noodles with poppyseeds, or rice.

2. Slow Cooker Beef Stew

Ingredients

- ✓ 2 lb (1 kg) stewing beef cubes
- ✓ 4 potatoes, peeled and cut in wedges
- ✓ 3 carrots, cut in chunks
- ✓ 2 onions, chopped
- ✓ 2 cloves garlic, minced
- ✓ 1-1/2 cups (375 mL) beef stock 1 can (5 oz/156 mL) tomato paste
- ✓ 1 bay leaf
- ✓ 1 tbsp (15 mL) Worcestershire sauce
- ✓ 1 cup (250 mL) frozen peas
- ✓ 1/2 tsp (2 mL) salt
- ✓ 1/4 tsp (1 mL) pepper
- ✓ 2 tbsp (25 mL) all-purpose flour

Preparation in crockpot:

Trim and cut beef into 1-inch (2.5 cm) cubes. In 18- to 24-cup (4.5 to 6 L) slow-cooker, mix together beef, potatoes, carrots, onions, garlic, beef stock, tomato paste, bay leaf and Worcestershire sauce. Cover and cook on Low for 10 to 12 hours (or on High for 5 to 6 hours) or until beef and vegetables are tender.
Add peas, salt and pepper. Increase heat to High. Whisk flour with 2 tbsp (25 mL) water; stir into stew. Cook, covered, for 5 minutes or until thickened. Discard bay leaf.
Serves approximately: **4 - 6**

http://www.canadianliving.com/food/slow_cooker_beef_stew.php

- ❖ Make sure the crockpot is always half full or ¾ full of liquid, before starting cooking.
- ❖ Make sure the crockpot is in a safe place with nothing around it: it becomes warm and may burn.
- ❖ Always cook with the lid on for the recommended time. Do not remove the lid for the first two hours of cooking to allow the heat to build up efficiently.
- ❖ Always wear oven mitts when handling the lid or the inside bowl.
- ❖ The outside of the crockpot may be cleaned with a soft cloth and warm soapy water. Do not use abrasive cleaners.
- ❖ Never immerse the heating base in water or any other liquid

Preparation in oven:

Use a large skillet and follow the recipe. Cover and cook in the oven at 350F for about 45 minutes to 1 hour or until beef and vegetables are tender.
On the stove, add peas, salt and pepper. Increase heat to medium-high. Whisk flour with 2 tbsp (25 mL) water; stir into stew. Cook, covered, for 5 minutes or until thickened. Discard bay leaf.

---

3. Melt in Your Mouth Beef Stew

Ingredients

- ✓ 2 lbs. Beef in cubes
- ✓ 3 tbsp. extra virgin olive oil
- ✓ 1 cup onion, sliced
- ✓ 1/2 cup green pepper, chopped
- ✓ 1/2 cup carrots, sliced
- ✓ 1/2 cup green peas
- ✓ 1 lg. clove garlic
- ✓ 1/2 tsp. salt
- ✓ 1/8 tsp. pepper
- ✓ 2 cups beef stock
- ✓ 1 (8 oz.) can tomatoes
- ✓ 1 (4 oz.) can mushrooms
- ✓ 3 tbsp. cornstarch
- ✓ 1/4 cup cold water

Preparation in crockpot:

Saute onion, pepper and garlic in oil. Add salt, pepper, beef stock, tomatoes and mushrooms and beef.
Cook in slow cooker/Crock Pot on low heat 8-10 hours.
Mix cornstarch, cold water and thicken before serving. Serve over hot white rice.

http://www.classiccrockpotrecipes.com/beef/beef-stew-crock-pot-recipe.php

- ❖ Make sure the crockpot is always half full or ¾ full of liquid, before starting cooking.
- ❖ Make sure the crockpot is in a safe place with nothing around it: it becomes warm and may burn.
- ❖ Always cook with the lid on for the recommended time. Do not remove the lid for the first two hours of cooking to allow the heat to build up efficiently.
- ❖ Always wear oven mitts when handling the lid or the inside bowl.
- ❖ The outside of the crockpot may be cleaned with a soft cloth and warm soapy water. Do not use abrasive cleaners.
- ❖ Never immerse the heating base in water or any other liquid

Preparation in oven:

Use a large skillet and follow the recipe. Cook in the oven at 350F for 2 ½ hours or until the beef is tender.
Then mix cornstarch, cold water and thicken over the stove before serving. Serve over hot white rice.

4. Home Style Slow Cooked Chili

Ingredients

- ✓ 2 -3 pounds of ground chuck (or extra lean ground beef)
- ✓ 2 cans (16 oz.) red kidney beans, drained
- ✓ 2 cans tomatoes, drained
- ✓ 2 onions, finely chopped
- ✓ 1 can mushrooms, drained
- ✓ 1 red pepper, finely chopped
- ✓ 1 green pepper, finely chopped
- ✓ 1 1/2 cloves garlic, crushed
- ✓ 2-3 table spoons chili powder
- ✓ 1 teaspoon black pepper (optional)
- ✓ 1 teaspoon cumin
- ✓ Salt to taste (optional)

Preparation in crockpot:
First brown ground chuck in non-stick pan and drain fat. Then place in crockpot.
Place all other ingredients into slow cooker.
Cook for 10-12 hours on low.
Serves approximately 10-12 bowls of chili.

http://www.classiccrockpotrecipes.com/chili/crock-pot-chili-recipe.php

- ❖ Make sure the crockpot is always half full or ¾ full of liquid, before starting cooking.
- ❖ Make sure the crockpot is in a safe place with nothing around it: it becomes warm and may burn.
- ❖ Always cook with the lid on for the recommended time. Do not remove the lid for the first two hours of cooking to allow the heat to build up efficiently.
- ❖ Always wear oven mitts when handling the lid or the inside bowl.
- ❖ The outside of the crockpot may be cleaned with a soft cloth and warm soapy water. Do not use abrasive cleaners.
- ❖ Never immerse the heating base in water or any other liquid

Preparation in oven:
Place all ingredients in an oven safe pot. Stir and cook at 350F for 2 hours

5. Slow Cooker Mushroom Pot Roast

Ingredients:

- ✓ 4 lb (1.81kg) beef pot roast (cross rib, blade or brisket)
- ✓ Coarsely ground sea salt or salt and pepper
- ✓ 2 tbsp (30ml) vegetable oil
- ✓ 1 onion, cut into wedges lengthwise
- ✓ 1 can (284ml) condensed mushroom soup undiluted
- ✓ ½ cup (125ml) dried mushrooms (optional)
- ✓ 1 cup (250ml) quartered button mushrooms cup (250ml) diced green beans (optional)
- ✓ 3 gloves garlic, minced
- ✓ ¼ cup (50ml) beef broth

Preparation in crockpot

Pat roast dry; season with salt and pepper.

Heat oil in pan on medium-high heat. Add roast; brown well on all sides, 10 to 15 minutes. Remove roast from pan. Add garlic and onion to pan. Reduce heat to medium; cook until lightly brown, about 3-4 minutes (Note: add splash of water to prevent scorching, if needed). Stir in broth, scraping up browned bits from bottom of pan. Stir in soup.

Soak dried mushrooms (if using) in ½ cup of water). Strain, reserving liquid; add soaked mushrooms and reserved liquid to pan.

Transfer roast and liquid from pan to slow cooker. Add fresh mushrooms; cover and cook on low for 6 to 8 hours until roast is fork-tender.

Remove roast to cutting board; cover with foil and towel to keep warm.

Add green beans (if using) to sauce; cover and cook on high for 30 minutes or until veggies are tender. Season sauce to taste. Serve roast with the vegetables and sauce.

Makes 6 servings **Source** : beefinfo.org

- ❖ Make sure the crockpot is always half full or ¾ full of liquid, before starting cooking.
- ❖ Make sure the crockpot is in a safe place with nothing around it: it becomes warm and may burn.
- ❖ Always cook with the lid on for the recommended time. Do not remove the lid for the first two hours of cooking to allow the heat to build up efficiently.
- ❖ Always wear oven mitts when handling the lid or the inside bowl.
- ❖ The outside of the crockpot may be cleaned with a soft cloth and warm soapy water. Do not use abrasive cleaners.
- ❖ Never immerse the heating base in water or any other liquid

6. Lentil-sausage soup

Ingredients:

- ✓ 6-8 Italian spiced sausage (hot or mild according to your taste)
- ✓ 1 can diced tomatoes
- ✓ 1 can beef broth
- ✓ 1 cup water
- ✓ 2/3 cup lentils
- ✓ 2 potatoes, washed and diced into small pieces (1/4-1/2 inches)
- ✓ 1 medium onion, diced
- ✓ 1 small bag mini-carrots or 4-5 regular cut into ½ inch chunks **
- ✓ 2 tablespoon oregano
- ✓ 1 teaspoon sweet paprika

Preparation in crockpot:

Layer potatoes and onion on bottom of crock pot, then place sausages, carrots and lentils into the pot.

Sprinkle with herbs and then pour diced tomatoes, broth and water over the top.

Cook on low 8 hours.

Before serving, remove sausages and slice into 1/4 inch pieces. Return to pot and stir.

Serves 4-6

****Variation**: replace with 2 cups dices butternut squash, fresh or frozen

Source : 50Plus.com-Slow-cooked soups

- ❖ Make sure the crockpot is always half full or ¾ full of liquid, before starting cooking.
- ❖ Make sure the crockpot is in a safe place with nothing around it: it becomes warm and may burn.
- ❖ Always cook with the lid on for the recommended time. Do not remove the lid for the first two hours of cooking to allow the heat to build up efficiently.
- ❖ Always wear oven mitts when handling the lid or the inside bowl.
- ❖ The outside of the crockpot may be cleaned with a soft cloth and warm soapy water. Do not use abrasive cleaners.
- ❖ Never immerse the heating base in water or any other liquid

Preparation in oven:

Layer potatoes and onion on bottom of a skillet, then place sausages, carrots and lentils into the skillet. Sprinkle with herbs and then pour diced tomatoes, broth and water over the top.

Cook in oven at 350F for about 1 ½ hour or until sausages and vegetables are well cooked.

Before serving, remove sausages and slice into 1/4 inch pieces. Return to skillet and stir.

1. Chicken and Stuffing Crockpot

Ingredients

- ✓ 4 Chicken Breast, Boned and Skinned
- ✓ 4 Slices Swiss Cheese
- ✓ 1 Can Cream of Chicken soup
- ✓ 1 Can Cream of Mushroom soup
- ✓ 1 Cup Chicken Broth
- ✓ 1/4 Cup Milk
- ✓ 2 Cups Pepperidge Farm Herb Stuffing Mix
- ✓ 1/2 Cup Melted butter
- ✓ Salt and pepper to taste

Preparation in crockpot:

Season chicken breasts with salt and pepper and place chicken breasts crock pot. Pour chicken broth over chicken breasts. Put one slice of Swiss cheese on each breast. Combine both cans of soup and milk. Cover chicken breasts with soup mixture. Sprinkle stuffing mix over all. Drizzle melted butter on top. Cook on low for 6-8 hours.

From: Claire, passionrecettes.com 2003-2013

- ❖ Make sure the crockpot is always half full or ¾ full of liquid, before starting cooking.
- ❖ Make sure the crockpot is in a safe place with nothing around it: it becomes warm and may burn.
- ❖ Always cook with the lid on for the recommended time. Do not remove the lid for the first two hours of cooking to allow the heat to build up efficiently.
- ❖ Always wear oven mitts when handling the lid or the inside bowl.
- ❖ The outside of the crockpot may be cleaned with a soft cloth and warm soapy water. Do not use abrasive cleaners.
- ❖ Never immerse the heating base in water or any other liquid

Preparation in oven:

Use an oven safe skillet and place all the ingredients. Cook in the oven at 350F for 1 to 1½ hour or until juices run clear from chicken.

2. Crockpot Barbecued Chicken

Ingredients:

- ✓ 1 tablespoon Worcestershire sauce
- ✓ 1 teaspoon salt
- ✓ 1 tablespoon prepared mustard
- ✓ 1/2 cup vegetable oil
- ✓ 1 tablespoon Tabasco (or as desired)
- ✓ 1/3 cup vinegar
- ✓ juice of 1 lemon
- ✓ 1 teaspoon black or cayenne pepper
- ✓ 1 tablespoon sugar
- ✓ 4 - 5 chicken breasts - boneless

Preparation in crockpot:

Combine Worcestershire sauce, salt, mustard, oil, and Tabasco sauce. Add vegetable oil that has been mixed with vinegar, lemon juice, pepper and sugar. Place chicken breasts in bottom of slow cooker. Pour sauce over the top. Cover and cook on low for 8 hours.

From: Claire, passionrecettes.com 2003-2013

- ❖ Make sure the crockpot is always half full or ¾ full of liquid, before starting cooking.
- ❖ Make sure the crockpot is in a safe place with nothing around it: it becomes warm and may burn.
- ❖ Always cook with the lid on for the recommended time. Do not remove the lid for the first two hours of cooking to allow the heat to build up efficiently.
- ❖ Always wear oven mitts when handling the lid or the inside bowl.
- ❖ The outside of the crockpot may be cleaned with a soft cloth and warm soapy water. Do not use abrasive cleaners.
- ❖ Never immerse the heating base in water or any other liquid

Preparation in oven:

Use an oven safe skillet and place all the ingredients. Cook in the oven at 350F for 1 to 1½ hour or until juices run clear from chicken.

3. Crockpot Chicken a la King

Ingredients:

- ✓ 1 can golden cream of chicken soup
- ✓ 3 tablespoons flour
- ✓ 1/4 teaspoon pepper
- ✓ dash of cayenne pepper
- ✓ 1/2 teaspoon garlic powder
- ✓ 1 lb. boneless chicken breasts cut in cubes
- ✓ 1 rib celery chopped
- ✓ 1/2 cup green pepper chopped
- ✓ 1/4 cup onion chopped
- ✓ 1 10 oz. package frozen peas thawed
- ✓ 2 tablespoons pimento chopped

Preparation in crockpot:

Combine soup, flour, peppers and garlic powder in slow cooker. Stir until smooth.
Stir in chicken, celery, onion and green pepper. Cover and cook on low for 7 – 8 hours or until meat is cooked and tender. Stir in peas and pimentos. Cook another 30 minutes. Serve over rice, noodles or biscuits.

From: Claire, passionrecettes.com 2003-2013

- ❖ Make sure the crockpot is always half full or ¾ full of liquid, before starting cooking.
- ❖ Make sure the crockpot is in a safe place with nothing around it: it becomes warm and may burn.
- ❖ Always cook with the lid on for the recommended time. Do not remove the lid for the first two hours of cooking to allow the heat to build up efficiently.
- ❖ Always wear oven mitts when handling the lid or the inside bowl.
- ❖ The outside of the crockpot may be cleaned with a soft cloth and warm soapy water. Do not use abrasive cleaners.
- ❖ Never immerse the heating base in water or any other liquid

Preparation in oven:

Use an oven safe skillet and place all the ingredients except peas and pimentos. Cook in the oven at 350F for 1 to 1½ hour. Then add peas and pimentos and cook for another 30 minutes.

4. Garlic Chicken

Ingredients:

- ✓ 4 skinned chicken breast halves
- ✓ 1 teaspoon salt
- ✓ 2 teaspoons paprika
- ✓ 2 teaspoons lemon pepper
- ✓ 1 large onion, sliced
- ✓ 10 cloves garlic (about 1 medium), un-peeled

Preparation in crockpot:

Mix together salt, pepper and paprika. Rub all over meat side of chicken breast. Place onion in slow cooker. Place chicken breast side up on onion. Place garlic on chicken. Cover and cook on low in slow cooker for about 6 hours or until juices run clear.
Serves approximately: 4

From: Claire, passionrecettes.com 2003-2013

- ❖ Make sure the crockpot is always half full or ¾ full of liquid, before starting cooking.
- ❖ Make sure the crockpot is in a safe place with nothing around it: it becomes warm and may burn.
- ❖ Always cook with the lid on for the recommended time. Do not remove the lid for the first two hours of cooking to allow the heat to build up efficiently.
- ❖ Always wear oven mitts when handling the lid or the inside bowl.
- ❖ The outside of the crockpot may be cleaned with a soft cloth and warm soapy water. Do not use abrasive cleaners.
- ❖ Never immerse the heating base in water or any other liquid

Preparation in oven:

Use an oven safe skillet and place all the ingredients. Cook in the oven at 350F for 1 to 1½ hour or until juices run clear from chicken.

5. Chicken and Rice

<u>Ingredients</u>:

- ✓ 6 large chicken breasts
- ✓ 1 small can cream of chicken soup
- ✓ 1/2 c. diced celery
- ✓ 1 c. rice
- ✓ 1 small can cream of mushroom soup
- ✓ 1 small can broth

<u>Preparation in crockpot</u>:

Mix in crock-pot the 3 cans of soups and rice. Place the chicken breasts on top of mixture, then add the diced celery. Cook for 4 hours on low. Serves 6.

From: Claire, passionrecettes.com 2003-2013

- ❖ Make sure the crockpot is always half full or ¾ full of liquid, before starting cooking.
- ❖ Make sure the crockpot is in a safe place with nothing around it: it becomes warm and may burn.
- ❖ Always cook with the lid on for the recommended time. Do not remove the lid for the first two hours of cooking to allow the heat to build up efficiently.
- ❖ Always wear oven mitts when handling the lid or the inside bowl.
- ❖ The outside of the crockpot may be cleaned with a soft cloth and warm soapy water. Do not use abrasive cleaners.
- ❖ Never immerse the heating base in water or any other liquid

<u>Preparation in oven:</u>

Use an oven safe skillet and follow the recipe. Cook in the oven at 350F for 1 to 1½ hour or until juices run clear from chicken.

6. Low-Fat Chicken Noodle Soup

Ingredients:

- ✓ 2 chicken breast, boneless skinless
- ✓ 2 cans chicken broth
- ✓ 2 cups carrots, cut into small chunks
- ✓ 3 stalks celery, cut into small chunks
- ✓ 2 cups onions, diced (optional)
- ✓ 24 ounces of water (3 soup cans worth)
- ✓ dried parsley to taste, crushed
- ✓ salt to taste
- ✓ 8 oz. "no yolk" light noodles

Preparation in crockpot:
Place vegetables and chicken into crockpot. Then add water, broth and other ingredients. Cook for 8 hours on low.

Remove chicken and vegetables and add noodles. Cook noodles on high for 15 minutes. Shred chicken while noodles are cooking.

Place the chicken and veggies back into slow cooker with the noodles for another 5-15 minutes or until noodles are fully cooked.

Serves 10 people.

http://www.classiccrockpotrecipes.com/low_fat/low-fat-crock-pot-recipes.php

- ❖ Make sure the crockpot is always half full or ¾ full of liquid, before starting cooking.
- ❖ Make sure the crockpot is in a safe place with nothing around it: it becomes warm and may burn.
- ❖ Always cook with the lid on for the recommended time. Do not remove the lid for the first two hours of cooking to allow the heat to build up efficiently.
- ❖ Always wear oven mitts when handling the lid or the inside bowl.
- ❖ The outside of the crockpot may be cleaned with a soft cloth and warm soapy water. Do not use abrasive cleaners.
- ❖ Never immerse the heating base in water or any other liquid

Preparation in oven:
Use an oven safe skillet and follow the recipe. Cook in the oven at 350F for 1 to 1½ hour or until juices run clear from chicken

7. Slow Cooker Souper Chicken Noodle

Ingredients:

- ✓ 2 onions, chopped
- ✓ 2 stalks celery, chopped
- ✓ 2 carrots, chopped
- ✓ 2 sweet potatoes, peeled and chopped
- ✓ ½ teaspoon ginger powder or other spice
- ✓ 1 teaspoon salt
- ✓ Pepper to taste
- ✓ 6 chicken thighs, skinless or other meat (country food, beef cubes…)
- ✓ 4 packets of chicken broth (or 4 cubes or 6 teaspoons of concentrated bouillon)
- ✓ 6 ½ cups water
- ✓ 3 cups sliced cabbage (or frozen spinach)
- ✓ 2 cups noodles
- ✓ ½ cup frozen peas.

Preparation in crockpot:

In slow cooker, combine onions, celery, carrots, sweet potatoes, cabbage, spice, salt and pepper. Put chicken over vegetables. Pour in broth and water. Cover and cook on low for 7 hours. Add peas and noodles into soup. Cover and cook on high until noodles are tender, about 30 minutes. Makes 6 servings

****To make this a complete meal you can add a glass of milk and a fruit.**

Source : Canadian Living, Nov 2012

- ❖ Make sure the crockpot is always half full or ¾ full of liquid, before starting cooking.
- ❖ Make sure the crockpot is in a safe place with nothing around it: it becomes warm and may burn.
- ❖ Always cook with the lid on for the recommended time. Do not remove the lid for the first two hours of cooking to allow the heat to build up efficiently.
- ❖ Always wear oven mitts when handling the lid or the inside bowl.
- ❖ The outside of the crockpot may be cleaned with a soft cloth and warm soapy water. Do not use abrasive cleaners.
- ❖ Never immerse the heating base in water or any other liquid

Preparation in oven:

In a large safe oven skillet, combine onions, celery, carrots, sweet potatoes, cabbage, spice, salt and pepper. Add chicken and pour in broth and water. Cover and cook in oven at 350F for 35-45min or until chicken and vegetables are cooked.

Add peas and noodles into soup. Cover and cook until noodles are tender, about 15 minutes.

1. Slow-Cooker Vegetarian Chili with Sweet Potatoes

Ingredients:

- ✓ 1 medium red onion, chopped
- ✓ 1 green bell pepper, chopped
- ✓ 4 garlic cloves, chopped
- ✓ 1 tablespoon chili powder
- ✓ 1 tablespoon ground cumin
- ✓ 2 teaspoons unsweetened cocoa powder
- ✓ 1/4 teaspoon ground cinnamon
- ✓ kosher salt and black pepper
- ✓ 1 28-ounce can fire-roasted diced tomatoes
- ✓ 1 15.5-ounce can black beans, rinsed
- ✓ 1 15.5-ounce can kidney beans, rinsed
- ✓ 1 medium sweet potato (about 8 ounces), peeled and cut into 1⁄2-inch pieces
- ✓ sour cream, sliced scallions, sliced radishes, and tortilla chips, for serving

Preparation in crockpot:

In a 4- to 6-quart slow cooker, combine the onion, bell pepper, garlic, chili powder, cumin, cocoa, cinnamon, 1 teaspoon salt, and ¼ teaspoon black pepper. Add the tomatoes (and their liquid), beans, sweet potato, and 1 cup water.

Cover and cook until the sweet potatoes are tender and the chili has thickened, on low for 7 to 8 hours or on high for 4 to 5 hours (this will shorten total recipe time).

Serve the chili with the sour cream, scallions, radishes, and tortilla chips.

Serves 4 Hands-On Time: 20m Total Time: 8hr 20m

By Kay Chun , January, 2011 Recettes.com 2003-2013

- ❖ Make sure the crockpot is always half full or ¾ full of liquid, before starting cooking.
- ❖ Make sure the crockpot is in a safe place with nothing around it: it becomes warm and may burn.
- ❖ Always cook with the lid on for the recommended time. Do not remove the lid for the first two hours of cooking to allow the heat to build up efficiently.
- ❖ Always wear oven mitts when handling the lid or the inside bowl.
- ❖ The outside of the crockpot may be cleaned with a soft cloth and warm soapy water. Do not use abrasive cleaners.
- ❖ Never immerse the heating base in water or any other liquid

Preparation in oven:

Use an oven safe skillet and follow the recipe. Cook in the oven at 350F for 1 to 1½ hour or until the sweet potatoes are tender and the chili has thickened.

2. Very Veggie Minestrone

Ingredients:

- ✓ 2 tbsp olive oil
- ✓ 3 cl garlic, minced
- ✓ 1 large carrot, diced
- ✓ 2 c green beans, ends trimmed, cut in 1/2" pieces
- ✓ 1 tsp dried Italian seasoning
- ✓ 2 cans (14 oz each) fire-roasted diced tomatoes
- ✓ 2 cans (14 oz each) low-sodium vegetable or chicken broth
- ✓ 1 can (15 oz) white beans, drained & rinsed
- ✓ Parmesan cheese rind
- ✓ Prepared basil pesto
- ✓ Grated Parmesan cheese
- ✓ 1 c fresh spinach
- ✓ 1 medium zucchini, diced
- ✓ Salt & pepper
- ✓ 1 medium onion, diced
- ✓ 2 stalks celery, diced

Preparation in crockpot:

1. Heat the olive oil in a 10" or larger skillet. Saute onions and garlic until softened, add celery, carrot and green beans. Let soften slightly before seasoning with salt, pepper and Italian seasoning.
2. Heat slow cooker on high. Add the diced tomatoes, broth, zucchini and Parmesan cheese rind, followed by sauteed vegetables.
3. Heat on high for one hour, then reduce heat to low and cook 4-6 hours. Additional broth or water may be added as needed.
4. Shortly before serving add fresh spinach and beans.
5. To serve: Ladle soup in each bowl, top with a dollop of basil pesto and sprinkle with the grated Parmesan cheese.

Servings: 6 main-dish servings

From : http://www.crock-pot.com/recipe.aspx?storyId=156511

- ❖ Make sure the crockpot is always half full or ¾ full of liquid, before starting cooking.
- ❖ Make sure the crockpot is in a safe place with nothing around it: it becomes warm and may burn.
- ❖ Always cook with the lid on for the recommended time. Do not remove the lid for the first two hours of cooking to allow the heat to build up efficiently.
- ❖ Always wear oven mitts when handling the lid or the inside bowl.
- ❖ The outside of the crockpot may be cleaned with a soft cloth and warm soapy water. Do not use abrasive cleaners.
- ❖ Never immerse the heating base in water or any other liquid

3. Vegetable Curry Vegan Slow Cooker Recipe

Ingredients:

- ✓ 1 cup onion, finely chopped
- ✓ 2 tablespoons tapioca
- ✓ 1 teaspoon coriander, ground
- ✓ 2 cups carrots, diced
- ✓ 2 potatoes, cut into small cubes
- ✓ 2 cups garbanzo beans, drained
- ✓ 1 clove garlic, minced
- ✓ 1 cup green beans, cut into halves
- ✓ 2 teaspoons Curry powder
- ✓ ¼ teaspoon Salt
- ✓ 1/8 teaspoon cinnamon powder
- ✓ 1 large can vegetable broth
- ✓ 1 can tomatoes, un drained

Preparation in crockpot:
Add all ingredients into slow cooker (except tomatoes) and pour veg. broth on top.
Cook for 8-10 hours on low.
Add undrained tomatoes, stir and let stand for 10 minutes before serving.
Serve with white, brown or fried rice.
http://www.classiccrockpotrecipes.com/soup/crock-pot-soup-recipes.php

- ❖ Make sure the crockpot is always half full or ¾ full of liquid, before starting cooking.
- ❖ Make sure the crockpot is in a safe place with nothing around it: it becomes warm and may burn.
- ❖ Always cook with the lid on for the recommended time. Do not remove the lid for the first two hours of cooking to allow the heat to build up efficiently.
- ❖ Always wear oven mitts when handling the lid or the inside bowl.
- ❖ The outside of the crockpot may be cleaned with a soft cloth and warm soapy water. Do not use abrasive cleaners.
- ❖ Never immerse the heating base in water or any other liquid

Preparation in oven:
Add all ingredients into oven safe pot (except tomatoes) and pour veg. broth on top.
Cook in oven for 1hour at 350F.
Add undrained tomatoes, stir and let stand for 10 minutes before serving.
Serve with white, brown or fried rice.

4. Home Style Crock Pot Vegetable Soup Recipe

Ingredients:

- ✓ 1 white onion, chopped
- ✓ 1 cup celery, chopped
- ✓ 1 cup green beans, halved
- ✓ 1 cup carrots, diced
- ✓ 2 cans vegetable broth
- ✓ 2 cups potatoes, diced
- ✓ 2 dashes of salt
- ✓ shake of parsley, crushed
- ✓ 1 cup water

Preparation in crockpot:

Place all ingredients into slow cooker.
Cook for 8-10 hours on low.
Serve with crackers.
http://www.classiccrockpotrecipes.com/soup/crock-pot-soup-recipes.php

- ❖ Make sure the crockpot is always half full or ¾ full of liquid, before starting cooking.
- ❖ Make sure the crockpot is in a safe place with nothing around it: it becomes warm and may burn.
- ❖ Always cook with the lid on for the recommended time. Do not remove the lid for the first two hours of cooking to allow the heat to build up efficiently.
- ❖ Always wear oven mitts when handling the lid or the inside bowl.
- ❖ The outside of the crockpot may be cleaned with a soft cloth and warm soapy water. Do not use abrasive cleaners.
- ❖ Never immerse the heating base in water or any other liquid

Preparation in oven:

Place all ingredients into large safe oven pot.
Cook for 1 hour at 350F or until the vegetables are tender.
Serve with crackers.

5. Slow Cooker Macaroni and Cheese Recipe

Ingredients:

- ✓ 1 (16 oz.) pkg. macaroni
- ✓ 1 tablespoon vegetable oil
- ✓ 1 (13 oz.) can evaporated milk
- ✓ 1 1/2 cups milk
- ✓ 1 teaspoon salt
- ✓ 4 cups shredded sharp Cheddar cheese
- ✓ 1/2 cup melted butter

Preparation in crockpot:

Cook macaroni in boiling salted water, following package directions. Drain well. Grease bottom and sides of 3 1/2 to 5-quart crockpot. Toss hot macaroni in slow cooker with the vegetable oil then add all remaining ingredients. Stir gently to combine then cover and cook on LOW for 3 to 4 hours, stirring occasionally.

http://southernfood.about.com/od/macaroniandcheeserecipes/r/bl20c1.htm

- ❖ Make sure the crockpot is always half full or ¾ full of liquid, before starting cooking.
- ❖ Make sure the crockpot is in a safe place with nothing around it: it becomes warm and may burn.
- ❖ Always cook with the lid on for the recommended time. Do not remove the lid for the first two hours of cooking to allow the heat to build up efficiently.
- ❖ Always wear oven mitts when handling the lid or the inside bowl.
- ❖ The outside of the crockpot may be cleaned with a soft cloth and warm soapy water. Do not use abrasive cleaners.
- ❖ Never immerse the heating base in water or any other liquid

Preparation in oven:

Cook macaroni in boiling salted water, following package directions. Drain well. Grease bottom and sides of a skillet. Toss hot macaroni in skillet with the vegetable oil then add all remaining ingredients. Stir gently to combine then cover and cook in oven at 350F for about 15 min, stirring occasionally.

6. Barley Lentil Soup Slow Cooker

Ingredients:

- ✓ 1 tbsp vegetable oil (15 ml)
- ✓ 1 onion, chopped
- ✓ 2 cloves garlic, minced
- ✓ 1 large carrot and stalk celery, chopped
- ✓ 2 tsp dried thym
- ✓ 1tsp each salt and pepper
- ✓ 4 cups vegetable stock
- ✓ 2 cups water
- ✓ 1 cup brown or green lentils
- ✓ ¼ cup pot barley
- ✓ ¼ cup chopped fresh parsley

Topping

- ✓ ¼ low-flat plain yogurt
- ✓ 1 tbsp minced fresh parsley

Preparation:

Fry onion, garlic, celery, thym, salt and pepper in heat oil over medium heat.
Scrape into slow cooker. Add stock, water, lentils and barley. Cover and cook on low for 6 to 7 hours or until lentils and barley are tender.
Stir in parsley
Topping: Top each serving with yogurt; sprinkle with parsley

- ❖ Make sure the crockpot is always half full or ¾ full of liquid, before starting cooking.
- ❖ Make sure the crockpot is in a safe place with nothing around it: it becomes warm and may burn.
- ❖ Always cook with the lid on for the recommended time. Do not remove the lid for the first two hours of cooking to allow the heat to build up efficiently.
- ❖ Always wear oven mitts when handling the lid or the inside bowl.
- ❖ The outside of the crockpot may be cleaned with a soft cloth and warm soapy water. Do not use abrasive cleaners.
- ❖ Never immerse the heating base in water or any other liquid

Preparation in oven:

In an oven safe skillet, fry onion, garlic, celery, thym, salt and pepper in heat oil over medium heat. Add stock, water, lentils and barley. Cover and cook in oven 350F for 45 minutes or until lentils and barley are tender. Stir in parsley

Topping: Top each serving with yogurt; sprinkle with parsley

1. Venison pot roast

Ingredients:

- ✓ about 3 pounds of a vension roast
- ✓ flour
- ✓ salt and pepper
- ✓ 1 tbsp. vegetable oil or shortening
- ✓ 1/2 cup chopped onion
- ✓ 2 cups beef broth, hot
- ✓ 1 can tomatoes
- ✓ 2 tsp. oregano
- ✓ 2 tsp. garlic powder
- ✓ Salt and pepper to taste if needed

Preparation in crockpot:
Sprinkle roast with salt and pepper; dust with flour. Brown the venison roast in heated oil or shortening. Add onion to skillet. Turn off the heat and add beef broth; transfer to slow cooker, scraping browned bits up. Add tomatoes to crockpot, along with the herbs and seasonings. Cover and cook on LOW for 9 to 12 hours, until pot roast is tender.
Serves 6 to 8.
http://www.about.com/

- ❖ Make sure the crockpot is always half full or ¾ full of liquid, before starting cooking.
- ❖ Make sure the crockpot is in a safe place with nothing around it: it becomes warm and may burn.
- ❖ Always cook with the lid on for the recommended time. Do not remove the lid for the first two hours of cooking to allow the heat to build up efficiently.
- ❖ Always wear oven mitts when handling the lid or the inside bowl.
- ❖ The outside of the crockpot may be cleaned with a soft cloth and warm soapy water. Do not use abrasive cleaners.
- ❖ Never immerse the heating base in water or any other liquid

Preparation in oven:
Sprinkle roast with salt and pepper; dust with flour. Brown the venison roast in heated oil or shortening. Add onion and to skillet. Turn off the heat and add beef broth, tomatoes along with the herbs and seasonings. Cover and cook in the oven at 350F for 3 to 4 hours, until pot roast is tender. Serves 6 to 8.

