



ARCHIVED - Archiving Content

Archived Content

Information identified as archived is provided for reference, research or recordkeeping purposes. It is not subject to the Government of Canada Web Standards and has not been altered or updated since it was archived. Please contact us to request a format other than those available.

ARCHIVÉE - Contenu archivé

Contenu archivé

L'information dont il est indiqué qu'elle est archivée est fournie à des fins de référence, de recherche ou de tenue de documents. Elle n'est pas assujettie aux normes Web du gouvernement du Canada et elle n'a pas été modifiée ou mise à jour depuis son archivage. Pour obtenir cette information dans un autre format, veuillez communiquer avec nous.

This document is archival in nature and is intended for those who wish to consult archival documents made available from the collection of Public Safety Canada.

Some of these documents are available in only one official language. Translation, to be provided by Public Safety Canada, is available upon request.

Le présent document a une valeur archivistique et fait partie des documents d'archives rendus disponibles par Sécurité publique Canada à ceux qui souhaitent consulter ces documents issus de sa collection.

Certains de ces documents ne sont disponibles que dans une langue officielle. Sécurité publique Canada fournira une traduction sur demande.



Recherche sur les politiques de santé

Bulletin

La promotion de la santé – Efficace?

À l'instar de la plupart des sphères d'activités de la fonction publique, le secteur de la santé est l'objet de pressions croissantes visant à démontrer l'efficacité de ses politiques et programmes. Comme la promotion de la santé constitue un important volet de la plupart des stratégies de santé nationales, on s'attend fortement à ce qu'elle engendre des résultats.

Depuis la publication de la *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* en 1974, le Canada a joué un rôle dominant dans les efforts de promotion de la santé. D'abord axée sur le changement comportemental, la promotion a évolué pour inclure un large éventail d'activités qui influent non seulement sur les comportements en matière de santé, mais aussi sur les déterminants sous-jacents de la santé. Par conséquent, la promotion moderne de la santé constitue une stratégie clé de l'approche de la santé axée sur la population. Cette dernière suppose de multiples interventions, souvent pour des périodes prolongées, et repose sur une participation à plusieurs niveaux dans plusieurs secteurs. Cette complexité soulève plusieurs questions importantes, notamment :

- Bien que le but ultime des interventions liées à la promotion de la santé soit l'amélioration de l'état de santé, à quels résultats peut-on s'attendre dans l'immédiat?
- Quels types d'indicateurs et de méthodes peut-on utiliser pour évaluer si ces résultats ont été atteints?
- Quel type « d'agencement » d'interventions s'avère le plus efficace?

Le présent *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* examine ces défis et bien d'autres. En outre, il fournit des exemples concrets des mesures engagées pour leur donner suite. On met également en lumière une initiative d'évaluation internationale de premier plan et divers autres projets d'envergure en cours au pays.

Dans ce numéro

Efficacité des mesures de promotion de la santé

Quoi? Pourquoi?
Comment?

3

Études de cas

14

Regard sur demain

26

Qui fait quoi?

28

Rubriques

31

Faites une croix sur votre
calendrier

36

Certains jalons clés de la promotion de la santé

Nouvelle perspective de la santé des Canadiens

1974

- Création de la première Direction de la promotion de la santé fédérale
- Déclaration d'Alma-Ata

- Beyond Health Care Conference
- Loi canadienne sur la santé

1984

1^{re} Enquête promotion santé Canada

1985

- 1^{er} Conférence internationale pour la promotion de la santé (*Charte d'Ottawa et La santé pour tous*)
- Villes-santé/mouvements communautaires

1986

- 2^e Conférence internationale pour la promotion de la santé (Adelaide, Australie) « *Politique en santé publique* »
- *La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre*

1988

- 2^e Enquête promotion santé Canada
- 1^{er} congrès canadien sur la recherche en promotion de la santé

1990

3^e Conférence internationale pour la promotion de la santé (Sundsvall, Suède) « *Environnements propices à la santé* »

1991

Stratégies d'amélioration de la santé de la population — Investir dans la santé des Canadiens

1994

1^{er} Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes

1996

4^e Conférence internationale pour la promotion de la santé (Jakarta, Indonésie) « *Nouveaux partenaires dans une nouvelle ère débouchant sur la promotion de la santé au XXI^e siècle* »

1997

- 2^e Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes
- 5^e Conférence mondiale pour la promotion de la santé (Mexico, Mexique) « *Comblent l'écart en matière d'équité* »

2000

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

À propos du Bulletin de recherche sur les politiques de santé

Le *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* de Santé Canada est publié trois fois l'an. Le bulletin s'inscrit dans un programme général de communication axé sur la recherche en politique ayant pour but d'enrichir la base de données probantes pertinente aux politiques de Santé Canada. Un comité directeur ministériel présidé par Cliff Halliwell, directeur général de la Direction de la recherche appliquée et de l'analyse (DRAA), Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité, oriente le tracé du bulletin. La Division de la gestion et de la diffusion de la recherche (DGDR), qui fait partie de la DRAA, coordonne la préparation et la production du bulletin. La DGDR tient à remercier les membres du comité directeur, ainsi que les membres de son personnel, en particulier Nancy Hamilton, directrice-rédactrice en chef, Marilyn Ryan, responsable de la production et de la distribution, et Jaylyn Wong, rédactrice adjointe. Il importe de remercier de façon particulière le rédacteur en chef invité du présent numéro, Jim Ball, directeur de la Division de la santé de la population et du développement de la promotion de la santé, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique.