2. Crock Pot Venison Barbecue

Ingredients:

- ✓ 3 lbs. boneless venison, cut in 1-inch cubes
- ✓ 1/2 cup chopped green pepper
- ✓ 2 teaspoons instant beef bouillon or equivalent base
- ✓ 1 (10 3/4 oz.) can tomato soup
- ✓ 1 tsp. garlic powder
- ✓ 1 tsp. thyme
- ✓ 2 tbsp. brown sugar
- ✓ 1 cup chopped onion
- ✓ 1 cup water
- ✓ 1/4 cup Worcestershire sauce
- ✓ 1 tsp. dry mustard
- ✓ 1 tbsp. paprika
- ✓ Buns

Preparation in crockpot:
Trim fat from meat and place meat in Crockpot or slow cooker. Add onion, green pepper and 1 cup water. Add beef bouillon. Cover and cook on LOW for 8 to 10 hours, until meat is well done and shreds easily with a fork. Let water cook down to about 1/2 cup of liquid. Add remaining ingredients and stir to mix. Cover and cook on LOW for about 1 hour, stirring occasionally. Meat should be pretty well shredded by the end of the cooking time.
Spoon over toasted bun halves to serve.
http://www.about.com/

- Make sure the crockpot is always half full or ¾ full of liquid, before starting cooking.
- Make sure the crockpot is in a safe place with nothing around it: it becomes warm and may burn.
- Always cook with the lid on for the recommended time. Do not remove the lid for the first two hours of cooking to allow the heat to build up efficiently.
- Always wear oven mitts when handling the lid or the inside bowl.
- The outside of the crockpot may be cleaned with a soft cloth and warm soapy water. Do not use abrasive cleaners.
- Never immerse the heating base in water or any other liquid

Preparation in oven:
Trim fat from meat and place meat in a skillet. Add onion, green pepper and 1 cup water. Add beef bouillon. Cover and cook in oven at 350F for 3 hours, until meat is well done and shreds easily with a fork. Let water cook down to about ½ cup of liquid. Add remaining ingredients and stir to mix. Cover and cook in oven for about ½ hour, stirring occasionally. Meat should be pretty well shredded by the end of the cooking time.
Spoon over toasted bun halves to serve.

Adapting recipe to the oven - Time Guide

Conventional Recipe (Oven)	Slow Cooker Low (200°)	Slow Cooker High (300°)
15 - 30 min	4 - 6 hrs	1 1/2 - 2 hrs
35 - 45 min	6 - 10 hrs	3 - 4 hrs
50 min - 3 hrs	8 - 14 hrs	4 - 6 hrs

** When the temperature is setting at LOW, it means it take 2 more time to cook than a setting at High. So, 2 hours LOW = 1 hour HIGH.

Table des matières et référence des outils développés et liés aux ateliers de Cercles Préventifs issus du programme initial développé dans le cadre d'un programme Le parc à nous, le banc d'école aux parents!

Cartable 1 – Guide familial

Atelier 1 - L'obésité : toile causale et facteurs de risque

Les paramètres reliés à la définition de l'obésité
Nomogramme de l'IMC
Interprétation des valeurs de l'IMC
Normes de croissance de l'OMS pour le Canada
Exercice 1 - Les causes évitables de l'obésité
Le Journal alimentaire
Le Journal de vie active

Agence de la santé publique du Canada. (2011). Questionnaire canadien sur le risque de diabète. Ottawa. Document consulté le 20 novembre 2011 de http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/diabetes-diabete/canrisk/index-fra.php?utm_source=VanityURL&utm_ medium=URL&utm_campaign=santepublique.gc.ca/CANRISK

Agence de la santé publique du Canada. (sous presse). Le fardeau économique de la maladie au Canada, 2000. Ottawa.

Agence de la santé publique du Canada. (2009). Obésité au Canada : Aperçu. Ottawa.

Agence de la santé publique du Canada. (2008). Atlas des facteurs de risque des maladies chroniques. Ottawa. Document consulté le 27 février 2011 de www.phac-aspc.gc.ca

Centre for Disease Control and Prevention (CDC). (2011). Obesity Trends* Among U.S. Adults. Document consulté le 23 avril 2011 de http://www.cdc.gov/BRFSS/

Institut national de la santé publique du Québec. (n.d.). Cartographie de l'obésité au Québec . Document récupéré le 23 avril 2011 de http://www.inspq.qc.ca/pag/ indicateurs.htm

Les diététistes du Canada. (2010). Normes de croissance de l'OMS pour le Canada. Récupéré le 22 février 2011 de www.dietitians.ca/growthcharts.

Murphy, M.E. (2005). Promouvoir des comportements de santé. *Bulletin de santé, 2.* Organisation Mondiale de la Santé. (2003). Obésité: *Prévention et prise en charge de l'épidémie Mondiale: Rapport d'une consultation de l'OMS.* Genève.

Phaneuf, M. (2006). *L'entretien motivationnel.* Document récupéré le 2 mars 2011 de http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/L_entretien%20motivationnel.pdf

Rossignol, V. (2001). L'Entrevue motivationnelle: un guide de formation. Programme de recherche sur les addictions. Centre de recherche de l'hôpital Douglas: Verdun. Document récupéré le 5 avril 2011 de http://motivationalinterview.net/clinical/motivationelle.pdf

Santé Canada. (2010). Mangez bien et soyez actif chaque jour. Document récupéré le 12 mars 2011 de www.sante.gc.ca/mangezbien-soyezactif

Société canadienne de physiologie de l'exercice. (2011). Directives canadienne en matière d'activité physique. Documents récupéré le 21 mars 2011 de http://www.csep.ca/Francais/view.asp?x=804

Atelier 2 - La motivation personnelle et familiale

Étapes de changement de Prochaska et Diclemente
Exercice 1 - Nos capacités acquises
Exercice 2 - Les avantages et les contraintes des saines habitudes de vie
Exercices 3 et 4 - Notre consommation d'aliments et Notre pratique d'activités physiques
Notre disposition au changement
La balance décisionnelle

La règle

Le plan de changement

Anorexie et boulimie Québec. (n.d.). Les étapes de changement de Prochaska et Diclemente.

Phaneuf, M. (2006). *L'entretien motivationnel.* Document récupéré le 2 mars 2011 de http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/L_entretien%20motivationnel.pdf

Rossignol, V. (2001). *L'Entrevue motivationnelle: un guide de formation.* Programme de recherche sur les addictions. Centre de recherche de l'hôpital Douglas: Verdun. Document récupéré le 5 avril 2011 de http://motivationalinterview.net/clinical/motivationelle.pdf

Santé Canada. (2010). *Mangez bien et soyez actif chaque jour*. Document récupéré le 12 mars 2011 de www.sante.gc.ca/mangezbien-soyezactif

Société canadienne de physiologie de l'exercice. (2011). Directives canadienne en matière d'activité physique. Documents récupéré le 21 mars 2011 de http://www.csep.ca/Francais/view.asp?x=804

Atelier 3 - Les habitudes alimentaires familiales

Le guide alimentaire canadien

Le guide pratique du panier d'épicerie de la revue Protégez-vous

Informations sur les boissons énergisantes de Santé Canada

Réponses à l'exercice 2

Exercice 1 - Les habitudes alimentaires actuelles

Exercice 2 - Les portions alimentaires

Exercice 3 - Constituer trois repas et deux collations

Le Journal alimentaire

Chenhall, C. (2010). *Amélioration des compétences culinaires : Synthèse des données probantes et des leçons pouvant orienter l'élaboration de programmes et de politiques.* Document récupéré le 3 mai 2011 de www.santecanada.gc.ca

Béliveau, R., & Gingras, D. (2009). La Santé par le plaisir de bien manger. La médecine préventive au Quotidien. Montréal, Québec. Les Éditions du Trécarré.

Fondation des maladies du Cœur. (2010). *Habitudes santé pour un poids santé. Guide pratique pour gérer son poids*. Document récupéré le 2 mai 2011 de www.fmcoeur.ca

Joseph, J.A., Nadeau, D.A., & Underwood, A. (2004). Mangez santé. Variez les couleurs dans votre assiette. Les Éditions de l'Homme.

Morin, M-C. (2010). Boîte à lunch pour enfants. Des recettes et des idées pour 5 lunchs par semaine, 180 lunch par année!. Montréal, Québec. Les publications Modus Vivendi Inc.

O'Gleman, G. (2007). Boîtes à lunch santé. 100 recettes faciles, savoureuses, économiques et équilibrées. Montréal, Québec. Les Édition La Semaine.

Protégez-vous. (2010). Guide pratique du panier d'épicerie: Comment choisir les meilleurs produits en alliant plaisir et santé. Cinquante fiches pratiques. Collection Protégez-vous.

Santé Canada. (2011). Document d'information: Caféïne dans les boissons énergisantes: Informations destinées aux parents. Document récupéré le 9 novembre 2011 de http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/_2011/2011-132bk-fra.php

Santé Canada. (2010). *Trousse éducative Mangez bien, soyez actif.* Document récupéré le 2 mai 2011 de www.sante.gc.ca/mangezbien-soyezactif

Santé Canada. (2008). Le Panier de provision nutritif. Document récupéré le 3 mai 2011 de http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/basket-panier/index-fra.php

Atelier 4 - L'étiquetage alimentaire, les choix appropriés pour les repas, les lunchs et les collations santé

Exemple d'une journée-type

Collations à emporter pour manger sur le pouce

Exercice 1 - La lecture des étiquettes alimentaires

Exercice 2 - Liste d'épicerie selon le guide alimentaire

Préparer le lunch idéal

Préparer la collation idéale

Chenhall, C. (2010). *Amélioration des compétences culinaires : Synthèse des données probantes et des leçons pouvant orienter l'élaboration de programmes et de politiques.* Document récupéré le 3 mai 2011 de www.santecanada.gc.ca

Fondation des maladies du Cœur. (2010). *Habitudes santé pour un poids santé. Guide pratique pour gérer son poids*. Document récupéré le 2 mai 2011 de www.fmcoeur.ca

Santé Canada. (2010). *Trousse éducative Mangez bien, soyez actif.* Document récupéré le 2 mai 2011 de www.sante.gc.ca/mangezbien-soyezactif

Atelier 5 - Les habitudes d'activités physiques familiales et la sédentarité

Les directives et conseils de la SCPE

Guide d'activité physique canadien

Liste des activités possibles selon l'âge

Exemples d'activités pratiquées selon différents niveaux d'intensité

Don't just sit there : it's dangerous!

Réponses à l'exercice 1

Exercice 1 - La vie active

Exercice 2 - Les choix d'activité physique

Le journal de vie active

Adams, R. (2011). Stand up for your health! WARFS 2011- Global conference World Alliance on Risk Factor Surveillance, Toronto, Oct. 15th-19th. Centre for health promotion. Agence de la santé publique du Canada.

Agence de la santé publique du Canada. (2011). Les bienfaits de l'activité physique. Récupéré de http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/pa-ap/02paap-fra.php

Barker, J. (2011). Don't just sit there: it's dangerous! The Ottawa Citizen. Document récupéré le 23 novembre 2011 de http://www.ottawacitizen.com/health/just+there+dangerous/5752956/story.html#ixzz1eXuqeUha

Bouchard, C., Shephard, R.J., & Stephens, T. (Eds.) (1994). *Physical Activity, Fitness, and Health: International Proceedings and Consensus Statement. Champaign, IL: Human Kinetics Publishers.*

Centers for Disease Control and Prevention. (1996). *Physical activity and health: A report of the SurgeonGeneral. Atlanta, GA.* U.S. Department of Health and Human Services.

Chevalier, R. (2011). *Contre l'obésité : l'entraînement par intervalles.* Document récupéré le 24 avril 2011 de http://kinesante.erpi.com/2011/05/30/contre- l%e2%80%99obesite-l%e2%80%99entrainement-par-intervalles/

Colley, R., Janssen, I. & Tremblay, M.S. (2011). Daily step target to measure adherence to physical activity guidelines in children. Medicine & Science in Sports & Exercise. DOI: 10. 1249/mss.Ob013e31823f23b1.

Comité scientifique de Kino-Québec. (2004). *Stratégies éprouvées et prometteuses pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques au Québec (Avis du comité).* Ministère des Affaires municipales, du Sport et du Loisir. Gouvernement du Québec, 32 p. Document récupéré le 12 mars 2011 de http://www.kino-quebec.qc.ca/publications/AvisStrategies.pdf

Fondation des maladies du coeur. (2011). *Habitudes santé pour un poids santé. Guide pratique pour gérer son poids*. Document récupéré le 4 avril 2011 de www.fmcoeur.ca

Fondation des maladies du coeur. (2011). *Soyez actif pour la vie. Votre guide vers un mode de vie actif.* Document récupéré le 4 avril 2011 de www.fmcoeur.ca

Fondation des maladies du coeur. (2011). *Du plaisir Coeur atout pour toute la famille-Publication sur l'activité physique.* Document récupéré le 4 avril 2011 de www.fmcoeur.ca

Fondation des maladies du coeur. (2011). *La roue de santé.* Document récupéré le 4 avril 2011 de www.fmcoeur.ca

Fondation des maladies du coeur. (2011). *Habitudes santé pour un poids santé.* Document récupéré le 4 avril 2011 de www.fmcoeur.ca

Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie. (2005). Statistiques sur l'activité physique. Récupéré le 23 mars 2011 de http://www.cflri.ca/fra/index.php

Krol, A. (2011). Le défi de bouger. Récupéré le 12 mars 2011 de http://www.cyberpresse.ca/place-publique/editorialistes/arianekrol/201101/03/01-4356922-le-defi-de-bouger.php

Les diététistes du Canada. (2010). Normes de croissance de l'OMS pour le Canada. Document récupéré le 22 février 2011 de www.dietitians.ca/growthcharts

Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. Plan d'action gouvernementale de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 (PAG). Investir pour l'avenir sommaire. Document récupéré le 4 mai 2011 de http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-289-01.pdf

Nolin, B. & Hamel, D. (2005). Les Québécois bougent plus mais pas encore assez. Dans Venne, M. & Robitaille, A. L*'Annuaire du Québec,* 2006 *(*pp. 296-311), Montréal : Fides.

Nolin, B. & Hamel, D. (2008). « L'activité physique au Québec de 1995 à 2005 : gains pour tous…ou presque », dans : M. Fahmy (sous la direction de), *L'État du Québec 2009 : tout ce qu'il faut savoir sur le Québec d'aujourd'hui*, Montréal, Fides, pp. 271-277.

Organisation mondiale pour la santé. (2009). Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Cadre de suivi et d'évaluation de la mise en oeuvre. Auteur: Genève.

Organisation mondiale pour la santé. (2010). Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé. Auteur: Genève.

Société canadienne de physiologie de l'exercice (SCPE). (2011). Lignes directrices et conseils. Document récupéré le 11 novembre 2011 de http://www.csep.ca/CMFiles/Directives/CSEP-InfoSheetsComplete-FR.pdf

Société canadienne de physiologie de l'exercice (SCPE). (2011). *Directives canadiennes en matière d'activité physique et en matière de comportement sédentaire.* Document récupéré le 4 avril 2011 de http://www.csep.ca/Francais/view.asp?x=804

Tremblay, M. S. & al. (2011). Nouvelles Directives canadiennes en matière d'activité physique. *Physiologie appliquée, nutrition et métabolisme (PANM), 36*, 47- 58. Document récupéré le 15 février 2011 de panm.cnrc.ca

Atelier 6 - L'équilibre budgétaire

Évaluez votre avoir

Calendrier des dépenses annuelles

Calendrier des versements mensuels obligatoires

Budget mensuel

Les pièges du crédit

Comment avoir un bon dossier de crédit

Politique d'exactitude des prix

Demande de l'historique de crédit : Équifax

Demande de fiche de crédit : TansUnion

Réponses à l'exercice 1

2011 Finances personnelles – Revue Protégez-vous

Comprendre votre dossier de crédit et votre pointage de crédit – Agence de la consommation en matière financière du Canada

Exercice 1 – Suggestion de l'ACEF pour un budget équilibré

Association coopérative d'économie familiale de l'Outaouais. (2011).

Coalition des associations de consommateurs du Québec. (2010). Sondage sur les attitudes et perceptions de la population québécoise en regard des cartes de crédit. Document récupéré le 6 septembre 2011 de http://www.cacq.ca/assets/files/sondage/Sondage_credit_2010.pdf.

Coalition des associations de consommateurs du Québec. (2010). Les offres de crédit postales: Entre le rêve et la réalité. Sommaire exécutif. Récupéré le 6 septembre 2011 de http://www.cacq.ca/assets/files/rapport/SOMMAIRE.pdf.

Atelier 7 - L'image corporelle et l'estime de soi en lien avec un poids naturel

Réponses à l'exercice 1

Exercice 1 - Image corporelle, santé, bien-être et adolescence

Exercice 2 - Image corporelle : votre profil

Le Journal alimentaire

Le Journal de vie active

Fondation des maladies du Cœur. (2010). *Habitudes santé pour un poids santé. Guide pratique pour gérer son poids*. Document récupéré le 2 mai 2011 de www.fmcoeur.ca

Ledoux J. et L. Mongeau (2002). *Le programme Bien dans sa tête, bien dans sa peau : Guide d'intervention sur le poids et l'image corporelle auprès des adolescents en milieu scolaire* - Tome 1 : L'essentiel pour implanter le programme. Groupe d'action sur le poids ÉquiLibre, 258 p.

Ledoux J. et L. Mongeau (2002). *Le programme Bien dans sa tête, bien dans sa peau : Guide d'intervention sur le poids et l'image corporelle auprès des adolescents en milieu scolaire* - Tome 2 : Les fiches-activités. Groupe d'action sur le poids ÉquiLibre, 796 p.

Santé Canada. (2010). *Trousse éducative Mangez bien, soyez actif*. Document récupéré le 2 mai 2011 de www.sante.gc.ca/mangezbien-soyezactif

Ministère de la Culture, Communications et Condition féminine du Québec. (2010). *Charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée*. Document récupéré le 2 mai 2011 de http://www.mcccf.gouv.qc.ca/index.php?id=2328&tx_ttnews[d]=1&tx_ttnews[theme]=169&tx_ttnews[tt_news]=5702&tx_ttnews[backPid]=2408&cHash=0c02f59281ccf9ac2bd0785dd40d1cb3

Atelier 8 - La gestion du temps et la communication en famille

Exercice 1 - Les valeurs

Exercice 2 - Les 168 heures

Exercice 3 - L'écoute et la parole

Aimé, A. (2011). Module de communication. La gestion du temps et la communication dans la famille.

Cyr, C. (2009). Atelier de réussite universitaire.

Dietz, F., Hofer, M., & Fries, S. (2007). Individual values, learning routines and academic procrastination. *British Journal of Educational Psychology* (77), 893-906.

Faber, A., & Mazlish, E. (2002). *Parler pour que les enfants écoutent. Écouter pour que les enfants parlent. Éd.*

Haché, R.M. (2008). Réussir ses études. Module D: Gérer ses études. Fiche 3 : Construire une grille horaire. Septembre Éditeur.

Atelier 9 – Le tabac (site Nunavik)

Atelier 10 – Bien-être et santé mentale (site Nunavik)

Références ayant servi la création du programme
Conception théorique, ateliers et capsules

Tome 1

1- Préambule

1. Agence de la santé publique du Canada. Obésité au Canada : Aperçu (2009).
2. Agence de la santé publique du Canada. Pour un Canada plus sain : faire de la prévention une priorité (2010).
3. Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. Plan d'action gouvernementale de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 (PAG). Investir pour l'avenir sommaire.
4. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986).
5. La charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation (2005).
6. Cartographie de l'obésité au Québec http://www.inspq.qc.ca/pag/indicateurs.htm

2- Données probantes en matière de prévention de l'obésité

1. *Lignes directrices canadiennes de 2006 sur la prise en charge et la prévention de l'obésité chez les adultes et les enfants*
2. *La Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains* 2005
3. Sharpe, E. K., Forrester, S., & Mandigo, J. (2011). Engaging Community Providers to Create More Active After-School Environments: Results From the Ontario CATCH Kids Club Implementation Project. *Journal of Physical Activity and Health 8(supp1),* s26-s31.
4. Chenhall, C. (2010). *Amélioration des compétences culinaires : Synthèse des données probantes et des leçons pouvant orienter l'élaboration de programmes et de politiques*. Groupe des modes de vie sains. Gouvernement du Canada.
5. Keener, D., Goodman, K., Lowry, A., Zaro, S., & Kettel Khan, L., (2009). *Recommended Community Strategies and Measurements to Prevent Obesity in the United States*. Department of Health and Human Services, Centers for disease control and prevention.
6. Centers for Disease Control and Prevention (Media, Access, Point of decision, Price & Social support-services): Communities Putting Prevention to Work – Modèle logique

3- Facteurs de risques des maladies chronique.

1- Agence de la santé publique du Canada. (2008). *Atlas des facteurs de risques des maladies chroniques.*

Tome 2

4- Outils

1. Santé Canada. (2008). *Trousse éducative Mangez bien et soyez actif*. Plan d'activité 1 : Les avantages de bien manger et d'être physiquement actif.
2. Santé Canada. (2008). *Trousse éducative Mangez bien et soyez actifs*. Plan d'activité 2 : Faites compter chaque portion et chaque période d'activité.
3. Santé Canada. (2008). *Trousse éducative Mangez bien et soyez actif*. Plan d'activité 3 : Se fixer des objectifs SMART.
4. Guides d'activités pour les enfants (6 à 9 ans) : *Le Guide familial, le Guide pour les enfants, le magasine pour les enfants et le guide pédagogique*.
5. Guide d'activités pour les jeunes (10 à 14 ans) : *Le Guide familial, le Guide pour les jeunes, le magasine pour les jeunes et le guide pédagogique*.
6. Santé Canada. (2008). *Fiche de suivi : Mes portions du Guide alimentaire* (4 à 8 ans) et (9 à 13ans)
7. Santé Canada. (2008*). Fiche de suivi : Mes portions du Guide alimentaire* FILLES (14-18)
8. Santé Canada. (2008). *Fiche de suivi : Mes portions du Guide alimentaire* GARÇONS (14-18)
9. Chenhall, C. (2010). *Amélioration des compétences culinaires : Aperçu des pratiques prometteuses au Canada et à l'étranger*. Groupe des modes de vie sains. Gouvernement du Canada.

5- Théories de changements de comportements individuels, collectifs et organisationnels

1. Murphy, E. M. (2005). Comment promouvoir des comportements sains. *Bulletin de santé, 2*, 36 p. Washington, DC : Population Reference Bureau.
2. Robichaud-Ekstrand, S., Vandal, S., Viens, C. & Bradet, R. (2001). Les modèles de comportements de santé. *Recherche en Soins infirmiers 64*, 59-77.
3. École de santé publique de Toronto. *Les théories en promotion de la santé.* Module 4.

6- Pratiques Exemplaires en pratiques communautaires préventives visant les saines habitudes de vie des jeunes et de leurs familles

1. Healthy Alberta Communities – Building a Healthier Alberta One Community at a Time. Site web: http://www.healthyalbertacommunities.com/
2. Healthy U Alberta. (2007). *Healthy Eating and Active Living for ages 13 to 18.* Site web: http://www.healthyalberta.com/
3. Stock, S., Miranda, C., Evan, S., Plessis, S., Ridley, J., Yeh, S., & Chanoine, J-P. (2006). Healthy Buddies : A Novel, Peer-led Health Promotion Program for the Prevention of Obesity and Eating Disorders in Children in Elementary School. *Pediatrics 120*(4), 1059-1068.
4. Park and Recreation Ontario. (2007) High Five : A quality standard for children's sport and recreation. Site web: http://www.highfive.org/default.aspx
5. Kelder, S.H., Mitchell, P.D., McKenzie, T.L., Derby, C., Strikmiller, P.K., Luepker, R.V., & Stone, E.J. (2003). Long-term implementation of the CATCH physical

education program. *Health Education & Behavior, 30*(4), 463-475. Site web du programme : http://www.catchinfo.org/
6. Toronto Public Health and Health Canada. (2006). *Peer Nutrition Program : Developing a model for peer-based programs aimed at diverse communities*. Site web : http://www.toronto.ca/health/peernutrition/index.htm
7. Mayors Wellness Campaign. (2011). *Youth in Motion : Trim Kids ™ at the YMCA* (Des Moines, IOWA). Site web: http://www.mayorswellnesscampaign.org/toolbox/youth-in-motion/youth-in-motion-trim-kids-at-the-ymca-des-moines-iowa/
8. Askie, L. M., Baur, L. A., Campbell, K., Daniels, L. A., Hesketh, K., Magarey, A., Mihrshahi, S., Rissel, C., Simes, J., Taylor, B., Taylor, R., Voysey, M., & Wen, L. M. (2010). The Early Prevention of Obesity in Children (EPOCH) Collaboration – an Individual Patient Data Prospective Meta-Analysis. *BMC Public Health 10:*728.
9. Agence de la santé publique du Canada. (2009). *Encouragement des interventions intersectorielles en matière de santé. Exemple de l'initiative de ActNowBC*. Partie 2.
10. Epode European Network. (n.d.). *Preventing Childhood Obesity*. Site web: http://www.epode-european-network.com/
11. Québec en forme. (2009). *Collection des initiatives mises en valeur par les regroupements locaux de partenaires* Édition 2009-2010.

7- Politiques publiques favorables – Les stratégies associées à la gouvernance locale

1. Réseau québécois de villes et villages.(2000). *La santé, c'est aussi l'affaire des municipalités*.
2. Alberta Policy Coalition for Cancer Prevention. (2010). *Designing Communities to Support Active Living : Using Municipal Bylaws to Promote Health.*
3. Allender, S., Gleeson, E., Crammond, B., Sacks, G., Lawrence, M., Peeters, A., Loff, B., & Swinburn, B. (2009). Moving beyond 'rates, roads and rubbish': How do local governments make choices about healthy public policy to prevent obesity? *Australia and New Zealand Health Policy*, 6:20.
4. Sacks, G., Swinburn, B., & Lawrence, M. (2008). A systematic policy approach to changing the food system and physical activity environments to prevent obesity. *Australia and New Zealand Health Policy*, 5:13.
5. Magnussen, R. S. (2008). What's law got to do with it part 1: A framework for obesity prevention. *Australia and New Zealand Health Policy*, 5:10.
6. Poobalan, A. S., Aucott, L. S., Ahmed, S., & Smith, W. C. S. (2010). Analysis of the UK recommendations on obesity based on a proposed implementation framework. *BMC Public Health*, 10:17.
7. Aylott, J., Brown, I., Copeland, R., & Johnson, D. (2008). Tackling Obesities: The Foresight Report and Implications for Local Government : Executive Summary. *Faculty of Health and Wellbeing Sheffield Hallam University.*
8. Alvaro, C., Jackson, L. A., Kirk, S., McHugh, T. L., Hughes, J., Chircop, A., & Lyons, R. F. (2010). Moving governmental policies beyond a focus on individual lifestyle: some insights from complexity and critical theories. *Oxford University Press.*
9. Organisation Mondiale de la Santé. (2010). *The global forum on Urbanization and Health.*

10. Union Fédérale des Consommateurs-Que choisir. (2010). *Marketing télévisé pour les produits alimentaires à destination des enfants : Analyse des engagements des professionnels et impacts sur les comportements alimentaires.*
11. Roback, L. (2007). Le point sur l'obésité : l'effet de quartier. *Centre de recherche sur les inégalités sociales de santé de Montréal.*
12. Ministry of Social Affairs and Health. (2008). *Government Resolution on development guidelines for health-enhancing physical activity and nutrition*, 18-24.
13. Parker, L., Burns, A. C., & Sanchez, E. (2009). *Local Government Actions to Prevent Childhood Obesity. Disponible en ligne à l'adresse*: http://www.nap.edu/catalog/12674.html
14. Institut national de santé publique Québec. (2011). *Répertoire des plans d'action gouvernementaux et de la littérature grise en matière d'alimentation, d'activité physique et d'obésité.* Disponible en ligne à l'adresse: http://www.inspq.qc.ca/pag/
15. Institut canadien de l'information sur la santé. Rapports (2009 et 2010) sur les soins de santé au Canada. Disponibles en ligne à l'adresse: http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HCIC_2009_Web_f.pdf http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HCIC_2010_Web_f.pdf
16. Groupes des modes de vie sains du Réseau pancanadien de santé publique. (2008). *Amener la santé à la table de planification. Un profil des pratiques prometteuses du Canada et de l'étranger.* Ottawa: Agence de la santé publique du Canada. 95p.
17. Sacks, G., Swinburn, B., & Lawrence, M. (2008). Obesity Policy Action framework and analysis grids for a comprehensive policy approach to reducing obesity. *Obesity Reviews 10*, 76-86.
18. Kelly, P., Cavill, N., & Foster, C. (2009). *An analysis of national approaches to promoting physical activity and sports in children and adolescents*. British Heart Foundation Health Promotion Research Group, University of Oxford. OMS Europe.

8- Références supplémentaire associées à l'appproche *Health in All Policies* ou gouvernance intégrée de l'analyste principale de l'Organisation mondiale pour la santé en politiques publiques par Ilona Kickbush Ph. D.

1. Kickbush, I. (2010). Health in All Policies : where to from here? *Health Promotion International 25*(3), 261-264.
2. Kickbush, I. (2010). Health governance in the 21st century: a commentary. *Public Health Bulletin SA. Health in All policies. Adelaide 2010 International Meeting 7* (2), 9-12.

3- Kickbusk, I., & Buckett, K. (2010). Health in all Policies : The evolution of the concept of horizontal health governance. Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010. Department of Health, government of South Australia, 11-23.

4- Kickbush, I., McCann, W., & Sherbon, T. (2008). Adelaide revisited : from healthy public policy to Health in All Policies. Health Promotion International 23(1), 1-4.

5- Kickbush, I. (2008). Adelaide Revisited: from healthy public policy to Health in All Policies – Setting the scene. *Public Health Bulletin SA 5*(1), 3-5.

6- Kickbush, I. (2009). *Policy Innovations for Health.* Éd. Springer.

Cartable 2 – Ateliers

Guide de l'animateur

Atelier 1 - L'obésité : toile causale et facteurs de risque
Atelier 2 - La motivation personnelle et familiale
Atelier 3 - Les habitudes alimentaires familiales
Atelier 4 - L'étiquetage alimentaire, les choix appropriés pour les repas, les lunchs et les collations santé
Atelier 5 - Les habitudes d'activités physiques familiales et la sédentarité
Atelier 6 - L'équilibre budgétaire
Atelier 7 - L'image corporelle et l'estime de soi en lien avec un poids naturel
Atelier 8 - La gestion du temps et la communication en famille
Atelier 9 – Le tabac (site Nunavik)
Atelier 10 – Bien-être et santé mentale (site Nunavik)

Cartable 3 – Programme du petit sportif

Duo-tang du petit sportif

Capsule 1 Bouger, jouer et marcher, c'est la santé!
Fiche théorique
Défi associé : Compilation Podomètre
Défi associé : Fiche Se Revigorer

Capsule 2 Des loisirs pour sortir dehors et me faire plaisir! (Attention, la édentarité!)
Défi associé **:** Fiche théorique
Défi associé : Carnet photo

Capsule 3 Les Bons choix ÉP (épicerie-portions!)
Fiche théorique
Défi associé : Épicerie Chasse aux trésors santé
Défi associé : Les bonnes portions dans l'assiette
Outil : Affiche mangez bien soyez actif

Capsule 4 Les bons choix CJ (collations, jus)
Fiche théorique
Défi associé : Choisir la bonne collation à partir des étiquettes
Défi associé : 8 verres d'eau et on remplace une boisson sucrée par de l'eau!

Capsule 5 Cuisiner en famille
Fiche théorique
Défi associé : Cuisiner une recette en famille et la transmettre
Défis associé : Les repas préférés

Capsule 6 La beauté, une question de bien-être dans sa tête & dans sa peau ! Aimer son poids naturel…
Fiche théorique
Défi associé : Bulle de beauté et de personnalité
Outil : ANEB & Bien dans sa tête, bien dans sa peau

Capsule 7 Au choix des jeunes

Capsule 8 Reconnaissance et mentions spéciales
Certification

Cartable 4 – Outils et défis hebdomadaires associés aux ateliers

Atelier 1 - L'obésité : toile causale et facteurs de risque
Les paramètres reliés à la définition de l'obésité
Nomogramme de l'IMC
Interprétation des valeurs de l'IMC
Normes de croissance de l'OMS pour le Canada
Exercice 1 - Les causes évitables de l'obésité
Le Journal alimentaire
Le Journal de vie active

Atelier 2 - La motivation personnelle et familiale
Étapes de changement de Prochaska et Diclemente
Exercice 1 - Nos capacités acquises
Exercice 2 - Les avantages et les contraintes des saines habitudes de vie
Exercices 3 et 4 - Notre consommation d'aliments et Notre pratique d'activités physiques
Notre disposition au changement
La balance décisionnelle
La règle
Le plan de changement

Atelier 3 - Les habitudes alimentaires familiales
Le guide alimentaire canadien
Le guide pratique du panier d'épicerie de la revue Protégez-vous
Informations sur les boissons énergisantes de Santé Canada
Réponses à l'exercice 2
Exercice 1 - Les habitudes alimentaires actuelles
Exercice 2 - Les portions alimentaires
Exercice 3 - Constituer trois repas et deux collations
Le Journal alimentaire

Atelier 4 - L'étiquetage alimentaire, les choix appropriés pour les repas, les lunchs et les collations santé
Exemple d'une journée-type
Collations à emporter pour manger sur le pouce
Exercice 1 - La lecture des étiquettes alimentaires
Exercice 2 - Liste d'épicerie selon le guide alimentaire
Préparer le lunch idéal
Préparer la collation idéale

Atelier 5 - Les habitudes d'activités physiques familiales et la sédentarité

Les directives et conseils de la SCPE
Guide d'activité physique canadien
Liste des activités possibles selon l'âge
Exemples d'activités pratiquées selon différents niveaux d'intensité
Don't just sit there : it's dangerous!
Réponses à l'exercice 1
Exercice 1 - La vie active
Exercice 2 - Les choix d'activité physique
Le journal de vie active

Atelier 6 - L'équilibre budgétaire

Évaluez votre avoir
Calendrier des dépenses annuelles
Calendrier des versements mensuels obligatoires
Budget mensuel
Les pièges du crédit
Comment avoir un bon dossier de crédit
Politique d'exactitude des prix
Demande de l'historique de crédit : Équifax
Demande de fiche de crédit : TansUnion
Réponses à l'exercice 1
2011 Finances personnelles – Revue Protégez-vous
Comprendre votre dossier de crédit et votre pointage de crédit – Agence de la consommation en matière financière du Canada
Exercice 1 – Suggestion de l'ACEF pour un budget équilibré

Atelier 7 - L'image corporelle et l'estime de soi en lien avec un poids naturel

Réponses à l'exercice 1
Exercice 1 - Image corporelle, santé, bien-être et adolescence
Exercice 2 - Image corporelle : votre profil
Le Journal alimentaire
Le Journal de vie active

Atelier 8 - La gestion du temps et la communication en famille

Exercice 1 - Les valeurs
Exercice 2 - Les 168 heures
Exercice 3 - L'écoute et la parole

Cadre de référence sur les compétences pour la promotion de la santé
Manuel

Rédigé par

Mme Colette Dempsey
Mme Barbara Battel-Kirk
Professeur Margaret M. Barry

Health Promotion Research Centre
National University of Ireland Galway

Février 2011

Traduction

Lapierre, J. & Ory, A. (2012). Action concertée du Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC, 2010-2013). "*Quartiers en santé pour la prévention de l'obésité par la transformation des politiques municipales, le capital social et la participation citoyenne* ».

Juin 2012

Table des matières

Remerciements.. 3

INTRODUCTION.. 4
Le projet CompHP.. 4
Le contexte et la logique du développement de compétences clés pour la promotion de la santé.. 5
Qu'entend-on par compétences clés ?... 5
Comment les compétences clés CompHP ont-elles été développées ?.................................. 6
À qui s'adressent les compétences clés CompHP ? 6
Comment les compétences clés CompHP peuvent-elles être utilisées ?................................. 9
Les principes et les concepts essentiels qui sous-tendent les compétences clés CompHP 10

LE CADRE DE REFERENCE SUR LES COMPETENCES CLES POUR LA PROMOTION DE LA SANTE 11
Les valeurs éthiques qui sous-tendent les compétences clés pour la promotion de la santé.. 13
Le socle de connaissances qui sous-tendent les compétences clés pour la promotion de la santé…… 13
GLOSSAIRE.. 19

REFERENCES.. 24

ANNEXE 1.. 29

ANNEXE 2.. 32

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier tous les partenaires du projet CompHP qui ont relu ce manuel et ont apporté leurs commentaires à chaque étape de sa création. Nous voudrions également remercier le Groupe consultatif international d'experts pour leurs commentaires et leurs conseils très précieux ainsi que pour leur soutien dans le processus de développement de ces compétences.

Nous remercions particulièrement tous les professionnels en promotion de la santé dans l'ensemble de l'Europe qui ont apporté leur généreuse contribution au cours du processus Delphi, des groupes de travail et des consultations en ligne en donnant de leur temps et en partageant leur expertise.

Enfin, nous tenons à remercier l'Agence Exécutive pour la Santé et les Consommateurs qui a fourni le financement pour le projet CompHP.

Citation suggérée pour le document : Dempsey, C., Battel-Kirk, B. & Barry, M.M. (2011) *Cadre de référence sur les compétences clés pour la promotion de la santé (Manuel)*. Paris: Union internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé (UIPES)
Traduction francophone : Lapierre, J & Ory, A. (2012). Gatineau (Québec) : Équipe FQRSC en prévention de l'obésité.

INTRODUCTION

Les compétences clés présentées dans ce manuel ont été définies dans le cadre d'un projet européen intitulé Développement des compétences et des normes professionnelles pour le renforcement des capacités en promotion de la santé en Europe (CompHP), projet financé par l'Agence Exécutive pour la Santé et les Consommateurs.

Ce manuel est le premier d'une série de trois qui seront créés par les membres du projet CompHP. Seront ensuite publiés des manuels sur les normes professionnelles et un cadre de référence paneuropéen de certification pour la promotion de la santé. Les membres du projet CompHP publieront également des rapports sur les procédés utilisés pour la définition des compétences clés, des normes professionnelles et du cadre de référence de certification ainsi que pour leur évaluation théorique et pratique. Les manuels CompHP et les rapports seront largement diffusés dans les États membres de l'Union européenne (UE) et les pays candidats à l'adhésion. Ils seront également consultables sur le site Web dédié au projet CompHP[1].

Le projet CompHP

Le projet CompHP vise à créer des normes basées sur l'identification de compétences ainsi qu'un système de certification pour la pratique, l'éducation et la formation dans le domaine de la promotion de la santé qui auront une influence positive sur la capacité de la main-d'œuvre à améliorer la santé publique en Europe. Le projet CompHP réunit 24 partenaires européens issus des secteurs suivants de la promotion de la santé : la formation professionnelle, la politique, la pratique et l'enseignement. Le projet CompHP est également soutenu par un Groupe consultatif international d'experts dans le développement de compétences pour la promotion de la santé au niveau mondial (voir l'Annexe 1 pour la liste complète des partenaires et des membres du Groupe consultatif international).

Le projet CompHP repose sur un processus de consensus obtenu après consultation des parties prenantes clés dans le domaine de la promotion de la santé dans toute l'Europe. Le projet s'appuie sur des cadres de référence européens et internationaux existants en matière de compétences pour la promotion de la santé. Le projet CompHP met à profit le travail réalisé par le sous-comité régional européen sur la formation, les certifications et les normes professionnelles de l'Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé (UIPES). Ce sous-comité a effectué et soutenu le travail préparatoire au projet CompHP ; il a notamment mené l'étude de faisabilité du projet (1).

---

[1] http://www.iuhpe.org/?mode=&n=&page=614&lang=fr

Le contexte et la logique du développement de compétences clés pour la promotion de la santé

Il est reconnu qu'une main-d'œuvre compétente qui a les connaissances, les savoir-faire et les aptitudes nécessaires pour transposer les règles, la théorie et les données scientifiques en actions efficaces constitue un élément critique pour la croissance future et le développement de la promotion de la santé au niveau mondial (2, 3, 4, 5). Identifier et s'accorder sur les compétences clés pour une pratique, une éducation et une formation efficaces dans le domaine de la promotion de la santé est reconnu comme étant un élément essentiel pour développer et renforcer la capacité de la main-d'œuvre à améliorer la santé mondiale au 21e siècle (6, 7, 8).

Dans un contexte paneuropéen, des objectifs dans le domaine de la promotion de la santé sont clairement spécifiés dans les stratégies de l'UE, mais, à ce jour, il n'existe pas d'accords en matière de compétences, de normes ou de systèmes de certification à l'échelle européenne qui garantissent des normes de qualité pour atteindre ces objectifs. Le développement du projet CompHP a été motivé par la reconnaissance du besoin d'un cadre de référence cohérent basé sur les compétences et qui s'appuierait sur des projets nationaux et internationaux connexes. Parmi les autres éléments déclencheurs du projet figurent les politiques en matière de liberté d'emploi qui ont mis en évidence le besoin de s'accorder sur des normes pour faciliter l'emploi d'un pays à l'autre de l'UE ; les questions relatives à l'assurance qualité dans la pratique professionnelle, l'éducation et la formation, questions qui se posent dans tous les domaines de la santé en Europe ; et l'éclairage apporté sur les aptitudes requises par la main-d'œuvre pour promouvoir la santé et s'attaquer aux inégalités telles qu'identifiées dans les stratégies de l'UE.

Il a également été reconnu que la promotion de la santé est un domaine en évolution en Europe qui regroupe une main-d'œuvre variée et de plus en plus nombreuse qui provient de disciplines diverses et qui opère dans différents lieux de vie et dans des contextes politiques, économiques et sociaux très divers. Étant donné cette diversité, il faut des compétences clés qui délimitent l'ensemble des aptitudes, des connaissances et de l'expertise spécifique à la pratique de la promotion de la santé (7, 8) pour unifier et renforcer les aptitudes de la main-d'œuvre dans ce domaine dans toute l'Europe.

Qu'entend-on par compétences clés ?

Dans ce manuel, les compétences sont définies comme « une combinaison des connaissances, des aptitudes, des capacités et des valeurs essentielles qui sont nécessaires à la pratique de la promotion de la santé » (adapté de Shilton et coll. 2001) (9). Les compétences clés sont définies comme étant la plus petite série de compétences qui constituent une base commune pour l'ensemble des fonctions de la promotion de la

santé. « Elles représentent ce qui est attendu de tous les praticiens de la promotion de la santé pour assurer une pratique efficace et adéquate dans ce domaine » (10).

Comment les compétences clés CompHP ont-elles été développées ?

Les éléments clés dans le processus de développement du Cadre de référence sur les compétences clés pour la promotion de la santé ont été les suivants :

- Étude de la documentation européenne et internationale portant sur les compétences pour la promotion de la santé (11)
- Ébauche d'un cade de référence sur les compétences clés à partir des conclusions de cette étude et de la consultation avec les partenaires du projet
- Enquête Delphi portant sur l'ébauche des compétences clés et menée avec des experts en promotion de la santé de toute l'Europe en vue d'aboutir à un consensus[2]
- Groupes de travail avec des experts en promotion de la santé et d'autres parties prenantes clés de toute l'Europe
- Processus de consultation en ligne des parties prenantes dans le domaine de la promotion de la santé dans toute l'Europe.

Les partenaires du projet CompHP et le Groupe consultatif international d'experts ont joué un rôle de conseil à chaque étape du processus de développement. Les compétences clés CompHP sont donc le fruit d'un vaste processus de consultation et se fondent sur des informations issues de publications européenne et internationale, dont :

- Les domaines de compétences clés résumés dans le Galway Consensus Statement (7) ainsi que les modifications apportées à cette déclaration qui ont été suggérées à la suite d'un processus de consultation internationale
- Les compétences clés pour la promotion de la santé développées en Australie (10), au Canada (12), en Nouvelle-Zélande (13) et au Royaume-Uni (14)
- Les compétences clés développées dans des domaines connexes comme la santé publique (15, 16) et l'éducation pour la santé (17).

À qui s'adressent les compétences clés CompHP ?

Les compétences clés ComHP sont principalement destinées à être utilisées par les praticiens de la promotion de la santé dont le rôle et la fonction principale sont la

---

[2] L'échantillon utilisé pour les deux étapes de l'enquête Delphi comprenait six représentants issus de 34 pays européens, soit deux représentants par domaine suivant : la pratique, la politique et l'enseignement. Les critères de sélection ont été, par ordre d'importance, le rôle à l'échelle nationale dans la promotion de la santé, l'expérience en matière de promotion de la santé et l'expérience dans l'approche des compétences.

promotion de la santé et qui détiennent un diplôme d'études supérieures ou de troisième cycle en promotion de la santé ou dans une discipline connexe[3] [4].

Un praticien de la promotion de la santé est défini comme étant une personne dont le travail est de promouvoir la santé et de réduire les inégalités de santé en utilisant les actions décrites dans la Charte d'Ottawa (18) :

- Elaborer des politiques publiques favorables à la santé
- Créer des milieux favorables
- Renforcer l'action communautaire
- Développer les aptitudes individuelles
- Réorienter les services de santé.

Bien que les intitulés des cours théoriques et de postes dans les différents pays d'Europe ne comportent pas toujours le terme *promotion de la santé*, les compétences clés sont destinées à s'appliquer à tous les praticiens dont le rôle principal reflète la définition de la promotion de la santé et ses principes définis dans la Charte d'Ottawa (18). Les praticiens de la promotion de la santé doivent avoir une éducation et une formation spécifiques et recourir au perfectionnement professionnel continu pour entretenir les connaissances et les savoir-faire particuliers et nécessaires à une pratique de qualité de la promotion de la santé.

Les compétences présentées dans ce manuel sont destinées à des praticiens qui font leur entrée dans la profession. Cependant, l'acquisition d'une compétence n'est pas vue comme un événement ponctuel, mais plutôt comme un processus qui se déroule dans le temps. Une formation officielle est un moyen d'acquérir les compétences de base, mais un apprentissage continu par le biais de l'expérience, d'un accompagnement professionnel, d'une rétroaction et d'activités individuelles d'apprentissage est nécessaire pour développer des compétences avancées et conserver les connaissances et les savoir-faire requis dans un domaine où la pratique et les politiques évoluent (19).

De nombreuses discussions ont porté sur le niveau adéquat correspondant à ces compétences clés. Il a été décidé que ce niveau serait un « niveau d'embauche », c'est-à-dire le niveau auquel un praticien débute. Cela ne veut pas dire que tous les praticiens de la promotion de la santé sont limités à ce niveau. Les compétences clés peuvent, par exemple, servir de base au développement de compétences plus avancées pour les

---

[3] Comme, par exemple, la santé publique, l'éducation pour la santé, les sciences sociales y compris la psychologie, l'épidémiologie, la sociologie, l'éducation, la communication, la santé environnementale, le développement rural ou urbain, les sciences politiques. Cette liste n'est pas exhaustive, et d'autres titres universitaires peuvent être également appropriés.

[4] Bien qu'une formation officielle dans le domaine de la promotion de la santé ou dans une discipline connexe soit le critère minimum généralement requis pour entrer dans la profession, il est reconnu que des praticiens se sont engagés dans ce domaine sans posséder de formation officielle. Pour ces praticiens, ces compétences fournissent un cadre de référence pour évaluer la pertinence de leur expérience professionnelle passée et les aider à la faire reconnaitre officiellement.

praticiens occupant un poste de cadre supérieur dans le domaine de la promotion de la santé. Elles peuvent également influencer le développement de compétences spécialisées chez ceux qui travaillent dans des cadres de vie spécifiques.

Il est également reconnu que les personnes qui utilisent les compétences clés CompHP veuillent éventuellement identifier plusieurs niveaux d'expertise pour quelques-unes ou l'ensemble de ces compétences ou encore qu'elles accordent plus d'importance à certaines compétences que d'autres. Cependant, ces compétences sont toutes des compétences clés. Elles devraient donc toutes être abordées pour constituer la base d'une pratique de la promotion de la santé cohérente et de qualité qui soit reconnue au niveau international et qui soit certifiée par un système de certification paneuropéen. Bien que ces compétences aient été développées dans un contexte paneuropéen, elles pourraient également servir au développement des compétences pour la promotion de la santé dans d'autres pays du monde.

Les compétences peuvent également être utiles aux personnes travaillant dans d'autres domaines professionnels dont les activités incluent la promotion de la santé (comme la santé communautaire et l'éducation pour la santé) ou aux personnes travaillant dans d'autres secteurs qui sont impliquées dans des partenariats pour promouvoir la santé ou pour créer des environnements favorables à la santé[5].

Le tableau présenté en Annexe 2 illustre comment les compétences peuvent être utilisées par les praticiens de la promotion de la santé à différents niveaux d'expérience et d'ancienneté ainsi que par d'autres professionnels dont les activités incluent la promotion de la santé.

Comment les compétences clés CompHP peuvent-elles être utilisées ?

L'objectif des compétences pour la promotion de la santé est de fournir une description des connaissances, des aptitudes, des valeurs et des savoir-faire essentiels nécessaires pour documenter une pratique efficace. Dans ce contexte, certains pays ou organisations pourraient utiliser le Cadre de référence comme un document indépendant. Cependant, dans le contexte du projet CompHP, les compétences clés sont conçues pour fournir une base de connaissances et de savoir-faire pour une pratique qui engendrera le développement de normes professionnelles pour la promotion de la santé et un cadre de référence paneuropéen de certification. Un cadre de référence efficace sur les compétences fournit une base solide pour le perfectionnement de la main-d'œuvre et offre un large éventail d'applications potentielles dans de nombreux domaines.

Les compétences clés ont un rôle prédominant à jouer dans le développement de la promotion de la santé (adapté de PHAC, 2008) (16) :

[5] Par exemple, les enseignants et les employés dans le domaine du développement communautaire

- Elles constituent la base pour les futures améliorations dans les formations et l'élaboration de cours en promotion de la santé
- Elles soutiennent le perfectionnement professionnel
- Elles fournissent une base pour des systèmes de certification et le développement de normes professionnelles
- Elles confirment la position de la promotion de la santé comme domaine de pratique spécialisée
- Elles rendent compte au public des normes pour la pratique de la promotion de la santé.

Les compétences clés contribuent à promouvoir la santé du public :

- Elles augmentent l'efficacité de la main-d'œuvre
- Elles incitent à fournir un service éthique, équitable, normé, basé sur des données, axé sur la population et centré sur le client
- Elles forment la base d'une pratique et d'une assurance qualité mesurables.

Les compétences clés sont utiles aux praticiens de la promotion de la santé, car :

- Elles permettent d'avoir des lignes directrices claires pour les connaissances, les savoir-faire et les valeurs nécessaires à une pratique efficace et éthique
- Elles documentent les cadres de référence sur l'éducation, la formation et les compétences afin d'assurer leur adéquation avec les besoins de la pratique et du milieu de travail
- Elles aident à planifier les carrières et à identifier les besoins en formation et en perfectionnement professionnel
- Elles facilitent la mobilité à travers les rôles, les organisations, les régions et les pays grâce à l'utilisation de connaissances, de qualifications, et, le cas échéant, de systèmes de certification communs basés sur les compétences
- Elles promeuvent une meilleure communication et le travail d'équipe dans des lieux de vie multidisciplinaires et multisectoriels en fournissant un langage commun et une même compréhension des concepts clés et des pratiques utilisés dans le domaine de la promotion de la santé
- Elles contribuent à l'unification de la main-d'œuvre qui partage alors la même compréhension des concepts-clés et des pratiques
- Elles contribuent à une plus grande reconnaissance et à une validation de la promotion de la santé et du travail effectué par les praticiens de la promotion de la santé.

Les compétences clés profitent aux organisations de la promotion de la santé, car :

- Elles permettent d'identifier les besoins du personnel en matière de formation et de perfectionnement professionnel
- Elles fournissent une base pour les descriptions de postes, pour les questions lors des entrevues et pour les cadres de référence sur les évaluations et l'assurance qualité

- Elles permettent d'identifier le nombre et le profil adéquats des employés de la promotion de la santé dans un cadre de vie donné
- Elles aident les employeurs et les gestionnaires à améliorer leur compréhension des rôles couverts par la promotion de la santé dans les milieux de travail individuels et à créer des descriptions de poste adaptées.

Lors du développement du projet CompHP, il a été reconnu que, pour certains pays ou certaines régions, seules les compétences clés pourraient avoir une utilité ou être appropriées étant donné la spécificité de leur contexte politique ou de leur pratique. Dans de tels cas, le manuel du Cadre de référence sur les compétences clés de la promotion de la santé peut être utilisé comme un document indépendant. Cependant, dans le contexte de l'ensemble du projet, les compétences clés sont conçues pour servir de base à la création de normes professionnelles et d'un cadre de référence paneuropéen de certification pour la promotion de la santé. Ces normes et ce cadre de référence constitueront des outils supplémentaires destinés à développer les capacités de la main-d'œuvre dans le domaine de la promotion de la santé dans toute l'Europe.

Les principes et les concepts essentiels qui sous-tendent les compétences clés CompHP

Les compétences sont fondées sur les concepts et principes clés de la promotion de la santé présentés dans la Charte d'Ottawa (18) et dans les chartes et déclarations suivantes de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (5,20-24). Ainsi, on entend par promotion de la santé « le processus permettant aux personnes de mieux maitriser leur santé et de l'améliorer » (18). La promotion de la santé est perçue comme un processus global, à la fois social et politique. Ce processus englobe non seulement les actions qui visent à renforcer les compétences et les capacités des individus, mais également celles qui tendent à modifier les conditions sociales, environnementales et économiques ayant des répercussions sur la santé (25). La santé est définie comme suit : « un état de bien-être général, physique, mental et social, et non simplement l'absence de maladie ou d'infirmité » (26). La santé est perçue comme une ressource de la vie quotidienne. L'accent est mis sur les ressources sociales et personnelles ainsi que sur les capacités physiques (18).

Les compétences clés CompHP sont fondées sur la compréhension suivante de la promotion de la santé : celle-ci est une discipline éthique, efficace, basée sur des principes et des faits (27, 28) ; il existe des théories, des stratégies, des faits et des valeurs bien établis qui sous-tendent une bonne pratique de la promotion de la santé (29).

Dans les compétences clés, le terme « action pour la promotion de la santé » est utilisé pour décrire des programmes, des politiques et d'autres interventions structurées en matière de promotion de la santé qui sont vecteur d'autonomie, participatifs, holistiques, intersectoriels, équitables, durables et multistratégiques par nature (22), et qui visent à améliorer la santé et à réduire les inégalités en matière de santé.

LE CADRE DE REFERENCE SUR LES COMPETENCES CLES POUR LA PROMOTION DE LA SANTE

Le Cadre de référence CompHP sur les compétences clés pour la promotion de la santé comprend des domaines de compétences essentielles qui sont illustrés par la Figure 1. Les valeurs éthiques et le socle de connaissances en promotion de la santé sont décrits comme étant à la base de toutes les actions de promotion de la santé détaillées dans les neuf autres domaines. Les valeurs éthiques font partie intégrante de la pratique de la promotion de la santé et forment le cadre dans lequel toutes les autres compétences viennent s'inscrire. Le domaine des connaissances en promotion de la santé décrit les concepts et les principes fondamentaux qui font la spécificité de la pratique de la promotion de la santé. Les neuf domaines restants comprennent : le fait de soutenir le changement ; le plaidoyer pour la santé ; le travail en partenariat ; la communication ; le leadership ; l'analyse des besoins et des atouts ; la planification ; la mise en œuvre ; l'évaluation et la recherche. Chacun traite un domaine spécifique de la pratique de la promotion de la santé, et les énoncés qui leur sont associés en matière de compétences forment les savoir-agir qui sont nécessaires pour une pratique de qualité. C'est l'utilisation combinée de l'ensemble de ces domaines, du socle de connaissances et des valeurs éthiques qui constitue le Cadre de référence CompHP sur les compétences clés pour la promotion de la santé.

Figure 1 : Cadre de référence des compétences clés pour la promotion de la santé

Les valeurs éthiques qui sous-tendent les compétences clés de la promotion de la santé

Les valeurs éthiques et les principes de la promotion de la santé incluent le fait de croire en l'équité et en la justice sociale, de respecter l'autonomie et les choix à la fois des groupes et des individus, et de pouvoir travailler de manière collaborative et consultative.

Une pratique éthique de la promotion de la santé est basée sur les engagements suivants :

- Considérer la santé comme étant un droit essentiel au développement humain
- Respecter les droits, la dignité, la confidentialité et la valeur à la fois des individus et des groupes
- Respecter tous les aspects de la diversité notamment en termes de sexe, d'orientation sexuelle, d'âge, de religion, de handicap, d'appartenance ethnique, de race et de croyances culturelles
- Aborder les inégalités en santé et l'injustice sociale, et privilégier les besoins des personnes qui subissent la pauvreté et la marginalisation sociale
- Aborder les déterminants politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques de la santé et du bien-être
- Garantir que l'action promotrice de santé soit bénéfique et ne cause de torts à personne
- Etre honnête concernant ce qu'est la promotion de la santé et ce qu'elle peut et ne peut pas réaliser
- Rechercher les meilleures informations et données disponibles afin de mettre en œuvre des politiques et des programmes efficaces qui auront un impact sur la santé
- Utiliser la collaboration et le travail en partenariat comme base pour l'action promotrice de la santé
- Contribuer au pouvoir d'agir des individus et des groupes afin de développer leur autonomie et leur respect d'eux-mêmes comme base de l'action promotrice de santé
- Privilégier le développement durable et l'action durable de promotion de la santé
- Répondre de la qualité de ses propres pratiques et prendre la responsabilité de maintenir et d'améliorer ses connaissances et ses compétences.

Le socle de connaissances qui sous-tendent les compétences clés pour la promotion de la santé

Les compétences clés nécessitent de la part du praticien de la promotion de la santé qu'il s'appuie sur un socle de connaissances multidisciplinaires réunissant les concepts, les principes, les théories et les données scientifiques qui sont indispensables à la promotion de la santé, et qu'il s'appuie également sur leur application dans la pratique.

Un praticien de la promotion de la santé est capable de démontrer qu'il connait :

- Les concepts, les principes et les valeurs éthiques de la promotion de la santé tels que définis par la Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé (OMS, 1986) ainsi que par les chartes et déclarations qui ont suivi
- Les concepts d'équité en santé, de justice sociale et de santé en tant que droit humain qui forment la base de l'action promotrice de santé
- Les déterminants de la santé et leurs implications pour l'action promotrice de santé
- L'impact de la diversité sociale et culturelle sur la santé et les inégalités de santé, et ses implications pour l'action promotrice de santé
- Les modèles et les approches de promotion de la santé qui reposent sur les notions de pouvoir d'agir, de participation, de travail en partenariat et d'équité comme étant la base de l'action promotrice de santé
- Les théories et les données actuelles qui sous-tendent un développement efficace au niveau du leadership, du plaidoyer et du travail en partenariat, et leurs implications pour l'action promotrice de santé
- Les modèles et les approches actuelles en matière de gestion efficace de projets et de programmes (notamment l'analyse des besoins, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation) et leur application pour l'action promotrice de santé
- Les données probantes et des méthodes de recherche, notamment des méthodes qualitatives et quantitatives, nécessaires pour documenter et évaluer l'action promotrice de santé
- Les processus de communication et les technologies de l'information actuels, nécessaires pour une action promotrice de santé efficace
- Les systèmes, les politiques et les législations ayant un impact sur la santé, et leur pertinence pour la promotion de la santé.

1. Soutenir le changement

Permettre aux individus, aux groupes, aux communautés et aux organisations de développer leurs capacités en matière d'action promotrice de santé afin d'améliorer la santé et de réduire les inégalités de santé.

Un praticien de la promotion de la santé doit savoir :

1.1 Travailler de façon collaborative à travers différents secteurs pour influencer le développement de politiques publiques ayant un impact positif sur la santé et réduisant les inégalités de santé

1.2 Utiliser des approches de promotion de la santé qui soutiennent l'empowerment, la participation, le travail en partenariat et l'équité afin de créer des environnements et des lieux de vie qui promeuvent la santé

1.3 Utiliser des approches de développement communautaire afin de renforcer la participation et le sentiment d'appropriation de la communauté, et de développer ses capacités pour l'action promotrice de santé

1.4 Faciliter le développement des savoir-faire individuels susceptibles de maintenir et d'améliorer la santé

1.5 Travailler en collaboration avec les parties prenantes clés afin de réorienter les services de santé et les autres services pour promouvoir la santé et réduire les inégalités de santé

2. Plaider pour la santé

Plaider avec et au nom des individus, des communautés et des organisations pour améliorer la santé et le bien-être, et développer les capacités pour l'action promotrice de santé.

Un praticien de la promotion de la santé doit savoir :

2.1 Utiliser des stratégies et des techniques de plaidoyer qui reflètent les principes de la promotion de la santé

2.2 S'engager avec les parties prenantes clés et les influencer afin de développer l'action promotrice de santé et la rendre durable

2.3 Sensibiliser et influencer l'opinion publique quant aux questions de santé

2.4 Plaider de manière intersectorielle pour le développement de politiques, de lignes directrices et de procédures dans tous les secteurs ayant un impact positif sur la santé et sur la réduction des inégalités de santé

2.5 Aider les communautés et les groupes à formuler leurs besoins et à plaider pour les ressources et les capacités nécessaires à l'action promotrice de santé.

3. Travailler en partenariat

Travailler de façon collaborative avec d'autres disciplines, secteurs et partenaires afin d'améliorer l'impact et la durabilité de l'action promotrice de santé.

Un praticien de la promotion de la santé doit savoir :

3.1 Encourager des partenaires issus de différents secteurs à contribuer activement à l'action promotrice de santé

3.2 Faciliter des partenariats efficaces qui reflètent les valeurs et les principes de la promotion de la santé

3.3 Développer des partenariats fructueux par le biais d'un travail collaboratif et en servant d'intermédiaire entre différents intérêts sectoriels

3.4 Faciliter le développement et la durabilité des coalitions et des réseaux pour l'action promotrice de santé.

4. La communication

Communiquer l'action promotrice de santé de manière efficace en utilisant des techniques et des technologies appropriées pour différents publics.

Un praticien de la promotion de la santé doit savoir utiliser :

4.1 Des savoir-faire efficaces en termes de communication, notamment des compétences au niveau de la rédaction, de la communication verbale et non verbale ainsi que de la capacité d'écoute

4.2 Les technologies de l'information, ainsi que d'autres médias pour recevoir et diffuser les informations concernant la promotion de la santé

4.3 Des méthodes et des techniques de communication culturellement adaptées à des groupes et à des lieux de vie spécifiques

4.4 Des compétences en communication interpersonnelle et en travail de groupe afin d'aider les individus, les groupes, les communautés et les organisations à améliorer leur santé et à réduire les inégalités en matière de santé.

5. Le leadership

Contribuer à créer une vision et une orientation stratégique communes pour l'action promotrice de santé.

Un praticien de la promotion de la santé doit savoir :

5.1 Travailler avec les différentes parties prenantes pour s'accorder sur une vision commune ainsi que sur une orientation stratégique partagée pour l'action promotrice de santé

5.2 Utiliser des savoir-faire en matière de leadership qui facilitent le pouvoir d'agir et la participation (notamment le travail en équipe, la négociation, la motivation, la résolution de conflits, la prise de décision, la facilitation et la résolution de problèmes)

5.3 Travailler en réseau avec les différentes parties prenantes et les motiver à générer le changement pour améliorer la santé et réduire les inégalités de santé

5.4 Intégrer de nouvelles connaissances pour améliorer la pratique et faire face aux nouvelles difficultés que rencontre la promotion de la santé

5.5 Contribuer à mobiliser et à gérer les ressources pour l'action promotrice de santé

5.6 Contribuer aux apprentissages organisationnels et en équipe pour faire progresser l'action promotrice de santé.

6. L'analyse des besoins et des atouts

Évaluer les besoins et les atouts en partenariat avec les parties prenantes dans le contexte des déterminants politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques qui promeuvent ou entravent la santé.

Un praticien de la promotion de la santé doit savoir :

6.1 Utiliser des méthodes participatives pour engager les parties prenantes dans le processus d'analyse

6.2 Utiliser diverses méthodes d'analyse, notamment des méthodes de recherche quantitatives et qualitatives

6.3 Recueillir, analyser et apprécier des données, des informations et des articles scientifiques pertinents afin de documenter l'action promotrice de santé

6.4 Identifier les déterminants de la santé ayant un impact sur l'action promotrice de santé

6.5 Identifier les besoins en matière de santé, les atouts existants et les ressources pertinentes pour l'action promotrice de santé

6.6 Utiliser des approches d'analyse adaptées d'un point de vue culturel et éthique

6.7 Identifier les priorités pour l'action promotrice de santé en partenariat avec les parties prenantes sur la base des données disponibles les plus probantes ainsi que des valeurs éthiques.

7. La planification

Fixer des objectifs de promotion de la santé mesurables à partir de l'évaluation des besoins et des atouts effectuée en partenariat avec les parties prenantes.

Un praticien de la promotion de la santé doit savoir :

7.1 Mobiliser, soutenir et engager la participation des parties prenantes dans la planification de l'action promotrice de santé

7.2 Utiliser des modèles actuels et des approches systémiques pour la planification d'actions promotrices de santé

7.3 Développer un plan d'action réalisable qui tient compte des contraintes en matière de ressources et qui se réfère aux besoins et aux atouts existants

7.4 Fixer et communiquer des objectifs adaptés, réalistes et mesurables pour l'action promotrice de santé

7.5 Identifier des stratégies de promotion de la santé appropriées pour atteindre les objectifs fixés.

8. La mise en œuvre

Mettre en œuvre, en partenariat avec les différentes parties prenantes, l'action promotrice de santé de manière efficace et éthique en respectant les cultures.

Un praticien de la promotion de la santé doit savoir :

8.1 Utiliser des processus éthiques, responsabilisants, culturellement adaptés et participatifs pour mettre en œuvre l'action promotrice de santé

8.2 Développer, piloter et utiliser les ressources et le matériel appropriés

8.3 Gérer les ressources nécessaires pour une mise en œuvre efficace de l’action planifiée

8.4 Faciliter la durabilité des programmes de même qu’un sentiment d’appropriation de la part des parties prenantes par rapport à l’action promotrice de santé grâce à un processus continu de consultation et de collaboration

8.5 Contrôler la qualité du processus de mise en œuvre par rapport aux objectifs convenus pour l’action promotrice de santé.

9. L’évaluation et la recherche

Utiliser des méthodes d’évaluation et de recherche appropriées, en partenariat avec les parties prenantes, afin de déterminer la portée, l’impact et l’efficacité de l’action promotrice de santé.

Un praticien de la promotion de la santé doit savoir :

9.1 Identifier et utiliser des outils d’évaluation et des méthodes de recherche appropriés pour la promotion de la santé

9.2 Intégrer l’évaluation dans la planification et la mise en œuvre de l’action promotrice de santé

9.3 Utiliser les résultats des évaluations pour affiner et améliorer l’action promotrice de santé

9.4 Utiliser des stratégies scientifiques basées sur les données disponibles pour documenter la pratique

9.5 Contribuer au développement et à la diffusion des processus d’évaluation et de recherche de la promotion de la santé.

GLOSSAIRE

Les définitions des termes dans ce glossaire sont tirées des références fournies. Elles ont été reformulées dans certains cas pour valoriser leur pertinence dans le cadre du projet CompHP.

Plaidoyer : ensemble d'actions individuelles et sociales visant à obtenir un engagement politique, le soutien d'une politique, une acceptation sociale ou un appui des systèmes en faveur d'un objectif ou d'un programme de santé particulier. Le plaidoyer peut prendre de nombreuses formes comme l'utilisation des mass médias et du multimédia, une action d'influence politique directe ou la mobilisation de la communauté, grâce, par exemple, à des coalitions d'intérêts autour de sujets définis (30).

Évaluation (voir également Analyse des besoins) : collecte et analyse systématiques de données servant de base pour la prise de décisions (31).

Renforcement des capacités : développement des connaissances, des compétences, des engagements, des structures, des systèmes et du leadership pour favoriser une promotion efficace de la santé. Cela implique les actions suivantes sur trois niveaux afin d'améliorer la santé : la progression du savoir et des compétences chez les praticiens ; une intensification du soutien et des infrastructures pour la promotion de la santé dans les organisations ; et la création d'une cohésion et de partenariats pour la santé dans les communautés (32).

Coopération : partenariat établi entre différents secteurs ou groupes en vue de mener une action plus efficace ou plus durable que si l'un des secteurs ou l'un des groupes avait fait cavalier seul (33).

Atouts des communautés : contributions des individus, des associations de citoyens et des institutions locales qui, individuellement ou collectivement, renforcent la capacité de la communauté à assurer la santé, le bien-être et la qualité de vie de la communauté et de tous ses membres (34).

Développement des communautés : aider les communautés à maitriser leurs problèmes économiques, sociaux et de santé en utilisant et en maximisant leurs forces actuelles. Il est admis que certaines communautés ont moins de ressources que d'autres. Un soutien est apporté à ces communautés (35).

Compétences : combinaison des connaissances, des aptitudes, des valeurs et des savoir-faire essentiels nécessaires à la pratique de la promotion de la santé (adaptation de 9).

Consensus : ce terme signifie « accord général ». L'indicateur clé permettant de savoir si un consensus a été atteint ou non est le moment où tout le monde s'accorde sur une proposition définitive alors que des demandes restent en suspens, mais que tout a été tenté pour y répondre. La plupart des processus de consensus visent l'unanimité, mais se contentent d'un accord général qui répond le mieux possible aux intérêts de toutes les parties prenantes (36).

Compétences clés : les compétences clés sont définies comme étant la plus petite série de compétences constituant une base commune pour l'ensemble des fonctions de la

promotion de la santé. Elles représentent ce qui est attendu chez tous les praticiens de la promotion de la santé pour assurer une pratique efficace et adéquate dans ce domaine (10).

Culture : savoirs transmis socialement, comme les connaissances, les valeurs, les croyances, les coutumes, la langue, la religion, l'art, etc. (37)

Méthode/Technique Delphi : processus utilisé pour recueillir et obtenir l'avis d'experts par une succession de questionnaires entrecoupés d'un retour d'information (38).

Déterminants de la santé : ensemble des facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations (30).

Pouvoir d'agir (empowerment) en matière de santé : processus par lequel les individus maitrisent mieux les décisions et les actions qui influent sur leur santé. Le pouvoir d'agir peut être un processus social, culturel, psychologique ou politique qui permet aux individus et aux groupes sociaux d'exprimer leurs besoins, d'indiquer leurs préoccupations, de concevoir des stratégies en vue d'une participation à la prise de décision, ainsi que de mener une action politique, sociale et culturelle pour répondre à ces besoins. Le pouvoir d'agir individuel se rapporte à la capacité de l'individu à prendre des décisions relatives à sa vie personnelle et à maitriser celle-ci. Le pouvoir d'agir communautaire invite les individus à agir collectivement afin d'obtenir davantage d'influence et de contrôle sur les déterminants de la santé et de la qualité de vie dans leur communauté (30).

Soutenir le changement : prendre des mesures en partenariat avec des individus ou des groupes afin de les rendre autonomes dans la promotion et la protection de leur santé en mobilisant des ressources humaines et matérielles. Les praticiens de la promotion de la santé ont un rôle clé à jouer : celui de catalyseur du changement en habilitant les individus, les groupes, les communautés et les organisations à améliorer leur santé par le biais d'actions telles que donner accès à de l'information sur la santé, faciliter le développement des compétences et soutenir l'accès aux processus politiques qui façonnent les politiques publiques ayant une influence sur la santé (30).

Équité / Inégalité en matière de santé : qui dit équité dit justice. L'équité en matière de santé signifie que les besoins des personnes guident la répartition des possibilités de bien-être. L'équité en matière de santé n'est pas synonyme d'égalité d'état de santé. Les inégalités d'état de santé entre individus et entre populations sont des conséquences inévitables découlant de différences génétiques, d'écart entre des situations sociales et économiques ou de choix personnels de mode de vie. Les inégalités surviennent suite à des différences dans les possibilités offertes et entrainent, par exemple, un accès inégal aux services de santé, à des aliments sains, à un logement approprié, etc. Dans de tels cas, les inégalités d'état de santé résultent d'un manque d'équité dans les possibilités offertes dans la vie (30). Voir aussi : http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf

Éthique : branche de la philosophie qui traite de la distinction entre le bien et le mal, et des conséquences morales des actions humaines. La pensée éthique moderne est

principalement basée sur les concepts de droits de l'homme, de liberté et d'autonomie individuelle. Elle prône de faire le bien et de ne pas causer de torts (35).

Santé : la santé est un état de bien-être général, à la fois physique, social et mental, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité. Dans le contexte de la promotion de la santé, la santé est considérée comme une ressource qui permet de mener une vie productive sur un plan individuel, social et économique. La Charte d'Ottawa (18) mentionne certaines conditions préalables à la santé qui incluent la paix, des ressources économiques suffisantes, de la nourriture et un logement, un écosystème stable et une utilisation durable des ressources. La prise en compte de ces conditions préalables met en évidence les liens inextricables existant entre la situation économique et sociale, l'environnement physique, les modes de vie individuels et la santé. Ces liens sont la clé d'une compréhension globale de la santé qui constitue un élément essentiel de la définition de la promotion de la santé (30).

Promotion de la santé : ce terme se réfère au processus permettant aux personnes de mieux contrôler leur santé et de l'améliorer. La promotion de la santé est perçue comme un processus global, à la fois social et politique. Ce processus englobe non seulement les actions qui visent à renforcer les compétences et les capacités des individus, mais également celles qui tendent à modifier les conditions sociales, environnementales et économiques en vue d'atténuer leurs répercussions sur la santé individuelle et publique. La Charte d'Ottawa (18) définit trois stratégies fondamentales pour la promotion de la santé :

- Plaider pour la santé afin de créer les conditions essentielles à la santé
- Conférer à toutes et à tous les moyens de réaliser pleinement leur potentiel de santé
- Servir de médiateur entre les différents intérêts d'une société pour atteindre la santé.

Cinq types d'actions prioritaires pour la promotion de la santé viennent appuyer ces stratégies :

- Elaborer une politique publique favorable à la santé
- Créer des milieux favorables à la santé
- Renforcer l'action communautaire pour la santé
- Développer les compétences individuelles
- Réorienter les services de santé.

Éducation pour la santé : l'éducation pour la santé comprend la planification de possibilités d'apprentissage visant l'amélioration des connaissances et l'acquisition d'aptitudes utiles dans la vie qui favorisent la santé des individus et des communautés. L'éducation pour la santé comprend non seulement la communication d'informations, mais également le développement de la motivation, des compétences et de la confiance en soi qui sont nécessaires pour agir en vue d'améliorer sa santé (30).

Politique publique favorable à la santé : l'objectif principal d'une politique publique favorable à la santé est de créer un environnement qui permet aux citoyens de faire des

choix sains, de vivre dans des environnements sociaux et physiques favorisant la santé, et donc de mener une vie saine (20).

Inégalité : voir Équité.

Leadership : dans le domaine de la promotion de la santé, ce terme fait référence à la capacité d'un individu d'influencer et de motiver les autres pour qu'ils contribuent à l'efficacité et au succès de leur communauté ou de l'organisation dans laquelle ils travaillent. Le leadership consiste notamment à motiver les individus pour qu'ils contribuent à la définition d'une vision et d'objectifs, et à leur réalisation. Les leaders favorisent l'empowerment et permettent à d'autres leaders de s'affirmer (33).

Médiation : processus au cours duquel les différents intérêts (personnels, sociaux et économiques) des individus et des communautés, et des différents secteurs (publics et privés) sont conciliés de façon à promouvoir et à protéger la santé. Quel que soit le contexte, soutenir le changement entraine inévitablement des conflits entre les différents secteurs et intérêts. Résoudre ces conflits tout en promouvant la santé demande un effort de la part des praticiens de la promotion de la santé. Ils doivent notamment utiliser leurs aptitudes en matière de plaidoyer pour la santé et de résolution de conflits (33).

Analyse des besoins : procédure systématique pour déterminer la nature et l'ampleur des besoins d'une population en matière de santé, les causes et les facteurs influençant ces besoins, et les ressources (les atouts) disponibles pour répondre à ces besoins (30).

Partenariat : un partenariat pour la promotion de la santé est un accord volontaire entre des individus, des groupes, des communautés, des organisations ou des secteurs désireux de travailler en coopération pour atteindre un même objectif en menant des actions communes (30) et (33).

Droit à la santé : dans le domaine de la santé, une approche fondée sur le respect des droits signifie que les principes et les normes des droits de l'homme doivent être intégrés dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de tous les programmes et de toutes les politiques liés à la santé. Cela veut dire respecter la dignité humaine, prêter attention aux besoins et aux droits des groupes vulnérables, et rendre les systèmes de santé accessibles à toutes et tous. Les principes d'égalité et d'absence de discrimination sont essentiels, notamment la discrimination liée au sexe et aux différences de rôles entre hommes et femmes. Cette intégration des droits de l'homme implique également le pouvoir d'agir des personnes qui subissent la pauvreté, de s'assurer de leur participation dans les processus de prise de décisions qui les concernent et de mettre en place des mécanismes de reddition de comptes auxquels ces personnes ont accès (39).

Cadre de vie pour la santé : lieux ou contextes sociaux dans lesquels les individus vivent, travaillent et jouent, et dans lesquels les facteurs environnementaux, organisationnels et personnels interagissent et ont des répercussions sur la santé et le bien-être. Les actions de promotion de la santé menées dans différents cadres de vie peuvent revêtir des formes variées comme le développement communautaire ou organisationnel, ou encore l'étude de questions spécifiques liées au domaine de la santé. L'école, le lieu de

travail, l'hôpital, la prison, l'université, les villages et les villes sont des exemples de cadres de vie où l'action promotrice de la santé est menée (30).

Justice sociale : renvoie au concept d'une société où les individus et les groupes reçoivent un traitement équitable et dont les bienfaits sont partagés équitablement. Dans ce contexte, la justice sociale est fondée sur les droits de l'homme et l'équité. En vertu de la justice sociale, tous les groupes et tous les individus ont les mêmes droits fondamentaux tels que la protection de leur santé et un revenu minimal (33).

Parties prenantes : individus, groupes, communautés et organisations qui s'intéressent à ou qui ont en commun un problème, une activité ou une action (40).

Stratégies : déclarations générales qui donnent une ligne directrice et qui sont mises en œuvre par le biais d'actions spécifiques comme celles menées dans des programmes et des projets (34).

Milieux favorables à la santé : ces milieux offrent aux individus une protection contre les menaces pesant sur la santé. Ils permettent aux individus de développer leurs capacités et leur autonomie en matière de santé (30).

Travail d'équipe : processus au cours duquel un groupe d'individus qui partagent un objectif travaillent ensemble pour augmenter leur efficacité lors de la réalisation de la tâche qui leur a été confiée. Ces individus se considèrent comme faisant partie d'une équipe et se rencontrent régulièrement pour évaluer et atteindre les objectifs. Une communication régulière, de la coordination, des rôles distinctifs, des tâches indépendantes et des normes communes sont autant d'éléments importants dans le travail d'équipe (41).

Valeurs : croyances, traditions et coutumes sociales chères à une société et à ses membres et respectées par ceux-ci. Les valeurs morales sont profondément ancrées chez les personnes, évoluent peu dans le temps et reposent parfois, mais pas obligatoirement, sur des croyances religieuses. Ces croyances comprennent celles relatives au caractère sacré de la vie, au rôle de la famille au sein de la société et à la protection des enfants et des autres personnes vulnérables. Les valeurs sociales, plus souples, évoluent selon l'expérience de chacun. Parmi les valeurs sociales figurent la place et le rôle des femmes dans la société ainsi que l'attitude à l'égard de la consommation d'alcool, de tabac et d'autres substances (33).

Vision : une vision expose les buts à atteindre et transmet les valeurs et les idéaux communs de la promotion de la santé (34).

Planification de la main-d'œuvre : alignement stratégique des ressources humaines d'une organisation avec le déroulement de son activité et de ses services tels qu'ils ont été planifiés (41).

RÉFÉRENCES

1. Battel-Kirk, B. and Barry. M.M. (2008). *Pilot project: Testing the feasibility of implementing a pan European framework for health promotion accreditation*. IUHPE European Regional Training, Accreditation and Professional Standards Sub-Committee.

2. International Union for Health Promotion and Education and Canadian Consortium for Health Promotion Research (2007). *Shaping the future of health promotion: Priorities for action*. Paris: International Union for Health Promotion and Education.

3. Barry, M.M. (2008). Capacity Building for the future of health promotion. *Promotion and Education*, 15(4):56-58.

4. Battel-Kirk, B., Barry, M.M., Taub, A., and Lysoby, L. (2009). A review of the international literature on health promotion competencies: identifying frameworks and core competencies. *Global Health Promotion*, 16(2):12-20.

5. World Health Organisation (2009). *Nairobi Call to Action for Closing the Implementation Gap in Health Promotion. 7th Global Conference on Health Promotion*. World Health Organisation, Geneva. Retrieved March, 2010 from: http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/e/GFPstaerken/Netzwerke/Nairobi-Call-to-Action-Nov09.pdf

6. Taub, A., Allegrante, J.P., Barry, M.M. and Sakagami, K. (2009). Perspectives on Terminology and Conceptual and Professional Issues in Health Education and Health Promotion Credentialing. *Health Education and Behavior*, 36(3):439-450.

7. Allegrante, J.P., Barry, M.M., Airhihenbuwa, C.O., Auld, E., Collins, J.L., Lamarre, M.C., Magnusson, M., McQueen, D. and Mittlemark, M. (2009). Domains of core competency, standards, and quality assurance for building global capacity in health promotion: The Galway Consensus Conference Statement. *Health Education & Behavior,* 36(3):476-482.

8. Barry, M.M., Allegrante J.P., Lamarre, M.C., Auld. M.E. and Taub, A. (2009). The Galway Consensus Conference: international collaboration on the development of core competencies for health promotion and health education. *Global Health Promotion,* 16(2):05-11.

9. Shilton, T., Howat, P., James, R. and Lower, T. (2001). Health promotion development and health promotion workforce competency in Australia: An historical overview. *Health Promotion Journal of Australia*, 12 (2):117-123.

10. Australian Health Promotion Association (2009). Core Competencies for Health Promotion Practitioners. AHPA Queensland, Australia. Retrieved January 2011 from: http://healthpromotion.org.au/fileupload/Core%20Competencies%20for%20HP%20Practitioners.pdf

11. Dempsey, C. Barry, M.M. and Battel-Kirk, B. (2010). Developing Competencies for Health Promotion. Executive Agency for Health and Consumers (EAHC): National University of Ireland, Galway. http://www.iuhpe.org/uploaded/Activities/Cap_building/CompHP/CompHP_LiteratureReviewPart1.pdf http://www.iuhpe.org/uploaded/Activities/Cap_building/CompHP/CompHPLiteratureReviewPartIIAppendices.pdf

12. Ghassemi, M. (2009). Development of Pan-Canadian Discipline-Specific Competencies for Health Promoters – Summary Report Consultation Results, Health Promotion Ontario. Retrieved January 2011 from: http://hpo.squarespace.com/storage/HP%20Competencies%20Consultation%20Summary%20Report%20March%202009.pdf

13. Health Promotion Forum (2000). Health Promotion Competencies for Aotearoa-New Zealand, Health Promotion Forum, New Zealand. Retrieved January 2011 from: http://www.hpforum.org.nz/resources/HPCompetenciesforAotearoaNZ.pdf

14. Public Health Resource Unit and Skills for Health (2008). Public Health Skills and Career Framework, Pubic Health Resource Unit, UK. Retrieved January 2011 from: http://www.sph.nhs.uk/sph-files/PHSkills-CareerFramework_Launchdoc_April08.pdf

15. ASPHER (2008). Provisional List of Public Health Core Competencies Phase 2. European Public Health Core Competencies for Public Health Education: ASPHER Publication No. 4. Retrieved November 2009 from: http://www.aspher.org/pliki/pdf/asphercompetenciesprogrammephase2report.pdf.

16. Public Health Agency of Canada (PHAC) (2008). Core Competencies for Public Health in Canada, Release 1.0. Ottawa: Public Health Agency of Canada. Retrieved November 2009 from: http://www.phac-aspc.gc.ca/ccph-cesp/pdfs/cc-manual-eng090407.pdf

17. National Commission for Health Education Credentialling (NCHEC) (2010). Competencies and Responsibilites of Health Educators. PA, USA: NCHEC. Retrieved January 2011 from: http://www.nchec.org/credentialing/responsibilities/

18. World Health Organisation (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: World Health Organisation. Retrieved January 2011 from: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html

19. United Nations (2010) United Nations Competencies for the Future. United Nations, Retrieved January 2011 from: http://www.unep.org/vacancies/PDF/competencies.pdf

20. World Health Organisation (1988). Adelaide Recommendations on Health Public Policy. Geneva: World Health Organisation. Retrieved January 2011 from:

http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/index.html

21. World Health Organisation (1991). Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. Geneva: World Health Organisation. Retrieved January 2011 from: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/index.htm

22. World Health Organisation (1997). Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. Geneva: World Health Organisation. Retrieved January 2011 from: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/index.html

23. World Health Organisation (2000). Mexico Statement on Bridging the Equity Gap. Geneva: World Health Organisation. Retrieved January 2011 from: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/index.html

24. World Health Organisation (2005). The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalised World. Geneva: World Health Organisation. Retrieved January 2011 from:http://www.who.int/healthpromotion/conferences/hpr_special%20issue.pdf

25. Nutbeam, D. (1986). Health Promotion Glossary. Geneva: World Health Organisation.

26. World Health Organisation (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organisation. New York: World Health Organisation.

27. Raphael, D. (2000). The Question of Evidence in Health Promotion. Health Promotion International, Vol 15 (4):355-367.

28. International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) (2000). The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe. A Report for the European Commission. Luxembourg: ECSC-EC-EAEC & IUHPE

29. Kahan, B. and Goodstadt, M. (2001). The Interactive Domain Model of best practices in health promotion. Health Promotion Practice, 2(1): 43-67.

30. World Health Organisation (1998). Health Promotion Glossary. Geneva: World Health Organisation. Retrieved January 2011 from: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf

31. Ontario Ministry for Health and Long-Term Care (2008). Glossary for Ontario Public Health Standards. Toronto: Queen’s Printer for Ontario. Retrieved January 2011 from: http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/pubhealth/oph_standards/ophs/glossary.html

32. Smith, B.J., Kwok, C and Nutbeam, D. (2006). WHO Health Promotion Glossary: new terms Health Promotion International, 21(4):340-345. Retrieved January 2011 from: http://heapro.oxfordjournals.org/content/21/4/340.full.pdf+html

33. Last, J. and Edwards, P. (2007). Glossary of Terms Relevant to the Core Competencies for Public Health. Public Health Agency Canada (PHAC). Retrieved January 2011 from: http://www.phac-aspc.gc.ca/ccph-cesp/glos-a-d-eng.php

34. National Public Health Performance Standards Program (NPHPSP) (2007). Acronyms, Glossary, and Reference Terms. Georgia: Center for Disease Control and Prevention (CDC). Retrieved January 2011 from: http://www.cdc.gov/nphpsp/PDF/Glossary.pdf

35. Public Health Agency of Canada (2010) Pan-Canadian Healthy Living Strategy Glossary. Retrieved January 2011 from: http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ipchls-spimmvs/glossary-glossaire-eng.php

36. Susskind, L. (1999). An alternative to Roberts rules of order for groups, organisations, and ad hoc assemblies that want to operate by consensus in: Susskind , L. McKearnan, S. and Thomas-Larmer, S. (1999) The Consensus Building Handbook – A comprehensive guide to reaching agreement . CA, USA: Sage Publications. Retrieved June 2010 from: http://web.mit.edu/publicdisputes/practice/shortguide.pdf

37. Centre for Addiction and Mental Health (2007). Culture Counts: A roadmap to health promotion – Glossary. Retrieved January 2011 from: http://www.camh.net/About_CAMH/Health_Promotion/Community_Health_Promotion/Culture_Counts_Guide/CultureCountsGuide8.pdf

38. Skulmoski, G. J., Hartman, F.T. and Krahn, J. (2007). The Delphi Method for Graduate Research, Journal of Information Technology Education. 6:1-21. Retrieved June 2010 from: http://informingscience.org/jite/documents/Vol6/JITEv6p001-1Skulmoski212.pdf

39. World Health Organisation Trade, Foreign Policy, Diplomacy and Health (2011). Glossary of globalisation, trade and health terms. Retrieved January 2011 from: http://www.who.int/trade/glossary/story054/en/index.html

40. World Health Organisation (2009). Global Health Cluster Guide. Retrieved January 2011 from: http://www.who.int/hac/global_health_cluster/guide_glossary_of_key_terms/en/index.html

41. Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) (2008). Interprofessional Education and Collaborative Practice Glossary. Retrieved January 2011 from: http://cihc.wikispaces.com/Interprofessional+Glossary+-+Online+Version

42. Shilton, T. Howat, P., James, R., Hutchins C. and Burke, L. (2008). Potential Uses of Health Promotion Competencies. Health Promotion Journal of Australia, 19(3):184-8.

Ce document relève du projet « Développement des compétences et normes professionnelles pour le renforcement des capacités en promotion de la santé en Europe » (CompHP) qui a bénéficié d'un soutien financier de l'Union européenne dans le cadre du programme de santé. Cette publication a été créée conformément au contrat établi avec l'Agence Exécutive pour la Santé et les Consommateurs (EAHC) — numéro de projet 20081209. Le contenu de cette publication relève de la seule responsabilité de ses auteurs et ne peut en aucune manière être considéré comme le reflet des positions officielles de l'Agence Exécutive pour la Santé et les Consommateurs ou de tout autre organisme de l'Union européenne.
La traduction a été rendue possible grâce au soutien financier du Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (2010-2013) dans le cadre d'une action concertée en prévention de l'obésité à l'équipe de Lapierre et al.

EAHC numéro de projet 20081209

ANNEXE 1

Partenaires de projets CompHP

- **Health Promotion Research Centre, National University of Ireland, Galway**
  http://www.nuigalway.ie/hprc/
  Contact name - Prof. Margaret Barry - Project Leader
- **International Union for Health Promotion and Education, France**
  http://www.iuhpe.org/
  Contact name – Dr Claire Blanchard
- **Università degli Studi di Perugia, Italy**
  http://www.unipg.it/
  Contact name – Dr. Giancarlo Pocetta
- **Royal Society for Public Health, UK**
  http://www.rsph.org.uk/
  Contact name – Prof. Richard Parish
- **Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie, The Netherlands / The Netherlands Institute for Health Promotion**
  http://www.nigz.nl/
  Contact name – Mr. Gerard van der Zanden
- **Università di Cagliari, Italy**
  http://www.unica.it/
  Contact name – Prof. Paolo Contu
- **Universidad Rey Juan Carlos, Spain**
  http://www.urjc.es/
  Contact name – Prof. Carmen Gallardo
- **Finnish Centre for Health Promotion, Finland**
  http://www.health.fi/
  Contact name – **Ms. Pirjo Koskinen-Ollonqvist**
- **University of Tartu, Estonia**
  http://www.ut.ee/
  Contact name – Dr Anu Kasmel
- **National Institute of Public Health, The Czech Republic**
  http://www.szu.cz/
  Contact name – Dr Hana Janatova
- **Health Service Executive, Ireland**
  http://www.hse.ie/eng/
  Contact name – Mr. Brian Neeson

Partenaires collaborateurs CompHP

- Department of Health Promotion and Disease Prevention, Malta
- Association for Health Promotion in Ireland (AHPI)
- Faculty of Health Education, Ankara University, Turkey
- NHS, Health Scotland
- Association of Health Education and Promotion, Israel
- National Institute Of Public Health, Croatia
- Dutch Association for Health Promotion (NVPG)
- Department of Health, University of Girona, Spain
- Faculty of Teacher Training, University of Extremadura, Spain
- ETC-PHHP Network c/o Cagliari University
- School of Nursing and Midwifery, University of Brighton, UK
- Department of Psychology, University of Louvain, Belgium
- Centre for Health Services Research, Department of Hygiene, Epidemiology and Medical Statistics, Athens University, Greece

Comité aviseur international CompHP

- Professeur John P. Allegrante
  Professor and Chair, Department of Health and Behavior Studies, Deputy Provost, Teachers College, Columbia University, USA
- Professeur Hiram V. Acevedo Arroyo
  Health Promotion and Health Education Graduate Program, School of Public Health, University of Puerto Rico. Director, WHO Collaborating Centre for Training and Research in Health Promotion and Health Education. Coordinator, Interamerican Consortium of Universities and Training Centers in Health Promotion and Health Education (CIUEPS)
- Dr Brian Hyndman
  Senior Planner, Ontario Agency for Health Protection and Promotion; Fellow, Centre for Health Promotion, University of Toronto, Canada
- Professeur David V. McQueen
  Associate Director for Global Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, US Centers for Disease Prevention and Control (CDC) , President of IUHPE (2007-2010)
- Professeur Hans Onya
  Director , Department of Public Health Practice and Health Promotion, Faculty of Health Sciences, University of Limpopo, South Africa
- Madame Helen Rance
  Senior Health Promotion Strategist, Health Promotion Forum of New Zealand
- Professeur Mala Rao
  Director, Institute of Public Health, Hyderabad, India
- Professeur Trevor Shilton

Director of Cardiovascular Health, National Heart Foundation of Australia; Life Member, Australian Health Promotion Association

- Professeur Alyson Taub
  Professor Emerita of Health Education, Steinhardt School of Culture, Education and Human Development, New York University. First Executive Director, National Commission for Health Education Credentialing (NCHEC), USA

La figure 2 (adaptée de Shilton, 2008) (42) illustrent comment le cadre de référence sur les compétences pour la promotion de la santé peut être utilisé pour différents rôles et niveaux d'expertise. Les personnes qui œuvrent à temps plein en promotion de la santé, peu importe le niveau d'expérience, devraient avoir une compréhension de tous les domaines de compétences et des principes. Ceux qui utilisent le cadre peuvent aussi identifier différents niveaux d'expertise pour certaines ou toutes les compétences ou mettre l'emphase sur certaines compétences dans une plus forte mesure que les autres. Par exemple, les compétences clés pourraient server de base pour le développement de compétences avancées pour des praticiens gestionnaires en promotion de la santé tel qu'illustré par la partie ombragée de la matrice.

	Novice	Expérimenté	Gestionnaire
Praticien en promotion de la santé			
Exerçant un rôle en promotion de la santé			
Effectif Intersectoriel élargi			

Tableau 2: Effectif en promotion de la santé

Le cadre de référence sur les compétences pour la promotion de la santé peut aussi être utile à ceux qui travaillent dans d'autres domaines professionnels pour lesquels la promotion de la santé constitue une partie de leurs rôles professionnels (i.e. santé communautaire) et peut sous-tendre le développement de sous-catégories de compétences pour ceux qui travaillent dans des milieux spécifiques.

Le cadre de référence sur les compétences pour la promotion de la santé est aussi un outil utile pour ceux qui travaillent en intersectorialité (i.e les enseignants, les agents de santé environnementale, etc.) qui s'engagent à la promotion de la santé dans des milieux très spécifiques ou dans le cadre de partenariats pour promouvoir la santé.

Postulats liés aux Cercles préventifs

1. La santé est une ressource collective. La santé reflète un processus dynamique personnel, social, spirituel, émotionnel et collectif, d'adaptabilité, de capacité à résister aux épreuves, de vitalité et d'épanouissement. La santé est un droit fondamental et une ressource pour accomplir les activités quotidiennes avec plaisir et énergie. La santé est associée aux facteurs clés, nommément les déterminants sociaux et environnementaux de la santé.
2. La promotion de la santé et la prévention des maladies sont les meilleurs moyens pour éviter la maladie, la chronicité précoce et les décès prématurés
3. Les saines habitudes de vie s'exercent seulement dans des contextes et des environnements, qu'ils soient économiques, physiques, socioculturels ou politiques. Les déterminants sociaux et certains facteurs régulateurs de risque (messages commerciaux, conditions de travail, services préventifs, etc.) vont influencer largement la propension aux maladies chroniques attribuées à l'obésité, étroitement liée à des comportements de santé ancrés à divers systèmes.
4. Exercer des choix santé comporte des retombées sur les jeunes, les aînés, les proches des participants. La perspective intergénérationnelle et l'approche de parcours de vie sont valorisées et promues dans la diffusion et le transfert des valeurs, des principes et des postulats liés aux Cercles préventifs.
5. Un changement d'habitude passe par les croyances, la motivation, les bénéfices perçus, les barrières, l'attitude positive, les connaissances, l'appui de l'entourage, la compétence (ou la perception de contrôle) dans l'exercice de la nouvelle habitude et un environnement qui facilite les choix santé.
6. Le changement d'habitude s'opère en plusieurs étapes soit la précontemplation (on y pense pas encore), la contemplation (une réflexion se fait par rapport au changement), la préparation (on se donne des outils pour y parvenir!), l'action (le changement est initié)

et le maintien (on intègre la nouvelle habitude). Des rechutes dans les vieilles habitudes, des ambivalences, sont fréquentes.

7. Les Cercles préventifs appuient le développement du capital social, ce bien collectif qui révèle la force du réseau et du soutien social. Avoir un réseau et un sentiment d'appartenance à son quartier, c'est la santé par une action de protection vis-à-vis des facteurs de risque; on crée la confiance, la réciprocité et des gains en santé.
8. Prendre conscience d'un changement à opérer, décider, s'engager, s'outiller, prendre action, intégrer un réseau, améliorer ses conditions de vie : c'est le pouvoir d'agir. L'approche des Cercles préventifs est fondée sur l'approche d'habilitation individuelle et collective, le recours et la reconnaissance des forces individuelles et celle des ressources sociales à exploiter…
9. La promotion de comportements favorables à la santé s'inscrit dans une pratique clinique préventive fondée sur les données probantes et visent à influencer les déterminants de la santé de façon à permettre aux individus, aux groupes et aux communautés d'avoir une plus grande emprise sur leur santé par l'amélioration de leurs conditions. Les Cercles préventifs renforcent la norme sociale favorable par le développement de praticiens communautaires intergénérationnels promoteurs de la santé, créant ainsi des agents multiplicateurs en modes de vie sains.
10. Les Cercles préventifs se déclinent comme une facilitation de transfert, de partage et de soutien collectif au changement d'habitudes de vie par la motivation, l'auto-efficacité à l'exercice de choix santé soutenu par des pratiques cliniques préventives et des pratiques familiales fondées sur les données probantes. Par des noyaux d'agents multiplicateurs de promotion de la santé dans la collectivité, les normes sociales favorables à la santé évoluent et le développement d'environnements socio-culturels favorables s'intensifie au profit de réseaux de solidarité et de participation citoyenne pour la santé, à proximité.

Postulats liés au développement de l'approche des politiques intégrées municipales (*HiAP*)

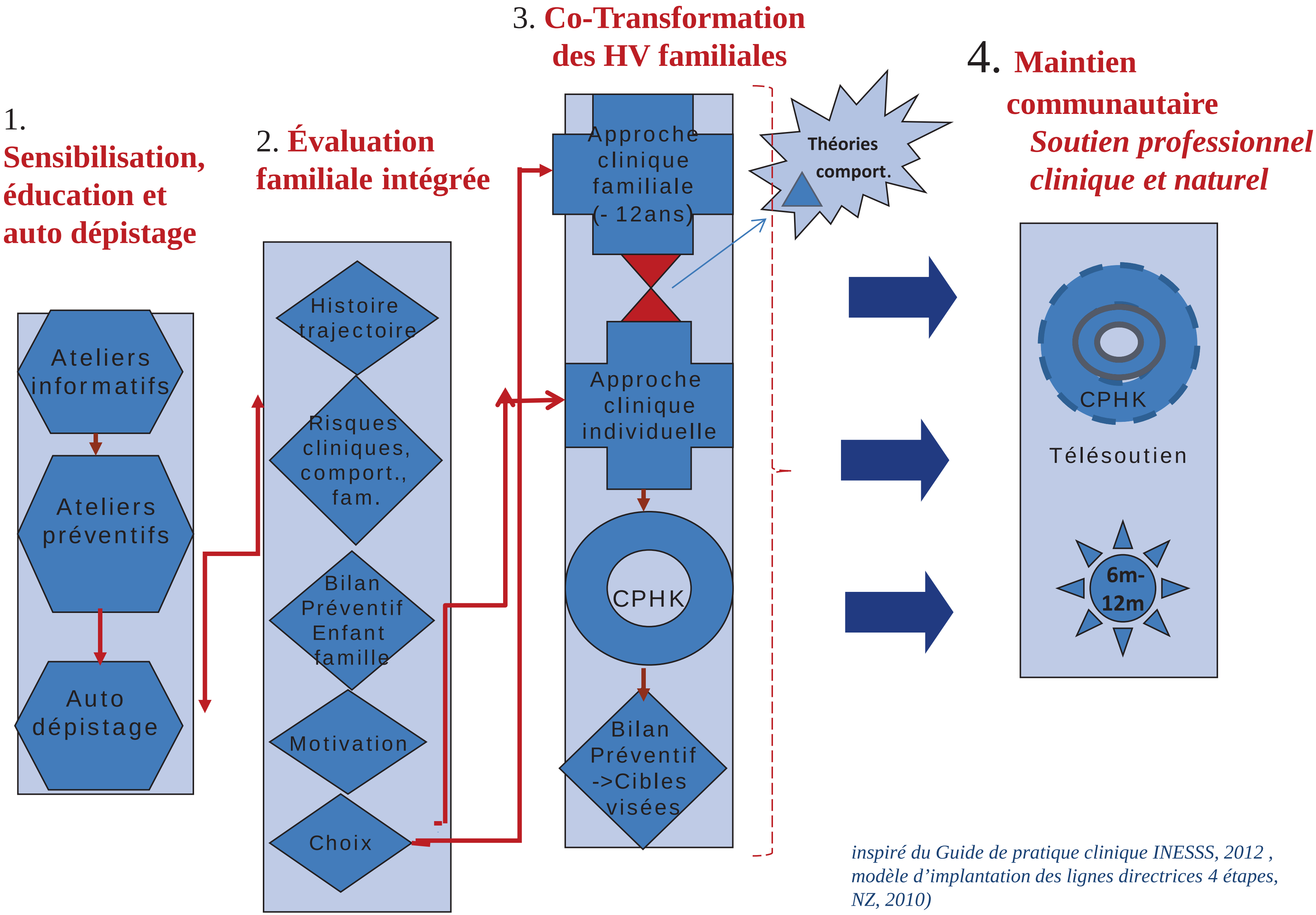
1. Notre approche reconnaît la valeur de la santé pour le bien-être de tous les citoyens et de leurs familles pour le développement social et économique d'une municipalité.
2. Notre approche reconnaît que la santé est un processus et un résultat d'une série de facteurs, notamment les changements dans les environnements naturels et bâtis, les environnements sociaux et associés à l'emploi. Ces facteurs résident très souvent en dehors du secteur de la santé et exigent une responsabilité partagée et une réponse politique intégrée et durable à tous les niveaux dont le niveau local.
3. Notre approche reconnaît que toutes les politiques peuvent avoir un impact positif ou négatif sur les déterminants de la santé et ces impacts se reflètent à la fois dans les portraits de santé des citoyens de Thurso et dans le potentiel de santé des générations futures de Thurso.
4. Notre approche reconnaît que les impacts des déterminants sociaux et environnementaux ne sont pas distribués également dans la population et au sein des divers groupes socioéconomiques et culturels; elle vise à contrer ces inégalités de santé.
5. Notre approche reconnaît que la santé est centrale à l'atteinte des objectifs globaux et spécifiques de la municipalité; il s'agit d'identifier systématiquement les impacts potentiels sur la santé et de reconnaître que la bonne santé peut contribuer à atteindre les cibles de tous les axes et secteurs de la municipalité.
6. Notre approche reconnaît que les efforts pour améliorer la santé de tous les citoyens exigeront des mécanismes durables pour soutenir l'action intersectorielle pour le développement de solutions intégrées en réponse aux défis politiques actuels et futurs.
7. Notre approche reconnaît que les problèmes de santé les plus pressants de notre population requièrent des politiques à long terme et

des engagements budgétaires ainsi que des approches innovantes en matière d'attribution des ressources.

8. Notre approche reconnaît que les indicateurs de succès devront aussi être inscrits dans une perspective à long terme et que la surveillance systématique et le suivi des progrès devront être valorisés et transmis aux citoyens.
9. Notre approche reconnaît le besoin de consultation régulière auprès des citoyens afin de lier les changements politiques locaux aux changements sociaux et culturels autour de la santé, du bien-être et de la qualité de vie en général.
10. Notre approche reconnaît le potentiel des partenariats et du réseautage pour le développement et l'implantation de politiques locales entre tous les paliers de gouvernements, les acteurs de la société civile, le milieu académique, scientifique, professionnel, les organisations à but non lucratif et les organisations d'économie sociale pour soutenir les changements durables.

MPPCC-Obésité: Modèle de pratique préventive coopérative et collaborative de première ligne en dépistage et intervention précoce en obésité et poids santé

(Lapierre & al., FQRSC, 2012)



inspiré du Guide de pratique clinique INESSS, 2012 , modèle d'implantation des lignes directrices 4 étapes, NZ, 2010)

Modèle logique de Collectivités en santé
(durables, vibrantes, inclusives et équitables)

(Lapierre & al., FQRSC, 2012)

COMPOSANTES

Développement de politiques publiques

Création et soutien d'environne-ments favorables

Modes de vie sains et pratiques préventives

Surveillance en promotion et recherche appliquée/fondamentale (promotion, prévention et qualité de vie)

Réunion de haut-niveau 2011 en prévention et maîtrise des maladies

DOMAINES D'INTERVENTIONS INTÉGRÉES

Intégration de La santé dans toutes les politiques

Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources / HiAP
Déc. Rio, 2011

Environnements promoteurs de santé, changements sociétaux et action communautaire

Améliorer les conditions de vie quotidiennes
Déc. Rio, 2011

Développement humain, social et de santé individuelle et collective

Promouvoir la participation, l'habilitation et la littératie en santé
Déc. Rio, 2011

MOYENS

*ÉIS– Évaluations d'impacts
*Évaluation de l'équité
*Analyse sous l'angle de la santé
*Commercialisation saine
*Communautés en santé
*Collectivités amies des aînés
*Collectivités amies des enfants

*Développement communautaire
*Promotion de la santé dans la communauté
*Logements communautaires en santé
*Partenariats ntersectoriels
*Actions concertées en promotion de la santé

*Ateliers en saines habitudes de vie pour les familles
*Éducation à la santé & développement des capacités
*Centres populaires de promotion de la littératie en santé
*Programmes individuels et de groupes en saines habitudes de vie et prévention
*Programmes de changements d'habitudes
*Réseau de pairs –cercles

RÉSULTATS

*Gouvernance pour** la santé
***Urbanisation saine** et **équitable**
***Sécurité sociale** accrue
***Normes sociales favorables**: messages médiatiques + et restriction des publicités en lien avec la malbouffe
***Accessibilité** aux choix santé **accrue** et **facilitée**
***Environnements** de **prises de décisions**: facilitant l'émancipation et les choix santé
***Accessibilité des prix** associés aux choix santé accrue
***Capital social** pour les saines habitudes de vie accru
***Partenariats** de diverses parties prenantes accru
***Développement des capacités collectives** en SHV accru

RÉSULTATS MACROSOCIÉTAUX

*Sensibilité accrue aux **cultures locales**
*Accès accru aux **saines habitudes de vie**
*Réduction des **barrières financières** à l'accès aux SHV
***Résilience psychosociale** accrue
***Sécurité alimentaire** accrue: Disponibilité locale à proximité, accessibilité, capacité culinaire des familles
***Environnements bâti, sociaux, économiques et culturels** favorables et normatifs pour la santé
***Publicité favorable** à la santé accrue
***Éducation en SHV** et en **littératie en santé** accrues dans les quartiers
***Environnements et milieux favorables** accus (écoles, travail, communautés, quartiers)
***Logements communautaires** et en co-propriétés en santé accrus
***Services préventifs et de promotion** de la santé accrus à proximité dans les quartiers

RÉSULTATS INTERMÉDIAUX ET RÉGULATEURS DE FACTEURS DE RISQUE

***Motivation** accrue
***Habilitation** accrue
***Capacités d'adaptation** accrue
***Préférences** pour les choix sains accrues
***Attitudes favorables** accrues
***Comportements** de santé accrus

IMPACT

Capital de politiques intégrées pour la santé
*justice sociale
*équité
*égalités de santé

Capital citoyen
*Pouvoir politique
*Délibérations
*Participation - influences du milieu

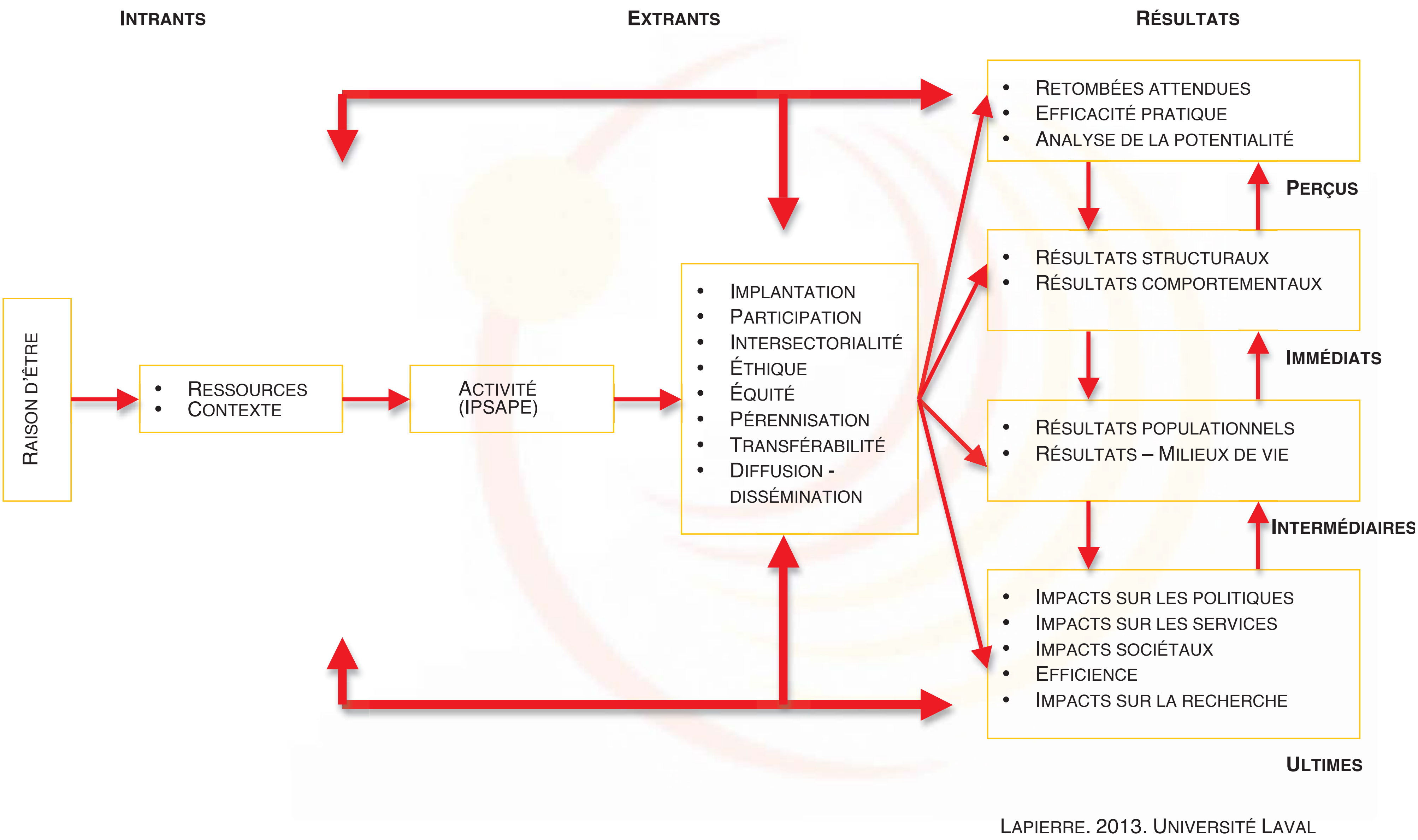
Capital économique
*Pouvoir financier
*Conditions de vie
*Ressources

Capital écologique
*Intégrité de l'environnement
*Ressources naturelles
*Développement durable

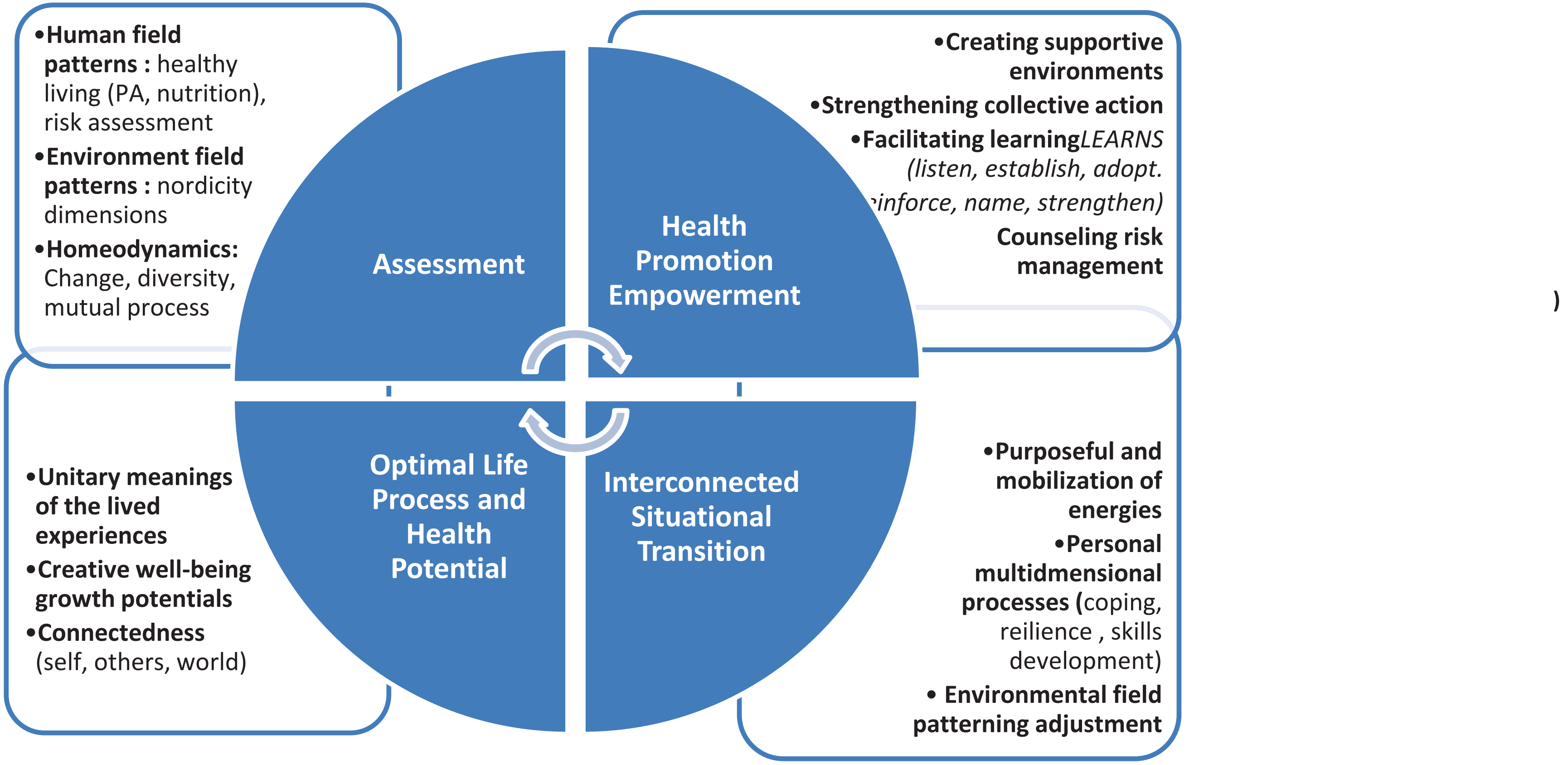
Capital social
*Réseaux – soutien social
*Normes
*Maillages
*Cohésion et solidarité sociale

Capital culturel
*Pratiques traditionnelles et locales
*Savoirs autochtones et traditionnels
*Valeurs

Capital humain
*Habilitation et émancipation
*Santé



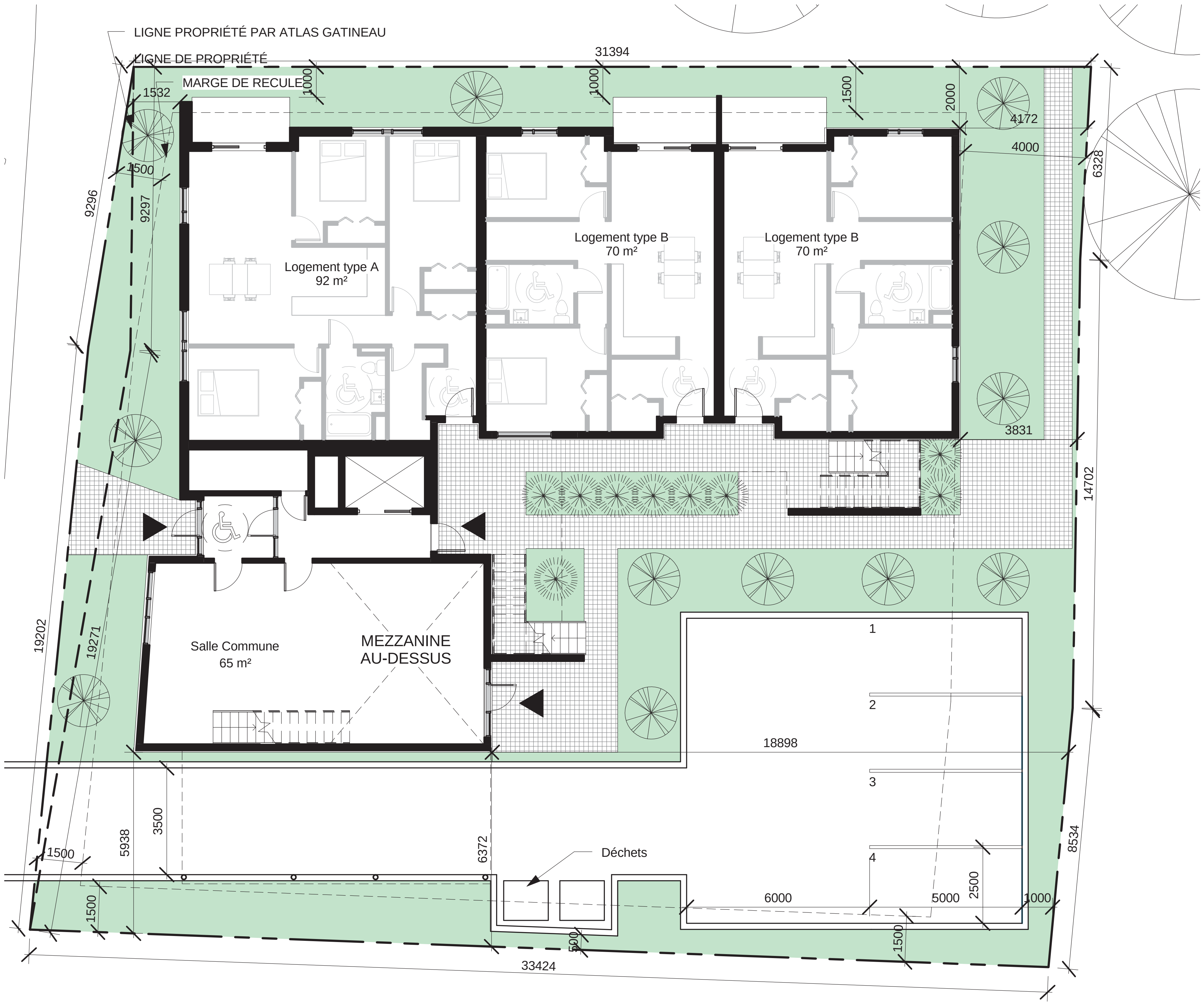
Lapierre, J. (2013). Modèle logique d'évaluation. Inspiré de : Kumanyika, S.K., Parker, L., Sim, L.F., (2010), Swinburn, B., Gill, T. & Kumanyika, S. (2005). Institute of Medicine of the National Academies. (2010), Institute of Medicine of National Academies. (2012), Ministère de la Santé et des Services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



PREVENTATIVE UNITARY PRACTICE of Optimal Life Process and Health Potential

Lapierre & Vonarx, 2013, *inspired from the work of Roger, 1970-1986 & Meleis, 2010 and best practice guidelines 2012-2013*

260



00-Rez-De-Chaussée

ÉCHELLE: 1 : 150 PLAN

01-Étage01

ÉCHELLE: 1 : 150

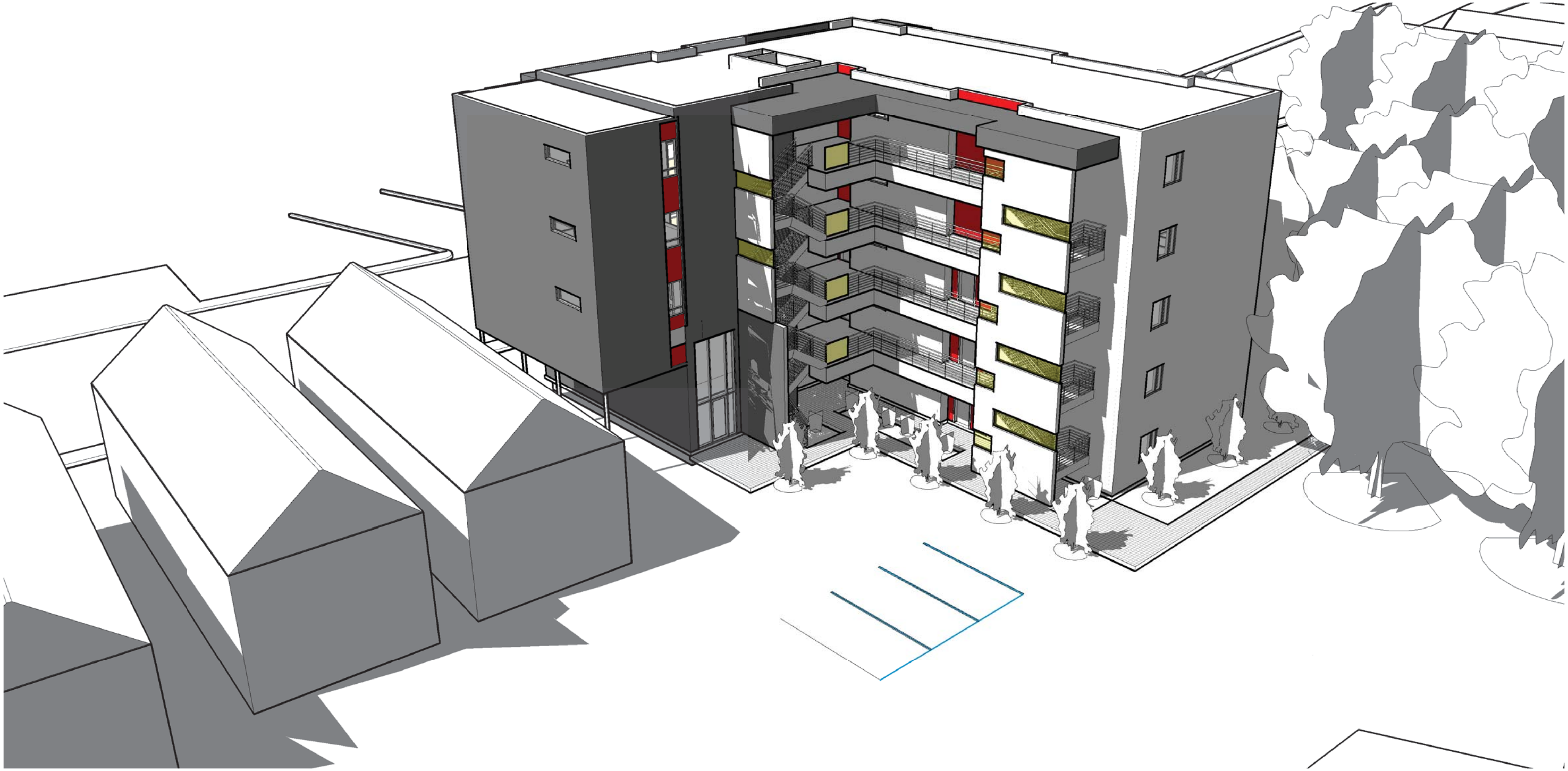
PLAN

02-Étage02

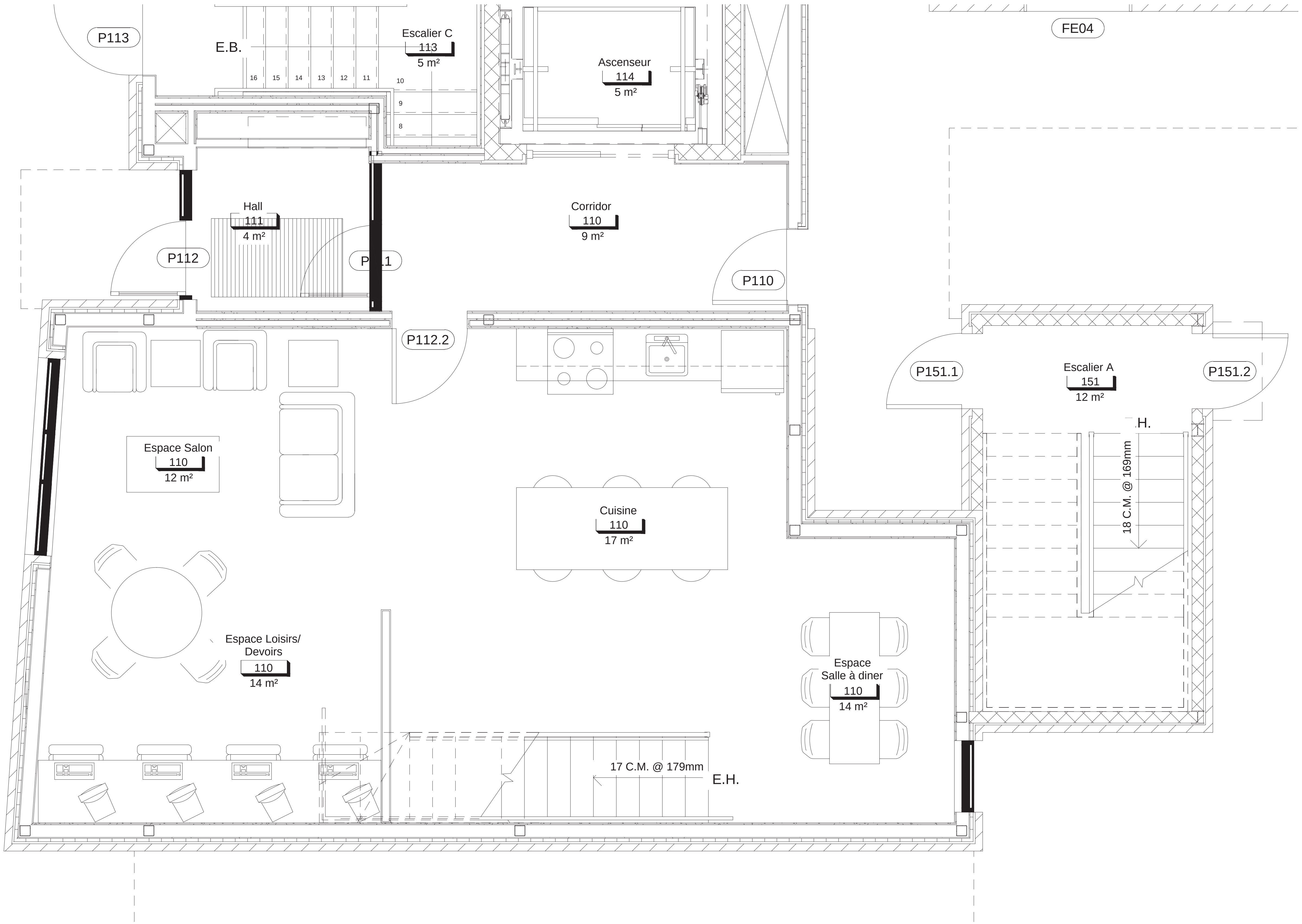
ÉCHELLE: 1 : 150

PLAN

260

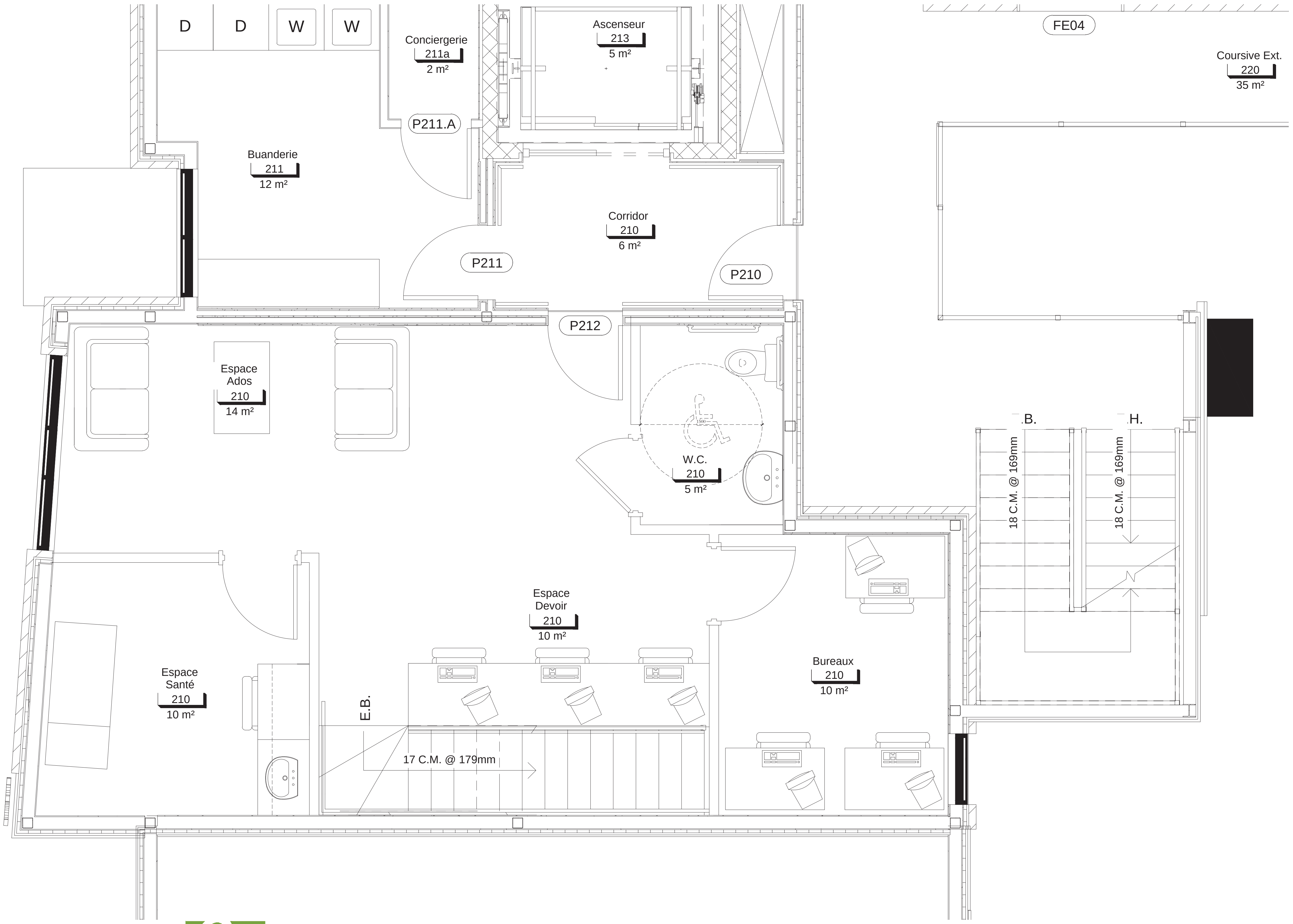


260



LAPALME RHEAULT
ARCHITECTES | +ASSOCIÉS

Mimosa |1014-1046-12 | Salle Commune RDC | 02-2014



D
D
W
W
Conciergerie
211a
2 m²
Ascenseur
213
5 m²
FE04
Coursive Ext.
220
35 m²
P211.A
Buanderie
211
12 m²
Corridor
210
6 m²
P211
P210
P212
Espace
Ados
210
14 m²
.B.
.H.
18 C.M. @ 169mm
18 C.M. @ 169mm
W.C.
210
5 m²
Espace
Devoir
210
10 m²
Espace
Santé
210
10 m²
E.B.
17 C.M. @ 179mm
Bureaux
210
10 m²

Motivation for Healthier Living

The probability that an individual will commit and stick to a specific change

Miller & Rollnick, 1991

Ready to change means willing to change...

Ready → **change is a priority** for you

Willing → you really believe **change is important**

Able → you are **confident that you can change**

0 .... 5 10

Not ready — Uncertain/Ambivalent — Ready

The Wheel of Change

Benefits of physical activity and an active lifestyle

Physical activity...

- gives us **more energy**
- helps us **maintain a healthy weight**
- helps us **sleep better**
- helps us **be autonomous for longer**
- **reduces blood pressure**
- helps us **manage stress**
- **strengthens our immune system**

Benefits of healthy eating

Healthy eating...

- provides the nutrients needed for **healthy growth and development**
- provides the nutrients needed for **our daily activities**
- promotes **healthy weight**
- improves our **capacity for learning**
- **strengthens our immune system**
- **affects our mood**

The levels of motivation

These three examples express your level of commitment to change

- *I'll think about it* .... (low)
- *I'll try* .... (uncertain)
- *I promise!* .... (high)

Healthy Co-ops of Nunavik

ÉQUIPE DE RECHERCHE PÉPO - ULAVAL - UQO

Promotion de la santé urbaine et des saines habitudes de vie

Graphic design and illustrations: Ghyslaine Lévesque and Virginie McFadden.
Photographs: Research group and canStockPhoto.com.

ᑲᐃᓪᓗᑐᐃᒍᑎᒃ ᐃᓗᓯᕐᓱᓯᐊᕐᓂᒧᑦ

ᐃᓅᑉ ᐊᓯᑦᔨᕆᐊᕐᓂᖑᒐᒪᔭᖓ
ᑲᔪᓯᑎᑦᓯᒍᓐᓇᓂᖓᓗ

ᒥᐊᓗ ᕋᓪᓂᓪᓗ (1991)

ᐊᓯᑦᔨᕆᐊᕐᓂᒧᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᓕᕐᓂᖅ ᐊᓯᑦᔨᒍᒪᓂᐅᒐᖅ...

ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᓂᖅ: ᐊᓯᑦᔨᕆᐊᕐᓂᖅ ᐅᐃᒪᓇᕐᑑᒐᖅ ᐃᓕᓐᓃᑦ

ᐱᒍᒪᓂᖅ: ᐅᑉᐱᓇᓪᒪᓇᓕᖁᕕᐅᒃ ᐊᓯᑦᔨᕆᐊᕐᓂᐅᑉ ᐱᓪᒪᓇᐅᓂᖓ

ᐱᒍᓐᓇᓂᖅ: ᐊᕚᓯᖕᒑᑦᓯᐊᒍᑎᖃᓕᖁᕕᑦ ᐊᓯᑦᔨᒍᓐᓇᓂᕐᓂᒃ

0 5 10

ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᖏᑦᑐᖅ ᓱᕐᕈᐃᓯᑦᓯᐊᕆᑕᖕᖏᑐᖅ ᐊᑐᐃᓐᓇᖅ

ᐊᓯᑦᔨᐸᑦᓕᐊᓂᐅᑉ ᕿᓓᓗᐊᕐᓂᖓ

ᑲᖅᑮᑦᓴᓕᕐᐸᓕᐊᓂᖅ → ᑐᑭᑖᕐᓂᖅ – ᑐᓂᒪᓂᖅᑲᕐᓂᖅ → ᐊᐅᓚᑦᓴᓇᐊᕐᓂᖅ → ᑲᔪᓯᐅᒪᕐᑎᓯᓂᖅ →

ᐃᓱᐊᕐᓯᒍᑕᐅᒍᓐᓇᑐᑦ ᑎᒥᒃ ᓂᒪᖅᑲᑦᑕᐸᑦ ᐱᔭᒃᓴᓂᓗ ᐅᐸᓘᒐᓐᓇᐸᑦ

ᑎᒥᒥᒃ ᓂᒪᕐᑎᓯᖅᑲᑦᑕᓂᖅ:

- ᕿᑦᑕᐃᖕᒐᓇᕐᓂᓴᖅ
- ᖁᐃᓂᓗᐊᕐᓇᖕᖏᓐᓂᓴᖅ
- ᓯᓂᑦᓯᐊᓇᕐᓂᓴᖅ
- ᐊᑯᓂ ᐃᒻᒥᓂᕿᒍᓐᓇᑎᑦᓯᓂᕐᓴᖅ
- ᐊᐅᑉ ᓱᑳᓐᓂᖓᓂᒃ ᓯᖕᒍᓗᐊᕐᑎᓯᖕᖏᓂᕐᓴᖅ
- ᐊᐅᓚᑦᓯᓯᐊᕈᑕᐅᓂᕐᓴᖅ ᐊᕐᓱᕈᔭᓕᕐᐸᑦ ᐃᓱᒪᒃ
- ᓱᖑᓴᒍᑕᐅᒐᖅ ᑎᒥᐅᑉ ᖃᓂᒪᕆᒃᑯᑎᓕᐊᖏᓐᓂ

ᐱᕙᓪᓕᖁᑎᑦᓯᐊᖕᒍᒍᓐᓇᓂᖓ ᓂᕿᑦᓯᐊᓂᒃ ᓂᕆᖃᑦᑕᓂᐅᑉ

ᓂᕿᑦᓯᐊᓂᒃ ᓂᕆᖃᑦᑕᓂᖅ:

- ᐃᓗᓪᓕᑐᐃᒍᑕᐅᒐᖅ ᑎᒥᒧᑦ ᓲᖑᓴᐅᑎᑦᓴᓂᒃ ᑮᖕᖑᒪᒥᓕᖕᖓᔭᖕᖏᓐᓂᒃ ᐃᓗᓯᕐᓱᓯᐊᕐᓗᓂ ᐱᕈᕐᐸᓕᐊᓂᐊᕐᒪᑦ ᐱᕆᐅᕐᐸᓕᐊᓗᓂᓗ
- ᐃᓗᓪᓕᑐᐃᒍᑕᐅᒐᖅ ᑎᒥᐅᑉ ᓲᖑᔫᒍᑎᒥᓂᐊᕐᑕᖕᖏᓐᓂᒃ ᐅᓪᓗᑕᒦᕐᓯᐅᑎᒥᓂᒃ ᑲᔪᓯᑎᑦᓯᓕᕆᓂ
- ᐃᑲᔪᕐᓯᒐᖅ ᓈᒻᒪᓈᕐᓯᒪᑦᓯᐊᓂᕐᓴᒥᒃ ᑭᓯᐊᓇᒐᔭᕐᑕᖕᒐᓂᒃ
- ᐱᐅᓯᐅᒥᑎᑦᓯᒍᑕᐅᒐᖅ ᐃᓕᑦᓯᕙᓪᓕᐊᕆᓐᓇᐅᓯᒐᓐᓂᒃ
- ᓱᖑᓴᒍᑕᐅᒐᖅ ᑎᒥᐅᑉ ᖃᓂᒪᕆᒃᑯᑎᓕᐊᖏᓐᓂᒃ
- ᓱᕋᐃᓱᖑᒐᖅ ᐃᑉᐱᓂᐊᕆᓯᒐᓐᓂᒃ

ᐳᕐᑐᓕᓈᓂᖕᒥᑦ ᕿᓪᓗᑐᐃᓂᐅᑉ

ᑳᖁᐊ ᐱᖕᒐᓯᐃᖕᒍᒐᑦ ᐆᑦᑑᑎᒋᒍᓐᓇᑕᑎᑦ ᓇᓪᓕᐊᓃᒻᒪᖕᒋᑦ ᐊᓯᑦᔨᒍᒪᓂᕐᐱᑦ ᐳᕐᑐᓂᖓ

ᐃᓱᒪᑦᓴᓯᐅᓚᖕᒐᒐᖓ ....(ᓴᙱᑐᖅ)

ᐆᑦᑐᕋᓚᖕᒐᒐᖓ ....(ᓱᕐᕈᐃᓯᖕᖏᑐᖅ)

ᐊᔾᔨᑦᓚᓇᓂᐊᕐᐳᖓ ....(ᓱᖕᒍᔪᖅ)

Healthy Co-ops of Nunavik

ÉQUIPE DE RECHERCHE PÉPO - ULAVAL - UQO
Promotion de la santé urbaine et des saines habitudes de vie

Research and content: Urban Health and Healthy Living Health Promotion Research Group. Université Laval and Université du Québec en Outaouais (Laplante, Thériault et coll.). For full references, see http://www.healthycoopsanis.com under appropriate associated workshops tools.
Graphic design and illustrations: Ghyslaine Lévesque and Virginie McFadden.
Artistic director: Ghyslaine Lévesque - ghyslaine.levesque@gmail.com.
Photographs: Research group and canStockPhoto.com.

Eating Habits

Traditional and food stores

All traditional foods have health benefits!

Milk and substitutes

Best choices, if available:

- Milk: **skim**, **1% or 2%**
- Yogurt and yogurt drinks: **2% fat or less**
  Pay attention to sugar and calories when making a choice.
- Cheese, cheese sticks: **low fat** if possible
- Chocolate milk

Limit:

- Coffee-mate, cream cheese, ice cream, whipped cream and sour cream.
  *They are **high in fat and less nutritious** than milk and substitutes (cheese and yogurt).*

Grain products

For energy!

They are an **excellent source of fibre**.

Fibre helps with **digestion**, help **reduce cholesterol** and can **prevent certain types of cancer**.

Choose:

- Breakfast cereals **with fibre** and **low in salt and sugar**
- Grain products made from **whole grain**, if available, and **low in fat, sugar and salt**

Vegetables, berries and fruits

- Whether **fresh, frozen, dried or canned**, all fruits and vegetables are healthy foods
- Choose canned fruits, jams, and other fruit preserves that have **no added sugar**
- **Rinse**
  - canned fruits with added sugar (light syrup)
  - canned vegetables to remove salt.

It is better to choose** lightly sweetened or salted fruits and vegetables than **junk food!

Meats, fish and alternatives

Enjoy:

- Traditional foods
- At least **2 food guide portions of fish** per week.
  Best choices: arctic char, salmon, trout, herring, mackerel, sardines

Choose:

- Lean low-fat meats:
  - From the store: chicken breasts
  - Traditional: caribou, Canada goose, ptarmigan (**leaner and higher in iron**)

Water

Drink water regularly!

Choose: **Water first**, but **milk**, **enriched soy milk**, **100% pure fruit juice** are also **healthy choices**.
*Some drinks contain **caffeine**: coffee, tea, colas, and most energy drinks.*

Careful with: Soft drinks, sports drinks, energy drinks, fruit flavored drinks, punchs, hot and cold sweet drinks and alcohol, *often **high in calories and low nutritional value***

Healthy Co-ops of Nunavik

ÉQUIPE DE RECHERCHE PÉPO · ULAVAL · UQO
Promotion de la santé urbaine et des saines habitudes de vie

ᓂᕆᔪᓰᑦ

ᓄᓇᓕᒃᑰᖃᑦᓴᕋᑦ ᓂᕿᖏᑦ, ᓂᐅᕕᕐᕕᓂᒌᓐᓄ

ᓄᓇᓕᒃᑰᖃᑦᓴᕋᑦ ᓂᕿᖏᑦ ᓂᕿᑐᐃᓐᓇᓕᒫᑦ
ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓂᒥᒃ ᐃᑲᔫᓯᒪᒍᑕᐅᒍᓐᓇᐳᑦ

ᐃᒻᒧᐃᑦ ᐃᒻᒧᓴᕋᓐᓄ

ᐱᐅᓂᕐᐹᖅ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᐸᑦ:

- ᐃᒻᒧᖅ, ᐃᒻᒧᖅ ᐅᕐᓱᐃᔭᕐᑕᐅᓯᒪᔪᖅ 1% ᐅᐸᓗᓐᓂ 2 %,
- ᔫᑲᑦ, ᔫᑲᑦ ᐃᒥᕋᑦᓴᔭᖅ: 2%-ᒥᒃ ᐅᕐᓱᓕᒃ ᐃᑭᓐᓂᓭᕐᒥᓄᓂᑦ. ᐃᐱᒋᑦᓯᐊᕿᒃ ᐱᑕᑦᓴᖅ ᒪᒪᕐᓴᐅᑎᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᖁᐃᑦᑎᕿᑏᑦ ᓇᓪᓕᑳᓕᕿᕕᑦ.
- ᓰᓯᑦ, ᓰᓯᑦ ᑕᕿᑦᑐᑳᑦ, ᐅᕐᓱᕿᑦᑑᒍᓐᓇᐸᑕ
- ᐃᒻᒧᖅ ᐊᐅᑯᓗᐊᕐᓂᖅ

ᐃᑯᓪᓚᓇᐊᒃᑭᑦ :

- ᑳᐱᐅᐸ ᖃᑯᕐᓯᓕᐅᑎᖕᒐ, ᐃᒻᒨᐸ ᐅᕐᓱᖕᒐᑕ ᓰᓯᖕᒐ, ᐊᐃᓯ ᑰᒫᒻ, ᖄᒥᐅᑕᑦᓴᔭᖅ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᒻᒨᐸ ᐅᕐᓱᖕᒐ ᐃᒍᓇᓕᐊᓇᔭᐅᒪᔪᖅ. ᐅᕐᓱᓇᑦᑑᒪᑕ ᑎᒥᒥᓐᓄ ᐃᑲᔪᕐᓯᒍᑎᖃᖕᖏᓂᕐᓴᐅᒪᑕ ᐃᒻᒧᓂᑦ ᐃᒻᒧᓴᔭᐅᑦᓯᑎᓐᓄ ᐊᓯᖏᓐᓂᑦ (ᓰᓯ, ᔫᑲᑦ).

ᐃᕕᑦᓱᑲᐅᔭᑦᓴᕋᑦ

ᓄᕿᖃᕿᑏᑦ

ᐊᓕᐊᒥᒃᑭᑦ:

- ᕓᐳ ᓂᕆᔭᕕᓂᕐᓄᑦ ᓯᖃᓕᐅᑎᑦᓴᓯᐊᖕᒍᓂᕐᐹᑦ
- ᓂᕆᔭᕕᓂᕗᑦ ᓯᖃᓪᓕᑕᐅᑦᓯᐊᓯᖕᒍᕗᑦ ᕓᐳᒧᑦ ᐃᑯᓪᓚᑎᑦᓯᓯᓂᓗ ᐅᕐᓱᓯᐊᒍᖕᖏᑐᒥᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᖃᓂᒪᑖᓊᑯᑎᓯᐊᖕᒍᑦᓯᓂ ᐋᖅᑭᑕᐅᖅᑲᔭᖕᖏᑑᓂᕋᑦᑕᐅᕙᓕᕐᑐᑦ ᐃᓚᖏᓐᓂᒃ

ᓇᓪᓕᑳᓇᑦ:

- ᐅᓪᓛᕿᒥᑦᑕᑦᓴᔭᓂᒃ ᕓᐳᓕᓐᓂᒃ ᑕᓇᐅᖃᑦᓯᐊᖕᒥᑦᑑᓗᑎᒃ ᐱᑕᑦᓵᖃᑦᓯᐊᖕᒥᑐᓂᒃ ᒪᒪᕐᓴᐅᑎᖃᑦᓯᐊᖕᒥᑐᓂᑦ
- ᐃᕕᑦᓱᑲᐅᔭᑦᓴᕋᑦ
- ᑲᔾᔪᓂᕐᓴᖅ ᓴᓇᐅᒪᖅ/ᓂᕿᑦᓴᔭᖅ, ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᐸᑦ
- ᐅᕐᓱᑭᓐᓂᓴᓂᑦ, ᐱᑕᑦᓵᑭᓐᓂᓭᕐᓂᑦ ᒪᒪᕐᓴᐅᑎᑭᓐᓂᓭᕐᓂᑦ ᑕᓇᐅᑭᓐᓂᓭᕐᓂᓗ

ᐃᑲᔫᕐᓯᒥᐊᕿᑏᑦ ᐱᕿᕐᑐᕋᑦ, ᓄᓂᕚᑦᓴᑦ, ᓱᕐᓇᑐᕋᓐᓄ

- ᓄᑖᔭᐅᒍᑎᒃ, ᖁᐊᖕᒍᒍᑎᒃ, ᓂᒃᑰᒍᑎᒃ, ᖁᒻᒧᐊᕐᑑᒍᑎᓐᓄᓃᑦ, ᐱᕿᕐᑐᕋᑦ ᓱᕐᓇᑐᕋᓐᓄ ᓂᕿᑦᓯᐊᖕᒍᕗᑦ
- ᓇᓪᓕᑳᒃᑭᑦ ᖁᒻᒧᐊᐃᑦ ᓱᕐᓇᑐᕋᑦ, ᔭᒻᒉᑦ, ᐊᓯᖏᓐᓄ ᐱᕿᕐᑐᔭᕕᓃᑦ ᔿᕐᑐᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᓱᕐᓇᑐᑦᓴᕋᑦ ᐱᑕᑦᓵᓯᒪᖕᖏᑐᑦ ᒪᒪᕐᓴᐅᓯᕐᓯᒪᖕᖏᑐᑦ
- ᐃᕿᕐᑲᑦᑕᓄᒥᑦ
  - ᖁᒻᒧᐊᓂᑦᑐᑦ ᓱᕐᓇᑐᕋᑦ ᐱᑕᑦᓵᓯᒪᔪᑦ ᒪᒪᕐᓴᐅᑎᓃᑦ (ᓂᐱᑦᑖᓴᔭᕐᒥᑦ ᐃᓕᓯᒪᔪᑦ)
  - ᖁᒧᐊᓂᑦᑐᑦ ᐱᕿᕐᑐᕋᑦ ᑕᓇᐅᖕᒥᔭᕐᓄᒥᑦ

ᐱᐅᓂᕐᓴᐅᒍᖅ ᓇᓪᓕᑳᖕᓕᕿᕕᑦ

ᐱᑕᑦᓵᓯᒪᓚᓖᐱᑦᑐᓂᒃ ᒪᒪᕐᓴᐅᓯᕐᓯᒪᓚᓖᐱᑦᑐᓂᒃ ᐅᐸᓗᓐᓂᑦ ᑕᓇᐅᓕᓚᓖᐱᓐᓂᒃ ᐱᕿᑐᕕᓂᕐᓂᒃ ᓱᕐᓇᑐᔭᕐᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᕿᕐᑐᔭᓂᒃ ᒪᒪᕐᓯᓕᑎᐅᑎᖃᓗᐊᕐᑐᓂᒃ ᖁᐃᑦᑎᓇᕐᑐᓂᒃ ᓂᕆᖕᖏᓂᕐᓴᐅᓗᑎᑦ

ᓂᕿᑐᐃᓐᓇᖅ, ᐃᖃᓗᒃ ᐊᓯᖏᓐᓄ

ᐊᓕᐊᒥᒃᑭᑦ:

- ᓄᓇᓕᒃᑰᖃᑦᓴᕋᑦ ᓂᕿᖏᑦ
- ᐃᖃᓘᒃ ᒫᕐᕿᒃ ᐱᓇᓯᐊᕿᓯᑕᓖᑦ ᐅᖕᒐᑖᓄᓐᓄᓃᑦ ᐱᐅᓂᕐᐹᑦ: ᐃᖃᓗᐱᒃ, ᓵᒪ, ᐃᓯᐅᕋᓕᑦᑖᖅ, ᐃᔭᕿᐸᒃ, ᐃᖃᓗᐊᕋᐃᑦ.

ᓇᓪᓕᑳᓇᑦ:

- ᓂᕿᓂᒃ ᐅᕐᓱᑭᓐᓂᓴᓂᒃ:
  - ᓂᐅᕕᕐᕕᒥᑦ: ᐸᑳᑯᐊᓂᐅᐸ/ᐊᕿᒻᒥᐅᔭᐅᐸ ᖃᑖᖕᒥᓐᓂᒃ
  - ᓄᓇᓕᒃᑰᖃᑦᓴᕋᑦ ᓂᕿᖏᓐᓂᒃ: ᑐᑦᑐᖅ, ᓂᕐᓕᒃ, ᐊᕿᒡᒋᒃ: ᐅᕐᓱᑭᓐᓂᓴᑦ, ᐊᐅᓕᐅᑦᓯᐊᕿᑎᖃᕐᓂᓴᐅᓯᑎᓐᓄ

ᐃᒪᖅ

ᐃᒪᑐᐃᓐᓇᒥᑦ ᐃᒥᖕᒥᓐᓇᓖᕐᓗᑎᑦ

ᓇᓪᓕᑳᓇᑦ: ᐃᒪᑐᐃᓐᓇᖅ ᓯᕗᓪᓕᐅᕚᕙᓪᓗᒍ, ᑭᓯᐊᓂ ᐅᑯᐊ ᓇᓪᓕᑳᕋᑦᓴᓯᐊᖕᒍᒪᕙᑦ, ᐃᒻᒧᖅ, ᐱᕿᕐᑐᔭᐅᐸ (ᓯᐊᐃᔭ) ᐃᒻᒧᖕᒐ, 100% ᐱᕿᕐᑐᓴᕋᑦ ᐃᑦᑎᓚᓇᖕᒥᑦ ᐃᒥᕋᑦᓴᕋᑦ. ᐃᒥᕐᑕᐅᓯᑦ ᐃᓚᖕᒥᑦ ᐃᓗᓕᖅᑲᖅᐳᑦ ᑲᕖᓐᒥᑦ (ᕿᑦᑌᖕᒐᓇᕐᑐᒥᒃ): ᑳᐱ, ᑏ, ᑎᕐᑎᑐᕋᑦ, ᓄᑭᓴᐅᑎᓕᒫᓐᓄ ᐃᒥᕈᑦ

ᐃᐱᒍᓱᑦᓯᐊᓇᑦ: ᐃᒥᕈᑦ ᑎᕐᑎᑦ, ᐱᖕᖑᐊᑏᑦ ᐃᒥᓲᖕᒥᑦ, ᓄᒃᑭᓴᐅᑏᑦ ᐃᒥᕈᑦ, ᑎᐸᑖᕐᑎᑕᐅᒪᔪᑦ ᐱᕿᕐᑐᔭᕐᓂᑦ ᐃᒥᕈᑦ, ᐅᐊᕿᑦᓯᑐᖃᑦ, ᐆᓇᕐᑐᐃᑦ ᓂᓪᓕᒪᔪᐃᓐᓄ ᒪᒪᕐᓴᓕᑎᕐᑕᐅᒪᔪᑦ ᐃᒥᕈᑦ ᐃᒥᐊᓗᐃᓐᓄ: ᖁᐃᑦᑎᓴᐅᑎᑕᖃᓗᐊᕐᑐᑦ ᑎᒥᐅᓐᓄ ᑭᖕᖑᒪᒥᔭᖕᒥᓐᓂᒃ ᐱᑕᖃᑦᓯᐊᕋᑎᒃ.

Healthy Co-ops of Nunavik

ÉQUIPE DE RECHERCHE
PÉPO · ULAVAL · UQO
Promotion de la santé urbaine et des saines habitudes de vie

What Are Food Labels For?

Since 2005

The Nutrition Facts table is:

- Easy to **find**
- Easy to **read**
- On **most** prepackaged **foods**
- Based on **recommendations** for a healthy diet

Nutrition Facts
Per 125 mL (87 g)

Amount	% Daily Value
Calories 80	
Fat 0.5 g	1 %
Saturated 0 g + Trans 0 g	0 %
Cholesterol 0 mg	
Sodium 0 mg	0 %
Carbohydrate 18 g	6 %
Fibre 2 g	8 %
Sugars 2 g	
Protein 3 g	

Vitamin A	2 %	Vitamin C	10 %
Calcium	0 %	Iron	2 %

Nutritional information provided on food labels

"A healthy diet" ← Health claims

"Good source of fibers!" ← Nutrition claims or messages

Nutrition Facts
Serving Size 6 Crackers (15g)
Servings Per Container About 24

Amount Per Serving	
Calories 60 Calories from Fat 15	
	% Daily Value*
Total Fat 1.5g	2%

← Nutrition Facts table

Ingrédients: Whole wheat, bran, sugar/glucose-fructose, salt, malt (corn flour, malted barley), vitamins (thiamine hydrochloride, pyridoxine hydrochloride, folic acid, calcium pantothenate), minerals (iron, zinc oxyde).

← Ingredient list

The % daily value (% DV)

Used to determine whether there is little or a lot of the nutrient in the amount of food

- **5 % DV** or less is **LITTLE**
- **15 % DV** or more is **A LOT**

When comparing, be sure the portions are comparable.

Nutrition Facts
Per 3/4 cup (175 g)

Amount	% Daily Value
Calories 160	
Fat 2.5 g	4 %
Saturated 1.5 g + Trans 0 g	8 %
Cholesterol 10 mg	
Sodium 75 mg	4 %
Carbohydrate	8 %
Fibre 0 g	0 %
Sugars 24 g	
Protein 8 g	

Vitamin A	2 %	Vitamin C	0 %
Calcium	20 %	Iron	0 %

If you would like to eat more fibers

Remember: 5% DV or less is a little, 15% DV or more is a lot.

Cereal A

Nutrition Facts
Per 1/2 cup (28 g)

Amount	% Daily Value
Calories 120	
Fat 1 g	2 %
Saturated 0.2 g + Trans 0 g	1 %
Cholesterol 0 mg	
Sodium 170 mg	7 %
Carbohydrate 23 g	8 %
Fibre 7 g	28 %
Sugars 5 g	
Protein 3 g	

Vitamin A	0 %	Vitamin C	0 %
Calcium	2 %	Iron	30 %

Cereal B

Nutrition Facts
Per 3/4 cup (30 g)

Amount	% Daily Value
Calories 120	
Fat 0 g	0 %
Saturated 0 g + Trans 0 g	0 %
Cholesterol 0 mg	
Sodium 150 mg	6 %
Carbohydrate 27 g	9 %
Fibre 1 g	4 %
Sugars 10 g	
Protein 2 g	

Vitamin A	0 %	Vitamin C	0 %
Calcium	2 %	Iron	30 %

How to use the % daily value

Make the best choice for your health. Here are some nutrients that you may want.

Less of...

- fats
- saturated and trans fats
- sodium

More of...

- fibres
- vitamin A
- calcium
- iron

Healthy Co-ops of Nunavik

Équipe de recherche PÉPO · ULAVAL · UQO
Promotion de la santé urbaine et des saines habitudes de vie

Recherche et rédaction : Équipe de recherche en promotion de la santé urbaine et des saines habitudes de vie – Université Laval et Université du Québec en Outaouais
Graphisme et infographie : Ghyslaine Lévesque
Photographies : morguefile.com, canStockPhoto.com et dreamstime.com

ᓱᓇᒧᓂᒃᑯᐊ ᐊᑑᑎᓖᑦ
ᓂᕿᐅᑉ ᐃᓗᓕᖏᑦᑕ ᐊᓪᓚᓯᒪᓂᖏᑦ?

2005 ᑭᖑᓂᓕᒫᖓᓂ...

ᑎᒥᐅᑉ ᑭᖕᖑᒦᒪᓯᔭᖏᓐᓄ ᐊᖓᔪᓂᕐ ᐊᓪᓚᓯᒪᕕᒃ:

- ᑕᑯᒍᐊᕐᓇᑐᖅ
- ᐊᑐᐊᕋᓐᓂᑐᖅ
- ᔩᕐᑐᑕᐅᓯᒪᔪᓃᕆᓪᓗᑐᖅ ᓂᕿᓂ.
- ᑐᖕᖓᕕᓖᑦ ᓂᓇᑦᓯᐊᓂᒧᐊᓕᖕᖑᕐᑯᔭᐅᒍᑎᓂᑦ.

Nutrition Facts	
Per 125 mL (87 g)	
Amount	% Daily Value
Calories 80	
Fat 0.5 g	1 %
Saturated 0 g + Trans 0 g	0 %
Cholesterol 0 mg	
Sodium 0 mg	0 %
Carbohydrate 18 g	6 %
Fibre 2 g	8 %
Sugars 2 g	
Protein 3 g	
Vitamin A 2 %	Vitamin C 10 %
Calcium 0 %	Iron 2 %

ᑎᒥᐅᑉ ᑭᖕᖑᒦᒪᓯᔭᖏᓐᓄᐊᖓᑯᑦ ᓂᕿᐅᑦ ᐃᓗᓕᖏᑦᑕ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᐅᑎᖏᑦ

ᓂᓇᔭᑦᓴᓯᐊᖅ... ← ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓂᒧᐊᓕᖓᓂᖑᒍᑏᑦ

ᓂᓇᔭᕕᓂᕐᓂᒃ ᓯᕿᓕᐅᑎᑦᑲᑦᓯᐊᑐᖅ ← ᑎᒥᐅᑉ ᑭᖕᖑᒦᒪᓯᔭᖏᓐᓄᐊᖓᔪᓂᒃ ᓱᓕᓂᕋᐃᒍᑏᑦ ᐅᑭᐋᓘᓂᑦ ᑎᒥᐅᑉ ᑭᖕᖑᒦᒪᓯᔭᖏᓐᓄᐊᖓᔪᓂᒃ ᑐᓴᐅᒪᑎᑦᓯᒍᑏᑦ

Nutrition Facts	
Serving Size	6 Crackers (15g)
Servings Per Container	About 24
Amount Per Serving	
Calories 60	Calories from Fat 15
	% Daily Value*
Total Fat 1.5g	2%

← ᑎᒥᐅᑉ ᑭᖕᖑᒦᒪᓯᔭᖏᓐᓄᐊᖓᔪᓂᒃ ᐊᓪᓚᖁᑎᖓ

Ingrédients: Whole wheat, bran, sugar/glucose-fructose, salt, malt (corn flour, malted barley), vitamins (thiamine hydrochloride, pyridoxine ← ᐅᐊᕆᑎᖏᑦᑕ ᐃᓗᓕᖏᑦ

ᐅᓪᓗᑕᒫᑦ %-ᑎᒍᑦ ᐊᑐᕐᓂᖃᕈᓐᓇᓂᖏᑦᑕ ᑎᒥᒧᑦ ᑭᑎᑦᔪᕕᑦ

ᓇᐅᑦᓯᑐᕈᑎᒃ ᓂᕿᑦ ᑎᒥᐅᑉ ᑭᖕᖑᒦᒪᓯᔭᖏᓐᓂᑦ ᐱᑕᖃᑦᓯᐊᕋᓗᐊᕐᒪᖔᑦ.

- **5%** ᒥᑭᓂᕐᓴᓗᓐᓂᑦ ᓱᓇᖃᑦᓯᐊᖏᑦᑐᖅ
- **15%** ᐅᓄᕐᓂᕐᓴᓗᓐᓂᑦ ᐱᑕᖃᓪᓚᓇᑦᑐᖅ

ᓇᓪᓚᒃᑯᐊᓈᕐᑎᓯᒥᐊᓕᕌᕕᑦ, ᓂᕿᐅᑉ ᐊᖏᓂᖓ ᐃᑉᐱᒋᕙᑦᑕᓗᒍ

Nutrition Facts	
Per 3/4 cup (175 g)	
Amount	% Daily Value
Calories 160	
Fat 2.5 g	4 %
Saturated 1.5 g + Trans 0 g	8 %
Cholesterol 10 mg	
Sodium 75 mg	4 %
Carbohydrate	8 %
Fibre 0 g	0 %
Sugars 24 g	
Protein 8 g	
Vitamin A 2 %	Vitamin C 0 %
Calcium 20 %	Iron 0 %

ᐄᔭᕕᓂᕐᓂᑦ ᓯᖄᓕᑦᓯᐅᑎᒥᒃ ᓂᓇᖃᑦᑕᓕᐅᒥᒍᒪᒍᕕᑦ...

ᐊᐅᓚᕉᒥᑦ, 5% ᒥᑦ ᐃᑭᓐᓂᓴᓐᓂᑦ ᒥᑭᔪᒐᖅ, 15% ᒥᑦ ᐅᓄᕐᓂᓴᖅ ᐅᓄᕐᑑᒐᖅ.

ᐅᓪᓛᕈᑎᑦᓴᔭᖅ ᐊ

Nutrition Facts	
Per 1/2 cup (28 g)	
Amount	% Daily Value
Calories 120	
Fat 1 g	2 %
Saturated 0.2 g + Trans 0 g	1 %
Cholesterol 0 mg	
Sodium 170 mg	7 %
Carbohydrate 23 g	8 %
Fibre 7 g	28 %
Sugars 5 g	
Protein 3 g	
Vitamin A 0 %	Vitamin C 0 %
Calcium 2 %	Iron 30 %

ᐅᓪᓛᕈᑎᑦᓴᔭᖅ ᐸ

Nutrition Facts	
Per 3/4 cup (30 g)	
Amount	% Daily Value
Calories 120	
Fat 0 g	0 %
Saturated 0 g + Trans 0 g	0 %
Cholesterol 0 mg	
Sodium 150 mg	6 %
Carbohydrate 27 g	9 %
Fibre 1 g	4 %
Sugars 10 g	
Protein 2 g	
Vitamin A 0 %	Vitamin C 0 %
Calcium 2 %	Iron 30 %

ᐊᑐᕐᑕᐅᒍᓯᖏᑦ ᐅᓪᓗᑕᒫᑦ ᑭᖕᖑᒦᒪᓯᔭᐅᔪᓂᑦ (%) ᐳᓴᓐᑎᑎᒍᑦ

ᓇᓪᓚᒃᑳᑦᓯᐊᕐᑲᑦᑕᓇᑦ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᓇᐊᕐᑲᕐᓃᑦ ᐱᑦᔪᑎᒥᓗᒍ. ᐅᑯᐊ ᑖᒃᓱ ᑎᒥᑉᐱᑦ ᑭᖕᖑᒦᒪᓯᔭᖏᑦᑕ ᐃᓚᖏᑦ...

...ᐅᓄᕐᓂᓴᐅᑎᒍᒥᑦ:	...ᐃᑭᓐᓂᓴᐅᑎᒍᒥᑦ:
- ᕿᐃᐳ(ᐄᔭᕕᓂᕐᓂᒃ ᓯᖄᓕᐅᑎᒃ)	- ᐅᕐᓱᐃᑦ
- ᕿᐃᑕᒪᓐ ᐊᐃ	- ᐅᕐᓱᓯᐊᒍᖕᖏᑐᑦ
- ᑲᓪᓯᐊᒻ(ᓴᐅᓂᑦᓯᐊᕿᑦᓴᐅᑎᒃ)	- ᑕᓇᐅᖅ
- ᐊᐃᔪᓐ(ᐊᐅᑦᓯᐊᕿᑦᓴᐅᑎᒃ)	

Healthy Co-ops of Nunavik

ÉQUIPE DE RECHERCHE PÉPO · ULAVAL · UQO
Promotion de la santé urbaine et des saines habitudes de vie

Research and content: Urban Health and Healthy Living Health Promotion Research Group, Université Laval and Université du Québec en Outaouais
Graphic design and illustrations:
Artistic director:
Photographs: Research group and

Preparing Lunches and Snacks at Home

Let's take a couple of minutes to think about it...

Advantages

- **Saves** money.
- You can **control the contents** of the foods you eat.
- Can help to **control weight.**
- Gives you the **necessary energy** to have fun or carry through your daily activities.

TIPS

- For supper, cook **large quantities** in anticipation of the next day's lunch, when your child eats at home.

  Don't hesitate to **double recipes**, cook extra vegetables, rice and pasta.

- Reduce preperation time by using **frozen or canned products.**

Frozen leftovers are great quick fixes and good alternatives to frozen store-bought dinners.

Make time during the week to **cook** and then **freeze portions.**

As soon as you get back from the grocery store

- Wash and cut vegetables and place them in a container in the fridge.
- Divide applesauce and yogurt into **individual portions.**
- Season or marinate, and then cook one or two cuts of meat that can be used for several lunches.

Together in the kitchen

Make it a family affair!

Take the time to bake your own **homemade cookies and muffins** and freeze them.

Children love to bake cookies!

If children participate

Helps kids (and older people too!) **adopt healthy food habits** that they will be able to keep for a whole lifetime.

Sandwich for lunch and outdoor activities

Simple solution when there are no leftovers

Be careful with cold cuts

- Choose the one with **less salt.**
- Don't eat them in excess: they are full of **preservatives** – including nitrites.

Vary the bread and toppings...

Think of buying a **slow cooker**

Join the **Healthy Crockpot Collective Kitchen** of the COOP

Healthy Co-ops of Nunavik

ÉQUIPE DE RECHERCHE PÉPO - ULAVAL - UQO
Promotion de la santé urbaine et des saines habitudes de vie

Recherche et rédaction : Équipe de recherche en promotion de la santé urbaine et des saines habitudes de vie – Université Laval et Université du Québec en Outaouais (Lapierre, Thériault, Boucher et Ndengeyingoma (coll.)
Graphisme et infographie : Ghyslaine Lévesque et Virginie McFadden
Direction artistique : Ghyslaine Lévesque - ghyslaine.levesque@gmail.com
Photographies : Équipe de recherche, morguefile.com, canStockPhoto.com et dreamstime.com

ᐊᑐᐃᓐᓇᕈᕐᑎᓇᖅᒫᕐᓂᖅ ᐅᓪᓗᒧᒥᑕᑦᓴᓂᒃ ᐋᓇᓯᒐᑦᓴᓚᑳᓂᓪᓗ ᐊᓂᕐᕋᒥ

ᐃᓱᒪᑦᓴᓯᐅᕈᑎᒋᒌᓐᓇᖄᕐᓚᕗᑦ...

ᐱᐅᓂᖅᒥᑦ

- ᑭᓇᐅᔭᕐᑐᖅᒥᓐᓂᓴᖅ
- ᐊᐅᓚᑦᓯᒍᓐᓇᑐᑎᑦ ᓂᕆᔭᕐᐱᑦ ᐃᓗᓕᖅᒥᓐᓂᑦ
- ᖁᐃᑦᑎᓇᖅᖅᒥᓂᕐᓴᑦ
- ᓄᕿᖅᑲᕐᑎᓯᓂᕐᓴᖅ ᖁᓯᒍᓐᓀᓗᑎᑦ ᑲᔪᓯᐅᒐᕐᑎᓯᒍᓐᓇᓂᐊᓕᕐᕕᑦ ᐅᓪᓗᑕᒫᕐᓯᐅᑎᓐᓂ ᐱᔭᒃᓴᓂᒃ

ᐃᑲᔪᕐᓯᒍᑏᑦ

- ᐅᓐᓄᒧᒥᑖᑦᓴᓂᒃ ᐃᒐᓗᑎᑦ ᐊᖅᒥᓈᓇᓗᑎᑦ ᖃᐅᑐᐊᕐᐸᑦ ᐅᓪᓗᒧᒥᑕᓅᕐᒥᓗᒥᑦ ᐊᒥᐊᒃᑯᕕᓂᖅᒥᑦ, ᕿᐅᕐᖅᑭᑦ ᐊᓂᕐᕋᒥ ᓂᕆᓂᑦᐸᑦ
  - ᒪᕐᑭᕕᓪᓗᐊᑐᒥᑦ ᐃᒐᑦᑌᓕᒃᑦᑕᓐᒃ, ᐊᖅᒥᓈᕐᓗᒥᑦ ᐱᕈᕐᑐᔪᑦ, ᖁᐱᕐᕈᐊᓗᔪᑦ/ᐃᕐᕿᐅᔪᑦ, ᓴᐸᕈᐊᑎᑦᓴᔪᓪᓗ
- ᐊᑐᐃᓐᓇᕈᕐᑎᑕᐅᓂᖅᒥᑦ ᓂᕆᒐᑦᓴᑦ ᐱᔭᕇᐊᕈᓕᑎᕈᑕᑎᑦ ᐊᑐᕐᓗᑎᑦ ᖁᐊᕐᓂᑦ ᖁᒡᒍᔪᕐᒥᑐᓂᓪᓗ

ᖁᐊᑦ ᐊᒥᐊᒃᑯᕕᑦ ᓯᑲᑦᑐᒥᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᕗᑦ ᐊᓯᑦᓴᒋᔭᐅᑦᓯᓯᑎᒃ ᐆᓇᕐᓯᓯᒐᕐᓂᑦ

ᐱᓇᓯᐊᕈᓯᕐᒥ ᐃᒐᒍᓐᓇᓯᖅᑲᑦᑕᓗᑎᑦ ᖁᐊᕐᑎᒐᑦᓴᓂᑦ ᐊᕕᑦᑐᓗᒥᑦ

ᑲᑐᑦᔾᔨᓇᕇᓪᓗᒥᑦ ᐃᒐᕕᑦᓯᓂ ᐱᔭᒃᓴᑦ

ᐃᓚᒌᓕᒫᖅᒍᓗᓯ ᐃᑲᔫᑎᒍᑎᒥᓗᒍ!

ᐃᒻᒥᓂᒃ ᐃᒐᓗᑎᑦ ᖃᕐᖁᔭᕐᓂᑦ ᒪᕕᓐᓂᓪᓗ ᑌᒪ ᖁᐊᕐᑎᓗᒥᑦ.

ᐱᐊᓘᑦ ᐃᒐᖅᖅᒍᐊᓇᐊᒥᒃ ᖃᕐᖁᐊᓗᐊᐱᓐᓂᒃ ᐊᓕᐊᒋᔭᖃᕐᒪᑕ!

ᐱᐊᓘᑦ ᐃᓚᐅᑉᐸᑕ

ᐃᑲᔪᒃᑭᑦ ᐱᐊᓘᑦ (ᐊᖅᒐᔪᑦᓯᒐᓴᑦ) ᓂᕆᑦᓯᐊᖃᑦᑕᓂᕐᒥᒃ ᐱᐅᓯᑖᑎᖅᒪᓯᐊᕐᓗᒥᑦ ᐃᓅᓯᓕᒫᖅ ᐊᔪᓇᓯᒪᑦᓯᐊᓂᐊᕐᒪᐅᒃ

ᐃᑭᐊᕐᒥᐅᑕᓕᒃ ᓂᐊᖁᔭᖅ ᐅᓪᓗᒧᒥᑦᓴᖅ ᑕᕐᖁᐊᑦᓴᖅ

ᐱᔭᓇᐊᑭᑐᖅ ᐊᒥᐊᒃᑯᐃᕈᑦᓯᒪᓕᕈᕕᑦ

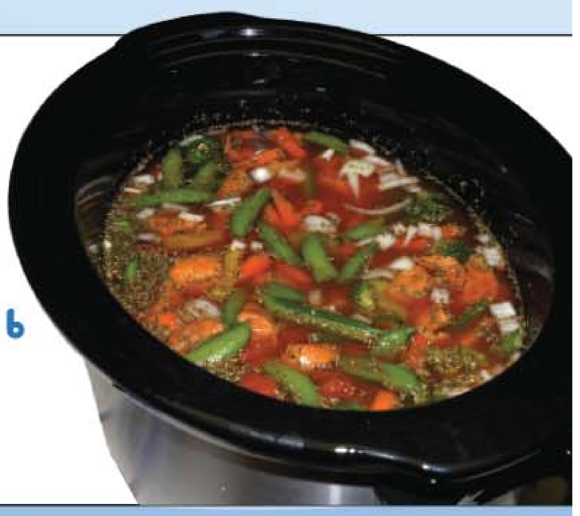
ᐃᑉᐱᒋᑦᓯᐊᑭᑦ ᐃᑭᐊᕐᒥᐅᑦᓴᔪ ᓂᕿᑐᐃᓐᓇᐅᓯᑎᒃ

- ᓇᓪᓕᑲᓇᑦ ᑕᕆᐅᕿᓐᓂᓴᕐᓂᑦ
- ᐊᖅᒥᓗᐊᕐᑐᒥᑦ ᓂᕆᓇᕐᒥᑦ: ᓱᔪᐊᕐᑑᕆᒃᑯᑎᖃᓗᐊᕐᒪᑕ – ᑕᕆᐅᑦᓴᔭᕐᑕᖃᓗᐊᕐᓯᑎᓪᓗ

ᐊᑦᔨᕆᖅᖅᕆᑑᑎᐅᒪᓯᐊᕐᑐᓂᑦ ᓂᐊᖁᔭᕐᑐᖅᑲᑦᑕᓗᑎᑦ ᐃᑭᐊᕐᒥᐅᑦᓴᔭᖅᒥᓐᓂᓗ

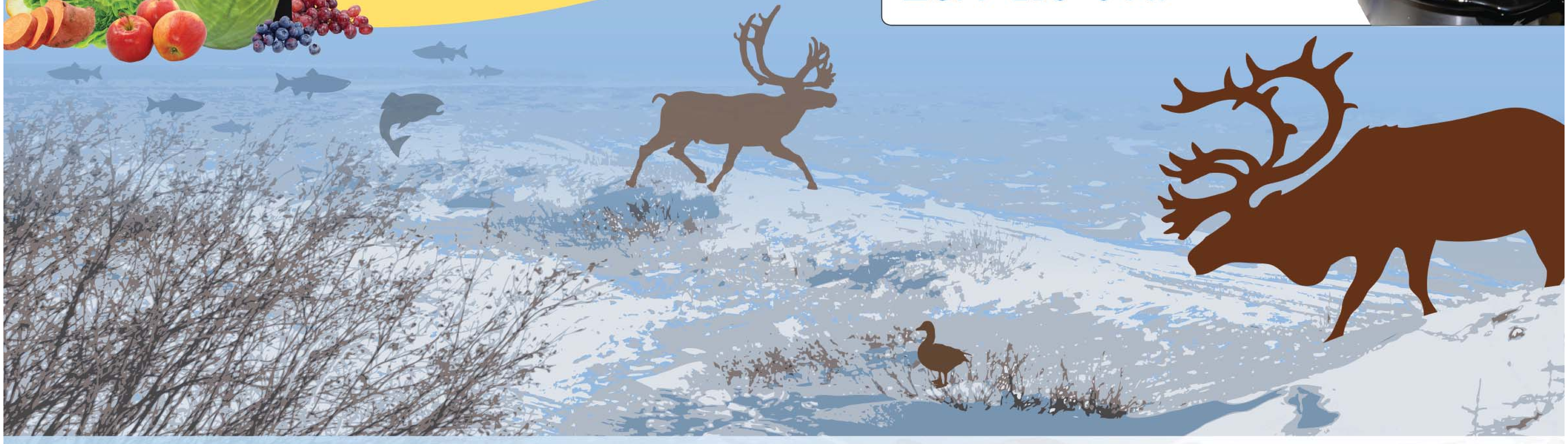
ᐃᓱᒪᒋᒥᒍᓗᒍ ᓂᐅᕕᓇᐊᒥᒃ ᓱᒃᑿᑕᐅᒐᓯᓂ ᐃᒐᒍᑎᑦ

ᐃᓚᐅᕕᒃᑲᕐᓗᑎᑦ ᓂᕿᑦᓯᐊᕙᓐᓂᒃ ᐃᒐᒥᐅᕐᒪᑐᓂ ᑯᐊᐸᒥ



ᐅᑎᑦᓴᑐᐊᕈᕕᑦ ᓂᐅᕕᕐᓂᐊᕕᒥᑦ

- ᐃᕐᕿᓗᒥᑦ ᓇᑲᑎᕐᓗᒥᑦ ᐱᕈᕐᑐᔪᑦ ᓂᓪᓚᒪᔪᒃᑲᐅᑎᔫᕐᓗᒥᑦ ᐃᓗᓕᖁᑎᒌᑦᑎᓗᒥᑦ
- ᐊᒡᒍᓗᒥᑦ ᐋᕗᕕᓃᑦ ᐃᑦᑎᖅᒥᑦ, ᔫᒃᓗ ᐊᒡᒍᓗᖅᒥᑦ ᐃᓂᒡᑯᑦ ᕗᕐᑐᓗᒥᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᓕᐊᓇᓗᒥᑦ ᐊᑕᐅᓯᕐᒧᑦ
- ᒪᒪᕐᓯᓕᑎᕐᓗᒥᑦ ᑭᓂᑦᓯᑎᓗᒥᑦᓗᓃᑦ, ᐃᒐᓯᓗᒥᑦ ᐅᓪᓗᒧᒥᑦᓴᓕᐊᓇᓗᒥᑦ ᐊᒥᓯᐃᓄᑦ



Research and content: Urban Health and Healthy Living Health Promotion Research Group. Université Laval and Université du Québec en Outaouais (Lapierre, Théorêt et coll.). For full references, see http://www.healthycoopsante.com under appropriate associated workshops tools.
Graphic design and illustrations: Ghyslaine Lévesque and Virginie McFadden.
Artistic director: Ghyslaine Lévesque - ghyslaine.levesque@gmail.com.
Photographs: Research group and canStockPhoto.com.

What Do You Know About Food Safety?

Minimize the risks - Protect yourself and your family

Hunting and Gathering

After field dressing, **cool carcasses** by cutting them into pieces.

Place the pieces **in clean cloths** or plastic bags, then **place** and **cover** them in a **cooler with ice** until ready to cook or to freeze for later use.

Pick berries firm and free from bruises or mould.

Don't pick plants or berries near a **road**, **construction site** or **railway**.

Avoid wilted plants!

Fishing

Eat **smaller** and **younger** fish.

Make sure **fish and shellfish** have not been harvested in a known **contaminated** area.

Refrigerate or **freeze** fish and shellfish until they are ready to be cooked.

Food Safety Tips at Home

Wash hands and **sanitize** surfaces before and after preparing raw foods of any kind.

Separate raw meat, fish and poultry from cooked foods or foods eaten raw.

Cook at the recommended internal temperature:

Cook deeply to kill any bacteria or parasites in case (use thermometer for safety).

Refrigerate or freeze cooked food within 2 hours:

Refrigerate at 4°C (40°F) and use within 2-3 days.

Freeze at -18°C (0°F) or lower for later use.

Community Events

Keep **cold food cold** at 4°C (40°F), or lower.

Keep **hot food hot** at 60°C (140°F), or higher.

Cook small amounts of food at a time.

Use **clean utensils** to serve food.

Healthy Co-ops of Nunavik

ÉQUIPE DE RECHERCHE PÉPO · ULAVAL · UQO
Promotion de la santé urbaine et des saines habitudes de vie

ᓱᓇᓃᑦ ᖃᐅᔨᒪᕕᑦ
ᐊᑦᑕᓇᐃᑦᑑᑎᑦᓯᒍᓯᐅᑉ ᓂᕿᓂᒃ ᒥᑦᓵᓄᑦ?

ᐊᑦᑖᕿᒍᑕᐅᒍᓐᓇᑐᐃᑦ ᐃᑯᓪᓚᑎᒋᐊᕐᓗᒋᑦ - ᐸᐸᑦᓯᓯᐊᓖᑦ ᐃᒻᒥᓂᒃ ᐃᓚᖕᓂᓗ

ᒫᖃᐃᓪᓗᓂ ᓄᓂᕙᓪᓗᓂᓪᓗᓃᑦ

ᐃᖅᕚᓯᕆᐱᕕᑦ, ᓂᓪᓕᓯᐊᓖᓚᐅᑲᓪᓗᒍ **ᐆᒪᔪᕕᓂᖅ**, ᐱᓚᓪᓗᒍ.

ᓇᑲᑎᖅᑕᑎᑦ ᓴᓗᒪᔪᒧᑦ
ᖃᓪᓗᓈᖅᑕᔫᖅᓗᒋᑦ
ᕿᓪᓚᑐᔪᓪᓗᓃᑦ
ᑕᖁᐊᖅᑲᐅᑎᒨᖅᓗᒍ ᓯᑯᓚᒻᒧᑦ
ᐊᒻᒪᓗ **ᐅᓚᑦᓯᒪᓗᒍ**
ᐃᓚᔪᐅᖕᖏᓂᖓᓂ
ᖁᐊᖅᑎᑕᐅᖕᖏᓂᖓᓂᓘᓐᓃᑦ

ᓄᓂᕙᒥᑦ ᓯᑎᔪᑦᓯᐊᓂᑦ ᐊᐅᓂᐅᖕᖏᑐᓂᒃ ᐅᖁᑦᑕᐅᒍᓐᓄᓗᑎᓗ

ᓄᓂᕙᓐᓇᒃ ᐱᕈᖅᑐᔪᓂᑦ ᐸᐅᖕᒪᓂᓘᓐᓃᑦ
ᓴᓂᐊᓂᑦ ᐊᖅᑯᑎᓕᐅᖅᕕᐅᔫᑉ
ᓄᓈᒃᑰᔪᑯᑖᓪᓘᓃᑦ ᐊᖅᑯᑎᖕᒪᑕ
ᓴᓂᐊᓂᑦ

ᑐᖁᓪᓗᖕᒪᔪᓂᒃ ᐳᑯᑦᑌᓕᓗᑎᑦ!

ᐃᑲᔪᖅᓯᒍᒌᑦ ᐊᑦᑕᓇᐃᑦᑑᑎᑦᓯᓂᕐᒧᑦ ᓂᕿᓂᑦ ᐊᓂᖅᑕᒥ

ᐃᖅᑭᑐᓖᑦ, ᖁᐱᖅᑭᐃᔭᒃᑭᑦ ᑐᖕᖓᕕᑦ ᓂᕿᓕᓖᕕᒥᒥᐊᓚᐅᖅᓇᒥᑦ ᐊᑐᓅᒍᕕᒃᑭᓗ, ᐃᓚᒪᖕᖏᑐᓂᒃ ᐱᕈᖅᑐᔭᓂᒃ ᓯᖅᓇᑐᔭᓂᓗ

ᐃᓕᒃᑰᑎᖅᑎᓗᒥᑦ ᒥᑭᒃᑳᑦ ᓂᕿᑐᐃᓐᓄᑦ, ᐃᖅᑲᓗᐃᑦ, ᐸᑳᒃᑯᐊᓃᑦ ᐃᓚᒪᔪᓂᑦ, ᒥᑭᒃᑳᓂᓪᓗ ᓂᕿᓂᑦ ᓂᓇᔭᐅᓂᐊᖅᑐᓂᑦ

ᐃᓚᒥᑦ ᐆᓇᖅᓂᓇᔭᐅᖅᑯᐅᓯᒪᔪᖅ ᒪᓕᑦᓯᐊᓗᒍ

ᐃᓚᑦᓯᐊᕈᒃ ᑐᖅᑯᖅᓗᒥᑦ ᖁᐱᖅᑭᒍᓗᐃᑦ ᖁᒦᒍᓗᐃᓪᓗ (ᓇᐅᑦᓯᑑᑎᒥᑦ ᐊᑐᖅᓗᑎᑦ ᐊᑦᑕᓇᐃᓪᓕᑎᓇᓗᑎᑦ)

ᓂᓪᓕᓇᖅᑐᑲᐅᑎᒨᖅᓗᒥᑦ ᖁᐊᖅᑲᐅᑎᒨᖅᓗᒥᑦ ᐃᓚᓯᒪᔪᑦ ᓂᖅᑮᑦ ᐃᑲᐅᖅᓃᒃ ᒫᖅᐲᒃ ᐃᓗᐊᓂ

ᓂᓪᓕᓇᖅᑐᑲᐅᑎᒨᖅᓗᒥᑦ 4°C (40°F)
ᓂᓪᓕᒪᓂᓕᒻᒧᑦ ᓂᓇᓗᒥᓪᓗ ᐅᓪᓗᐃᑦ
2-3 ᐃᓗᐊᓂ

ᖁᐊᖅᑲᐅᑎᒨᖅᓗᒥᑦ -18°C (0°F)
ᓂᓪᓕᒪᓂᖅᓴᒥᓗᓐᓃᑦ ᓯᐊᕈ
ᐊᑐᓂᐊᖅᓗᒥᑦ

ᐃᖅᑲᓪᓚᐊᓂᖅ

ᓂᓇᒥᑦ **ᒥᕿᓂᖅᓴᓂᑦ** ᐊᒻᒪᓗ **ᐃᓅᓱᖕᓂᓴᓂᑦ** ᐃᖅᑲᓗᖕᓂᑦ

ᐃᐸᒍᓱᑦᓯᐊᓖᑦ ᐃᖅᑲᓗᐃᑦ ᑎᓂᖕᓂᒥᐅᑌᓪᓗ
ᐊᖕᓂᑐᖅᑕᐅᖕᓂᖕᒥᑲᓗᐊᖅᒪᖕᖠᑕ **ᐃᑉᐸᒥᑎᖅᑕᐅᓯᒪᔫᑦ**
ᓱᒃᑯᓇᖅᑐᓄᑦ ᓴᓂᐊᓂ

ᓂᓪᓕᓇᖅᑐᑲᐅᑎᒨᖅᓗᒥᑦ
ᖁᐊᓕᐊᓖᓪᓗᒥᓅᓂᑦ ᐃᖅᑲᓗᐃᑦ
ᑎᓂᖕᓂᒥᐅᑌᓪᓗ
ᐃᓚᔪᐅᖕᖏᓂᖕᒥᖕᓂ

ᓄᓇᓕᓕᒫᒥᑦ ᓱᔪᖃᓕᖅᐸᑦ

ᓂᓪᓕᓇᖅᑐᐃᑦ ᓂᖅᑮᑦ ᓂᓪᓕᓇᖅᑎᑭᑦ 4 ᓯᐊᓪᓯᐊᕐᒥᑦ
ᓂᓪᓕᓇᖅᓂᓴᒥᓪᓗᓃᑦ

ᐆᓇᖅᑐᐃᑦ ᓂᖅᑮᑦ ᐆᓇᖅᑑᑎᒃᑭᑦ 60 ᓯᐊᓪᓯᐊᕐᒥᑦ
ᐆᓇᖅᑑᖅᓂᓴᒥᓪᓗᓃᑦ

ᒥᑭᓈᖅᑐᓂᑦ ᓂᕿᓂᑦ ᐃᓚᒥᑦ

ᓴᓗᒪᔪᓂᑦ
ᐊᑐᓖᑦ ᓂᕿᓂᑦ
ᐊᐃᑦᑐᑐᐃᒍᑕᐅᔪᓂᑦ

Healthy Co-ops of Nunavik

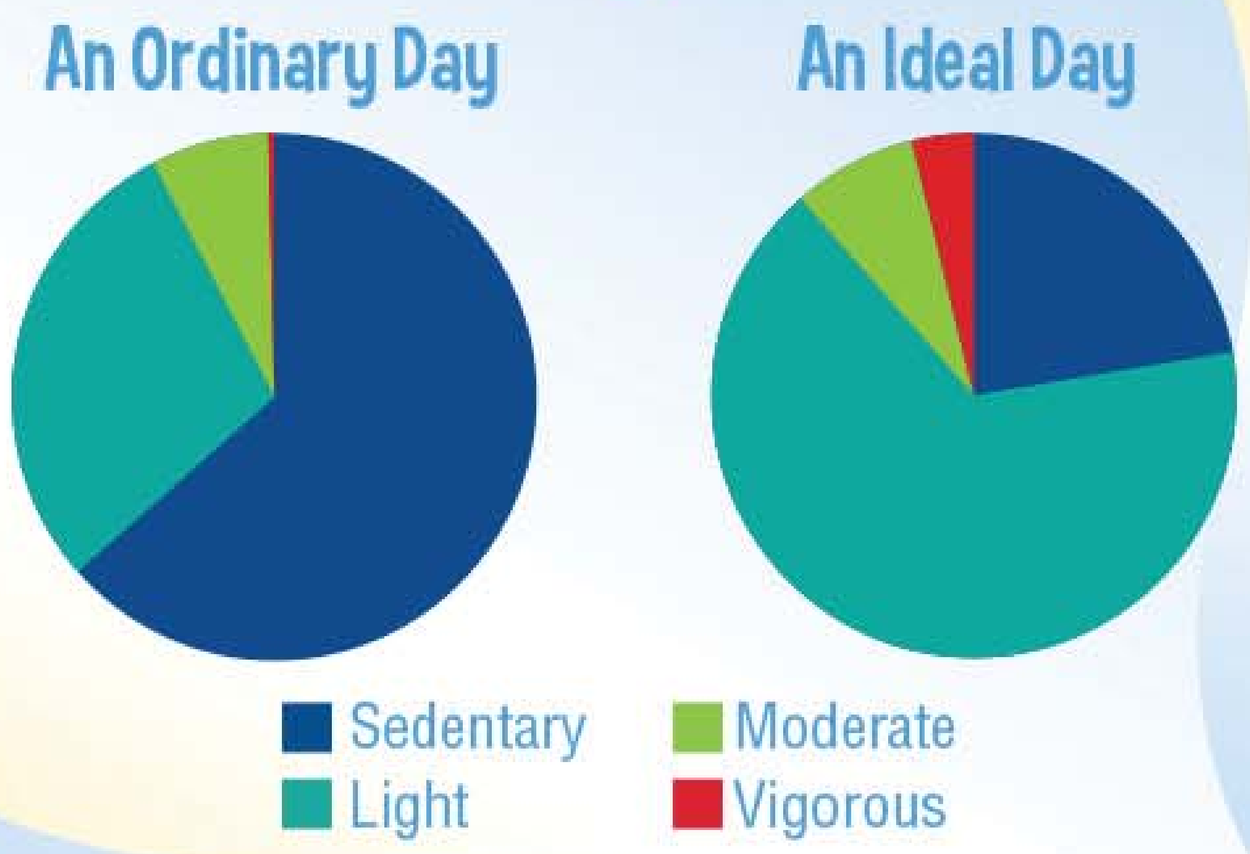
ÉQUIPE DE RECHERCHE
PÉPO - ULAVAL - UQO
Promotion de la santé urbaine et des saines habitudes de vie

Research and content: Urban Health and Healthy Living Health Promotion Research Group, Université Laval and Université du Québec en Outaouais (Laplante, Théorêt et coll.). For full references, see http://www.healthycoopsnunavik.com under appropriate associated workshops tools.
Graphic design and illustrations: Ghyslaine Lévesque and Virginie McFadden.
Artistic director: Ghyslaine Lévesque - ghyslaine.levesque@gmail.com.
Photographs: Research group and canStockPhoto.com.

Are You Active
or Leading a More Sedentary Life?

Did You Know?

We move much less but we eat the same or even more...**breaking the balance**!



New Canadian Guidelines

Good to vary...

... activities that:

- develop muscle **strength** (endurance)
- **relax muscles** and work **their mobility** (stretching)
- **intensity** of the activities: **light**, **moderate** and **intense**

... the **frequency** and **duration** of the activity.

It is better to move a little than doing nothing, and moving a **little every day** is **even better**.

Are You Ready to Change and to Maintain the Changes?

Small steps at a time

Increase little by little, while integrating periods of **activities in the day**, **10 minutes** up to **150 minutes/week for adults** and **60 minutes a day, everyday, for children**.

Make **many positive choices** during the day: walk to get to the store!

Put **energetic music** when cleaning around the house.

Visit a friend and **walk to get there...**

Fast Food and Inactivity

Risk of:

- ☒ Premature death and disability
- ☒ Heart diseases
- ☒ Obesity
- ☒ Osteoporosis
- ☒ High blood pressure
- ☒ Type 2 diabetes
- ☒ Stroke
- ☒ Some types of cancer

Healthy Co-ops of Nunavik

ÉQUIPE DE RECHERCHE PÉPO - ULAVAL - UQO
Promotion de la santé urbaine et des saines habitudes de vie

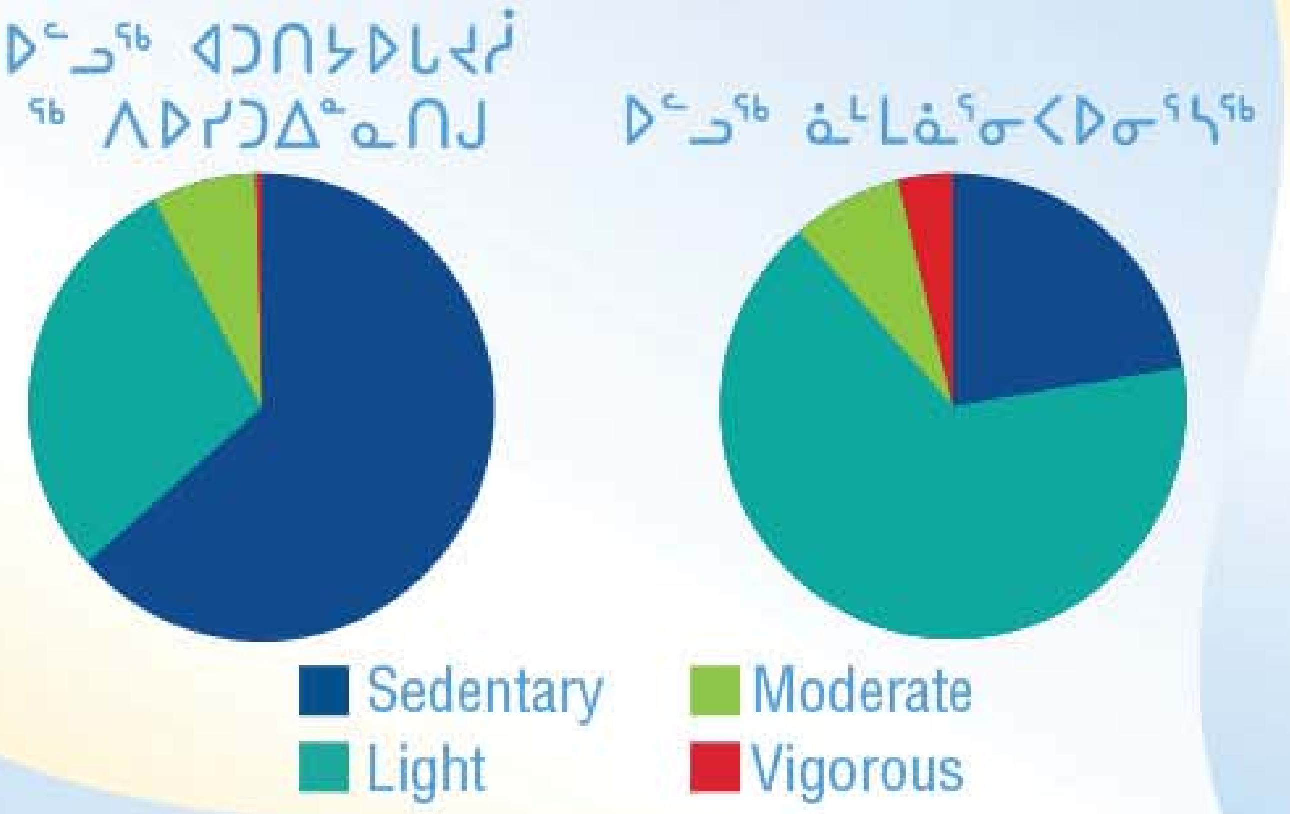
Research and content: Urban Health and Healthy Living Health Promotion Research Group, Université Laval and Université du Québec en Outaouais (Laplante, Théorêt et coll.). For full references, see http://www.healthycoopcanada.com under appropriate associated workshops tools.
Graphic design and illustrations: Ghyslaine Lévesque and Virginie McFadden.
Artistic direction: Ghyslaine Lévesque - ghyslaine.levesque@gmail.com.
Photographs: Research group and canStockPhoto.com.

ᕿᑲᖕᖏᑐᒥᒃ ᐃᓅᓯᖃᕿᑦ

ᐅᑦᑦᓗ ᐃᑦᓯᕙᐅᒐᑐᐃᓐᓇᕙᓪᓗᓂᕐᓴᒥᒃ ᐃᓅᓯᖃᕿᑦ?

ᖃᐅᔨᒪᕖᑦ?

ᓂᒪᔪᖕᖏᓂᕐᓴᐅᓕᖁᓗᐊᖁᑦᑕ ᓂᕆᔪᕗᑦ ᐱᐅᓯᑐᖃᕐᒥᓂᒃ ᐊᑐᑐᐃᓐᓇᖕᒥᓐᓇᓲᖅ ᐊᓪᓛ ᐃᓚᖓᓂ ᓂᕆᓂᕐᓴᓕᕐᓯᑖᓪᓛᑦ....
ᑎᒥᐅᑉ ᐃᓕᑕᕆᔭᖕᒐᓂᒃ ᑐᕉᕈᑦᔨᓯᓂ!



ᓄᑖᑦ ᑲᓇᑕᐅᑉ ᒪᓕᒐᑦᓴᓕᐊᕆᓯᒪᔭᖕᒋᑦ

ᐱᐅᔪᑦ ᐊᓯᑦᔨᑐᖁᓗᖄᖃᑦᑕᓗᒋᑦ...

... ᓱᖃᑦᓯᕐᓃᑦ ᐃᒣᓕᐅᕐᑎᓯᔪᑦ:

- ᓄᒃᑭᓴᕐᓂᖅ (ᐊᑦᓱᕈᕐᓗᓂ)
- ᓄᑭᓂᒃ ᖃᓯᑎᕆᓂᖅ ᓂᒪᕐᑎᓗᒥᓪᓗ ᐱᔪᓐᓇᓂᖕᒋᒍᑦ (ᑕᓯᑎᕐᓂᖅ)
- ᓲᖑᓕᕇᓐᓂᖕᒋᑦ ᐃᖁᓕᓴᕈᓯᑦ: ᓴᖕᖔᑐᖅ ᓲᖑᔪᕙᓚᒃ, ᓲᖑᓂᕐᕚᖅ

... ᐊᑯᓐᓂᖓ ᓯᕙᑐᓂᖓᓗ ᓱᖃᑦᓯᓂᐅᑉ.

ᐱᐅᓂᕐᓴᐅᕗᖅ ᓂᒪᔪᓛᐱᑦᑐᖅ ᕿᑲᑐᐃᓐᓇᓗᑐᕐᓂᒥᑦ, ᓂᒪᔪᓛᐱᓚᓯᐊᑦᓴᐸᓚᐅᕈᓂᓘᓐᓃᑦ ᐅᓪᓗᑕᒫᑦ, ᐱᐅᓗᐊᖕᖑᐊᒥᔪᖅ.

ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᓕᖅᖅᑰᑦ ᐊᓯᑦᔨᒥᐊᕐᓂᖑᑦ ᐊᓯᑦᔨᒍᑏᓪᓗ ᑲᔪᓯᐅᒐᓚᖕᒐᓯᓗᒥᑦ?

ᒥᑭᓈᕐᑎᒐᓗᐊᕐᐸᑕ ᐊᓪᓗᕆᐊᕐᓃᑦ

ᐅᓄᕐᓯᕙᓪᓕᐊᑕᐅᒐᕐᓗᒥᑦ, ᐃᓖᕐᑑᒐᕐᐸᓕᐊᓗᒥᑦ, ᓱᖃᑦᓯᒍᑏᑦ ᐅᓪᓗᑕᒦᑦ, 10 ᒥᓂᑦᓴᒥᑦ 150 ᒥᓂᑦᓵᓄᑦ ᐱᓇᓱᐊᕈᓯᕐᒥ

ᐃᑲᔪᕐᑎᒥᓈᕐᑐᒍᓇᐅᓂᕐᓴᓂᒃ ᐊᑑᑎᒥᐊᖔᖃᑦᑕᓗᑎᑦ ᐅᓪᓗᑕᒫᑦ... ᐱᓱᓪᓗᑎᑦ ᓂᐅᕖᕐᕖᓕᐊᖃᑦᑕᓗᑎᑦ...

ᑐᓵᑦᑐᐊᓗᑎᑦ ᕿᑦᑌᖓᓇᕐᑐᓂᑦ ᑐᓴᕐᓂᕞᕈᑎᓂᒃ ᓴᓗᒻᒪᓴᓕᑐᐊᕈᕖᑦ ᐃᓪᓗᒥᒃ

ᐳᓛᕆᐊᓕᑐᐊᕈᕖᑦ ᐱᖃᓈᓄᑦ ᐱᓱᓪᓗᑎᑦ ᐁᖃᑦᑕᓗᑎᑦ...

ᓂᕿᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᓯᒃ ᕿᑲᑐᐃᓐᓇᓂᕐᓗ

ᐊᑦᑕᓇᕐᑐ ᔫᕈᑕᐅᑐᐃᓐᓇᕆᐊᖃᕐᐳᖅ:

- ☒ ᑐᖁᑦᓴᐅᑎᒋᒍᑕᐅᓗᓂ ᐊᒻᒪᓗ ᑎᒥᖓ ᐱᐅᓯᕐᓕᓗᓂ
- ☒ ᐆᒪᑎᕐᓗᓂᕐᒍᑦ
- ☒ ᖁᐃᓂᓗᐊᒍᑦ
- ☒ ᓴᐅᓂᕐᓗᓂᕐᒍᑦ
- ☒ ᐊᐅᑉ ᐊᐅᓚᓂᖓᑕ ᓱᑲᓗᐊᕐᓂᖓᓄᑦ
- ☒ ᐊᐅᒃ ᐱᑕᑦᓴᕆᓗᐊᕐᓂᖓᓄᑦ
- ☒ ᐊᐅᒃ ᐃᑦᔪᕿᓂᖅ ᖃᕆᑕᕐᔫᒪᑦ ᓄᕿᕐᓂᖅ
- ☒ ᑲᒡᒍᑏᑦ (ᐋᕿᖃᔭᖕᖏᑐᖅ) ᐃᓚᖏᑦ

Healthy Co-ops of Nunavik

ÉQUIPE DE RECHERCHE
PRÉPO · ULAVAL · UQO
Promotion de la santé urbaine et des saines habitudes de vie

Research and content: Urban Health and Healthy Living Health Promotion Research Group, Université Laval and Université du Québec en Outaouais (Laplante, Thériault et coll.). For full references, see http://www.healthycoopsnunavik.com under appropriate associated workshops tools.
Graphic design and illustrations: Ghyslaine Lévesque and Virginie McFadden.
Artistic director: Ghyslaine Lévesque - ghyslaine.levesque@gmail.com.
Photographs: Research group and canStockPhoto.com.

Quitting Smoking

Why So Many Smokers?

- To manage stress.
- For pleasure.
- Socially.
- But mainly: because it's an **addiction**.

Smoking Creates a Physical Addiction

Some withdrawal symptoms:

- Headaches
- Anxiety
- Irritability
- Difficulty concentrating
- Difficulty sleeping
- Hunger
- Coughing
- Weight gain

Some Side-Effects of Smoking

On your own health:

- Risk of **cardiac problems**
- **Respiratory** ailments
- Lower **quality of life**
- Cerebral **ischemia**
- **Fertility** problems
- **Cancer**
- **Cavities**
- **Gum** disease

On family and community health second-hand smoke causes:

- **Respiratory problems**
- **Sudden infant death** syndrome
- **Heart disease**
- **Cancer**
- Environmental **pollution**

Immediate Benefits When Quitting Smoking (Health Canada)

20 minutes after quitting	Heart rate **slows**.
12 hours after quitting	Carbon monoxide levels in the blood return to **normal**.
2 weeks to 3 months after quitting	Heart attack rates **start to drop**. Pulmonary functions **begin to improve**.
1 to 9 months after quitting	**Less** coughing and feeling less out of breath.
1 year after quitting	Additional risks of coronary diseases have **diminished by half** compared to that of smokers.
5 - 15 years after quitting	The risks of having a stroke are **equal** to those of a non-smoker.
10 years after quitting	Risks of dying associated to lung cancer are 2 times **lower** than for a smoker. Chances of getting mouth, throat, esophagus, bladder, kidney and pancreatic cancer **diminish**.
15 years after quitting	Chances of getting coronary disease **are the same** as for a non-smoker.

Healthy Co-ops of Nunavik

ÉQUIPE DE RECHERCHE PÉPO - ULAVAL - UQO
Promotion de la santé urbaine et des saines habitudes de vie

Research and content: Urban Health and Healthy Living Health Promotion Research Group, Université Laval and Université du Québec en Outaouais (Laplante, Thériault et coll.). For full references, see http://www.healthycoopscanada.com under appropriate associated workshops tools.
Graphic design and illustrations: Ghyslaine Lévesque and Virginie McFadden.
Artistic director: Ghyslaine Lévesque - ghyslaine.levesque@gmail.com.
Photographs: Research group and canStockPhoto.com.

ᓱᐴᕈᑎᒥᑦ ᓄᕐᖃᕋᓱᐊᕐᓂᖅ

ᓱᓘᑦ ᐊᒥᓱᐊᓗᐃᑦ ᓱᐴᕈᓯᔭᓱᒍᑦᓴᓇᕋᑦ?

- ᐊᕐᓱᕈᔭᕐᓂᒥᓂᒃ ᐃᑲᔪᕐᑎᒋᒪᓱᐊᕐᓱᒍ
- ᖁᕕᐊᒋᒪᒥᐅᒃ
- ᐳᓛᑎᒍᑎᒋᒪᒥᐅᒃ
- ᐱᑦᔪᑎᖄᓗᐊᖕᒍᐊᐳᕐᓚ: ᐅᐃᓇᒪᒍᑕᐅᒪᒥ

ᓱᐴᕈᓯᔭᕐᓂᖅ ᑎᒥᒥᒃ ᐅᐃᓇᑎᑦᓯᓲᖕᒍᕚᖅ

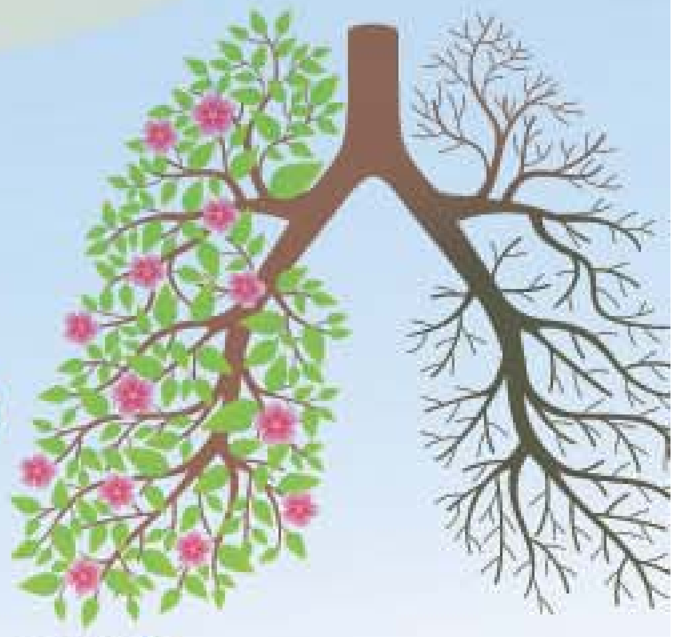
ᓄᕐᖃᕋᓱᐊᕐᑐᒧᑦ ᐃᑉᐱᓂᐊᕈᑎᐅᓲᑦ:

- ᓂᐊᕐᖁᖕᒍᔪᖅ
- ᓄᓪᓚᖓᖕᒋᑐᖅ
- ᓂᖕᖓᕈᐊᕐᑐᖅ
- ᐃᓱᒪᖃᑰᑦᖁᓱᐊᕈᓐᓇᖏᖃᑦᑐᖅ
- ᓯᓂᕐᖃᔦᕐᓯᒪᓂᖅ
- ᑳᑦᑐᖅ
- ᖁᐃᑦᑐᑐᖅ
- ᖁᐃᑦᑎᓕᐅᒥᔪᖅ

ᓱᕐᖁᓯᒪᐅᑕᐅᒍᓐᓇᑐᑦ ᓱᐴᕈᓯᔭᕐᓂᒧᑦ

ᖃᓄᐃᑦᔪᑎᑖᓇᒍᓐᓇᑕᑎᑦ:

- ᐆᒪᑎᓕᓇᓚᕐᑭᒍᓐᓇᑐᖅ
- ᐃᐱᓂᐊᓕᕐᑎᓯᒍᑕᐅᒍᓐᓇᑐᖅ
- ᐃᓅᓯᐅᑉ ᐱᕕᑐᕈᓐᓇᓂᖕᒐᓂᒃ ᐅᓂᐅᕐᓯᓲᖅ
- ᐊᐅᖄᕐᑎᓯᑦᓯᐊᖄᔭᖕᖏᑐᖅ ᖃᓇᑕᕐᒥᑦ
- ᐱᐊᕐᑭᐅᑎᑦᓯᖄᔪᖕᖏᐅᒪᑎᑦᓯᓲᖅ
- ᑲᒡᒍᑎᑖᕐᑎᓯᓲᖅ (ᐊᕐᑭᖄᔭᖕᖏᑐᖅ)
- ᑭᒍᑎᓂᒃ ᐊᐅᓂᕈᕐᑎᓯᓲᖅ
- ᑭᒍᑏ ᑐᖕᖓᕕᖓᓂᒃ ᖄᓂᒫᕐᑎᓯᓲᖅ



ᐃᓚᒌᑦ ᓄᓇᕐᖃᑎᒌᓪᓗ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᓇᐊᖄᕐᕆᖕᖏᓐᓂ ᐳᔦᕐᒥᑦ ᓂᐅᕐᖃᑎᑕᐅᓲᑦ:

- ᐃᐱᓂᐊᕐᓂᖅ
- ᓄᑕᖅ ᑐᐸᖕᖏᑐᖅ
- ᐆᒪᑎᕐᓗᓂᖅ
- ᑲᒡᒍᑎᒃ (ᐊᕐᑭᖄᔭᖕᖏᑐᖅ)
- ᐊᕙᑎᐅᑉ ᓱᔦᑦᓴᑕᐅᓂᖓ

ᐱᐅᓯᐅᒥᑦᓴᐅᑎᒋᒍᑕᐅᒍᓐᓇᑐᐃᑦ ᓱᐴᕈᑎᒥᑦ ᓄᕐᖃᑐᖅᑲᕈᓂ (ᑲᓇᑕᐅᑉ ᖃᓄᐃᖕᖏᓂᓕᓇᕈᖕᒋᑦ)

20 ᒥᓂᑦᓯᒥ ᓄᕐᖃᖕᖓᓕᕐᓯᓂ	ᐆᒪᑎᐅᑉ ᑎᓪᓕᑦᓂᖓ ᓱᒃᑲᐃᓕᔪᖅ.
12 ᐃᑲᐅᕐᓂᓂ ᓄᕐᖃᖕᖓᓕᕐᓯᓂ	ᕿᖕᒉᖕᖑᐃᑦ ᐊᐅᒻᒦᑐᑦ ᐅᓄᕐᓂᓇᒥᐊᓕᒻᒥᓄᑦ ᐅᑎᕐᑐᖅ.
ᒪᕐᕉᓂᑦ ᐱᓇᓱᐊᕈᓰᓐᓂᑦ ᑕᕐᕿᓄᑦ ᐱᖓᓱᓄᑦ ᑎᑭᑦᓱᒍ ᓄᕐᖃᓚᐅᕐᑐᕕᓂᐅᑦᓯᓂ	ᐆᒪᑎᕐᓗᕈᑕᐅᒍᓐᓇᓂᖓ ᑲᑉᐸᓕᐊᓯᔪᖅ ᐊᓂᕐᑎᓇᓂᕐᓗ ᐱᐅᓯᕙᓪᓕᐊᓯᑦᓯᓂ.
1-9 ᑕᕐᕿᑦ ᐊᓂᒍᓕᕐᑎᓗᒋᑦ ᓄᕐᖃᓚᐅᕐᑐᕕᓂᐅᑎᓪᓗᒍ	ᖁᐃᕐᑐᖅᒥᓐᓂᓴᐅᓕᕐᑐᖅ ᐃᐱᓂᐊᖅᑲᑦᑕᕐᒥᓂᕐᓴᐅᓕᕐᓯᓂᓗ.
ᐊᕐᕌᒍᓕᒫᖅ ᐊᓂᒍᕐᐸᑦ ᓄᕐᖃᓚᐅᕐᑐᕕᓂᐅᑎᓪᓗᒍ	ᐆᒻᒪᑎᕐᓗᑐᐃᓐᓇᓇᐊᖃᕐᓂᖓ ᓄᖕᒍᑎᕐᑕᐅᔪᖅ ᓇᑉᐸᓗᐊᒍᑦ ᓱᐴᕐᑐᑏᑦ ᐊᑦᑕᓇᕐᓂᓇᓲᖕᖏᓐᓂᑦ ᑕᒪᑐᒧᖓ ᖃᓂᒻᒪᓯᕐᒍᑦ.
5-15 ᐊᕐᕌᒍᖕᖏᓐᓂ ᐊᕐᕌᒍᐃᑦ ᓄᕐᖃᓚᐅᕐᑐᕕᓂᐅᑎᓪᓗᒍ	ᐊᐅᖓᑕ ᐃᑦᔪᕐᑲᐅᓂᖓᓄᑦ ᓄᑭᕈᓐᓇᓂᖓ ᐊᑦᑐᐃᓐᓇᐅᓕᕐᑐᖅ ᓱᐴᕐᑐᓲᖑᖕᖏᑐᑦ ᐱᐅᓯᖕᖏᓐᓂᑦ.
10 ᐊᕐᕌᒍᐃᑦ ᐊᓂᒍᓕᕐᐸᑕ ᓄᕐᖃᓚᐅᕐᑐᕕᓂᐅᑎᓪᓗᒍ	ᑐᕐᖁᖕᓇᓂᖓ ᑲᒡᒍᑎᖃᕐᓂᒧᑦ (ᐋᕐᑭᑕᐅᕐᖃᔭᖕᖏᑐᒥᒃ) ᐳᕙᒻᒥᓂ ᒪᕈᕕᖕᓗᐊᓯᓂ ᒥᑭᓕᐅᒥᓯᒪᓂᕐᓴᐅᓕᕐᑐᖅ ᓱᐴᕐᑐᓯᓂᑦ. ᖃᓂᒃᑯᑦ, ᐃᒻᒥᐊᑯᑦ, ᑐᕐᖁᔮᒃᑯᑦ, ᓇᑯᓯᒃᑯᑦ, ᑎᖕᒍᒃᑯᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᕿᑐᕐᕈᑯᑦ ᑲᒡᒍᑎᖃᕐᓂᖅ (ᐋᕐᑭᑕᐅᕐᖃᔭᖕᑐᒥᒃ) ᖃᓂᒻᒪᓯᖃᕐᓂᖅ ᐃᑯᓕᐅᒥᔪᑦ.
15 ᐊᕐᕌᒍᐃᑦ ᐊᓂᒍᓕᕐᒪᑕ ᓄᕐᖃᓚᐅᕐᑐᕕᓂᐅᑎᓪᓗᒍ	ᐆᒻᒪᑎᖓᑕ ᖃᓂᒪᕐᑲᕈᓐᓇᓂᖓ ᐊᑦᑐᐃᓐᓇᐅᓕᕐᑐᖅ ᓱᐴᕐᑐᓲᖑᖕᖏᑐᑦ ᐱᐅᓯᖕᖏᓐᓂᑦ.

Healthy Co-ops of Nunavik

ÉQUIPE DE RECHERCHE
PÉPO - ULAVAL - UQO
Promotion de la santé urbaine
et des saines habitudes de vie

Research and content:
Graphic design and illustrations:
Artistic director:
Photographs: Research group and

Healthy Living Habits, Chronic Diseases and You!

Did you know?

First generation of youth with a **lower life expectancy** than its previous generation…

… and early diagnosed **chronic diseases** before the age of 30.

Evitable causes of chronic diseases

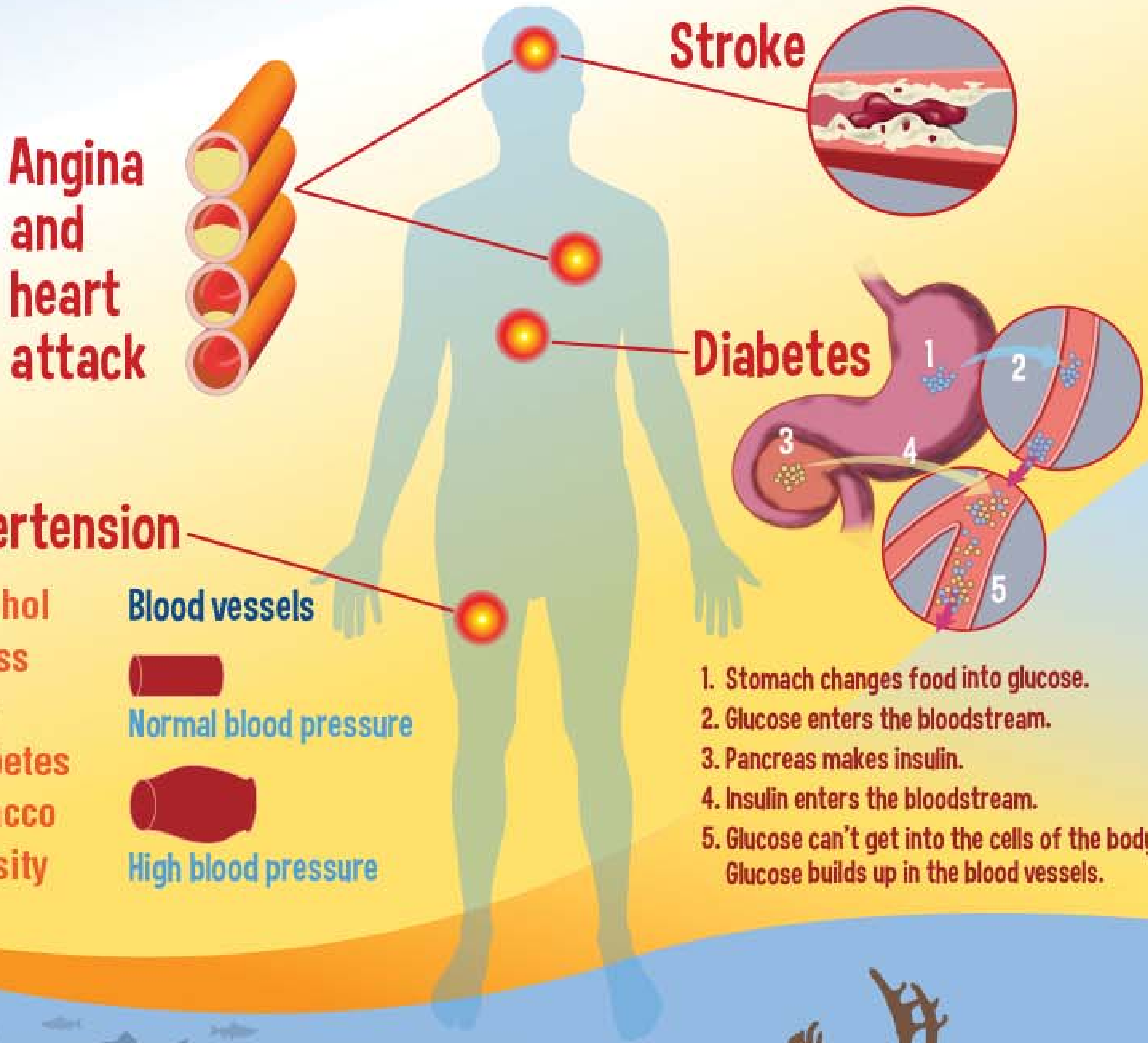
Junk foods

Smoking

Inactivity

Stress

Coronary and cardiovascular diseases



Hypertension
- alcohol
- stress
- salt
- diabetes
- tobacco
- obesity

Blood vessels

Normal blood pressure

High blood pressure

1. Stomach changes food into glucose.
2. Glucose enters the bloodstream.
3. Pancreas makes insulin.
4. Insulin enters the bloodstream.
5. Glucose can't get into the cells of the body. Glucose builds up in the blood vessels.

Cancers

Are you at risk?

Obesity is the second cause of early and preventable death after smoking!

Healthy Co-ops of Nunavik

ÉQUIPE DE RECHERCHE PÉPO · ULAVAL · UQO
Promotion de la santé urbaine et des saines habitudes de vie

Research and content: Urban Health and Healthy Living Health Promotion Research Group, Université Laval and Université du Québec en Outaouais (Laplerre, Théoret et coll.). For full references, see http://www.healthycoopsante.com under appropriate associated workshops tools.
Graphic design and illustrations: Ghyslaine Lévesque and Virginie McFadden.
Artistic director: Ghyslaine Lévesque - ghyslaine.levesque@gmail.com.
Photographs: Research group, canStockPhoto.com and commons.wikimedia.org.
Source: www.docdoclrs.fr

Why Prepare a Budget?

A means to take control of your personal finances.

A means to make better use of your income to respond to your needs.

A means to better plan and ensure the success of goals and aspirations.

A Budget Will Allow You to:

- **Know** your current financial situation.
- Determine the sum of money necessary to fulfill **your essential needs**.
- Reach your objectives and **regain control** of your spending.
- Evaluate your **daily spending**.
- **Establish priorities** and use them as a reference when making purchasing decisions.
- And who knows, maybe **put aside a bit of money** for a **rainy day** or make a **long-time dream become a reality**.

Monthly budget

Can be used as a **forecast** but also as a **means to better control:** validate if your forecasts were **correct** or **incorrect**.

Annual budget

All the expenses of the year divided into 12 months **to help make saving easier**: $8 per month towards the payment of your driver's license, etc.

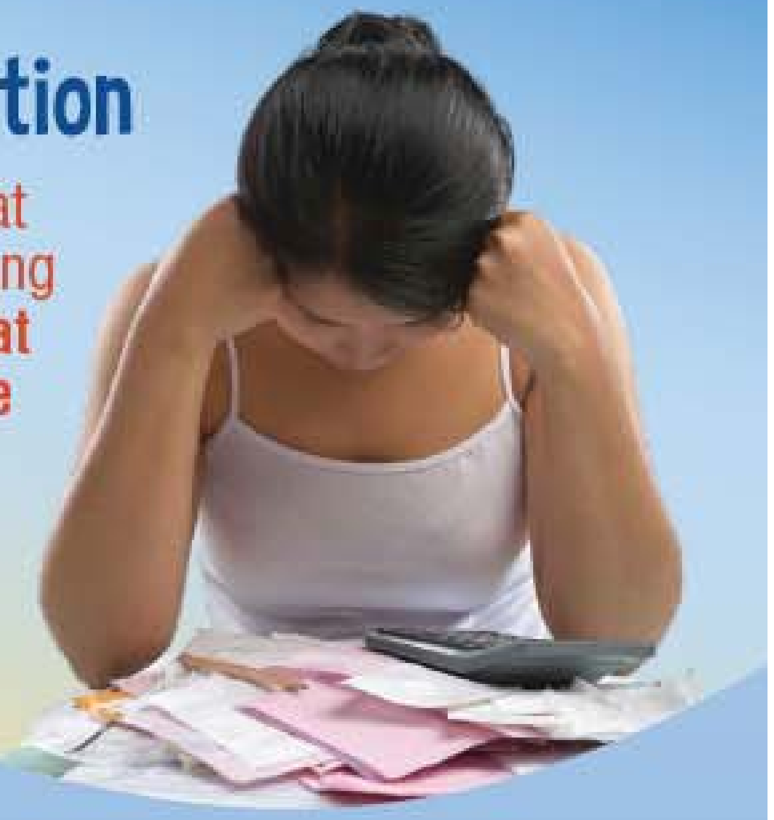
Indebtedness

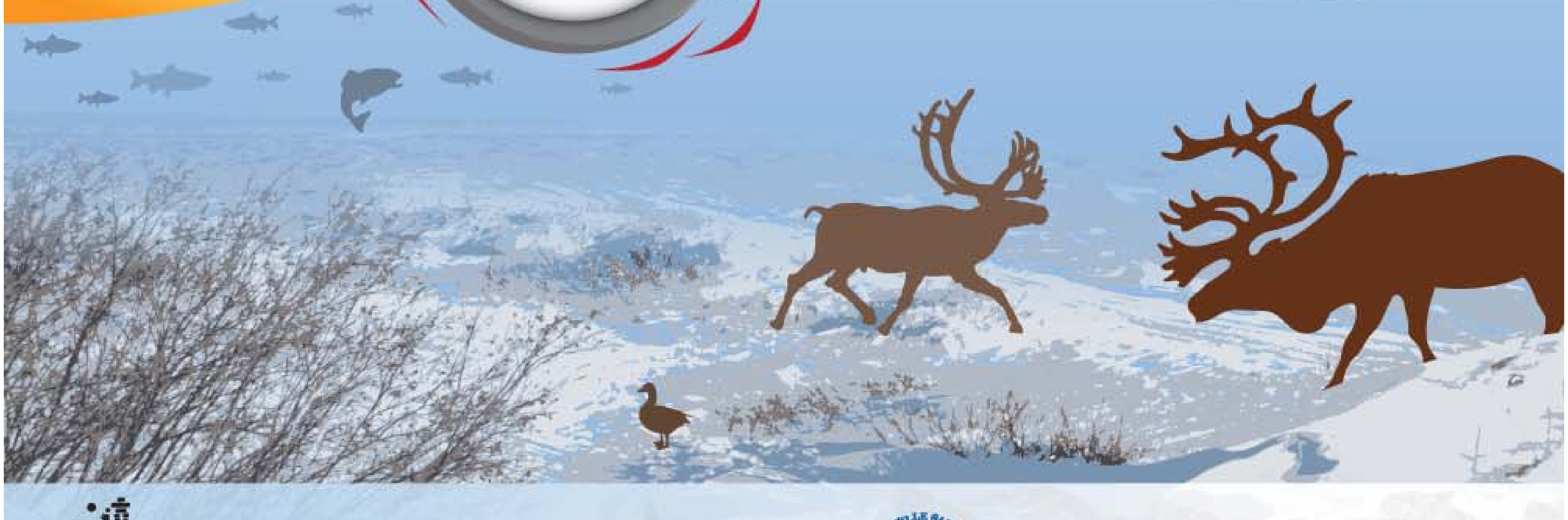
The sum of short, mid or long-term debts and loans of one person (liabilities)

- Credit cards
- Credit margins
- Financing plans
- Mortgages
- Personal loans

Debt Consolidation

Financial operation that consists of transforming **one or more debts that have become overdue** into **a** long-term one.





Healthy Co-ops of Nunavik

ÉQUIPE DE RECHERCHE PÉPO · ULAVAL · UQO
Promotion de la santé urbaine et des saines habitudes de vie

Research and writing : Équipe de recherche en promotion de la santé urbaine et des saines habitudes de vie – Université Laval et Université du Québec en Outaouais [illegible]
Graphic design and illustration : [illegible]
Photographs : [illegible]
References : [illegible]