Nous vous invitons à faire part de vos observations, de vos suggestions ou de tout changement d'adresse à : bulletininfo@hc-sc.gc.ca ou par téléphone à (613) 954-8549 ou télécopieur à (613) 954-0813. Vous pouvez accéder à la version électronique du bulletin en formats HTML et PDF à l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>

Bulletin de recherche sur les politiques de santé

Les avis exprimés dans les articles, notamment en ce qui concerne l'interprétation des données, appartiennent aux auteurs et ne peuvent être considérés comme des positions officielles de Santé Canada.

La présente publication est offerte en d'autres formats sur demande.

La reproduction à des fins non commerciales est autorisée à condition que la source soit clairement indiquée.

Publié sous l'autorité du ministre de la Santé.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 2002

ISSN 1496-466 X ISSN 1499-3511 (En ligne)

Révision, conception et mise en page : Allium Consulting Group Inc.
Postes Canada numéro de convention 4006 9608

En cas de non livraison, retourner à :
Santé Canada
2750, chemin Sheffield, baie 1
Ottawa (Ontario) K1B 3V9



Pourquoi évaluer l'efficacité de la promotion de la santé?

L'article suivant se fonde sur une entrevue menée par Nancy Hamilton, rédactrice en chef du Bulletin de recherche sur les politiques de santé, avec M. Robert McMurtry, ancien sous-ministre adjoint de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique à Santé Canada. M. McMurtry, un ancien doyen de la faculté de médecine de l'Université de Western Ontario, s'est joint au ministère en 1999 à titre de premier titulaire de la Chaire G.D.W. Cameron. Dans le cadre de ses fonctions de sous-ministre, il s'occupait d'un vaste éventail de politiques et de programmes de promotion de la santé et de prévention et contrôle des maladies. M. McMurtry quittait récemment son emploi au Ministère pour un poste d'expert-conseil au sein de la Commission Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Q Le présent numéro du Bulletin de recherche sur les politiques de santé aborde sur le thème de l'efficacité des interventions axées sur la promotion de la santé. Quelle est l'importance de ce thème pour le secteur de la santé?

Le rôle du secteur public en matière de santé a toujours comporté deux axes, soit la prestation de soins individuels du fournisseur au patient dans le cadre du système de soins de santé, et la poursuite de mesures en santé publique, comme l'alimentation en eau saine et la prévention des maladies contagieuses. Je crois qu'on peut dire sans se tromper que notre système de santé avait été conçu au départ pour servir de « filet de sécurité » face aux maladies catastrophiques. Toutefois, au fil des ans, le système a dû répondre à des demandes considérables sur le plan des maladies et des blessures. On est ainsi passé des infections aux problèmes chroniques comme les maladies cardiovasculaires et le cancer, qu'il est possible d'éviter dans une grande mesure. Bien qu'on ait souvent prétendu que le vieillissement de la population menaçait le système de santé actuel, je crois que la menace vient plutôt de notre omission d'aller « en amont » pour s'attaquer aux facteurs et conditions aptes à prévenir la maladie et à améliorer la santé. Les activités de promotion de la santé peuvent avoir une forte incidence sur le mieux-être et la qualité de vie des Canadiens. Nous devons donc nous assurer que ces activités sont les plus efficaces possibles.

Q Lorsque vous parlez d'aller « en amont », à quelles d'interventions faites-vous référence?

Par interventions « en amont », j'entends celles qui visent à aider les gens à *maintenir* ou à *améliorer* leur santé avant qu'elle ne soit compromise. Pour bien comprendre la façon dont la promotion de la santé cadre dans cet « agencement » d'interventions, il est important de préciser certains termes souvent utilisés de manière interchangeable. À cette fin, il est souhaitable de considérer le tout sous forme de continuum, depuis les interventions « en aval » fournies dans le contexte des soins de santé aux interventions « en amont » comme la protection et la promotion de la santé, ainsi que la prévention des maladies.

La plupart des gens sont d'avis que le rôle premier du système de santé consiste à rétablir la santé quand cette dernière est menacée. Par ailleurs, les activités axées sur la protection de la santé et la prévention des maladies visent à *maintenir* la santé en s'attaquant aux menaces *immédiates* pour la santé (protection de la santé) ou en prévoyant et évitant les menaces *imminentes* (prévention des maladies). La promotion de la santé va plus loin encore, car elle a pour objet non pas le maintien mais l'*amélioration* de l'état de santé, à savoir des *gains*. ▶

Q *Au cours des deux dernières décennies, la promotion de la santé a soulevé beaucoup d'intérêt et obtenu un solide appui. Pourtant, vous dites que nos efforts pour remonter à la source, c'est-à-dire d'aller « en amont », ont échoué. Pouvez-vous apporter des précisions?*

Bien que nous ayons fait des progrès considérables en mettant en œuvre des politiques et des programmes de promotion de la santé, il nous reste encore à mieux équilibrer nos investissements alors que nous progressons le long du continuum, des soins de santé jusqu'à la promotion de la santé. Il faut nous pencher sur les déterminants généraux de la santé. En fait, il me semble inimaginable de soutenir notre système de soins de santé sans se concentrer davantage sur les facteurs en amont, plus particulièrement ceux qui touchent la santé des femmes enceintes et de nos enfants. Il faut aussi renseigner davantage le public sur l'importance des interventions en amont.

Q *En quoi la promotion de la santé concorde-t-elle avec l'importance croissante accordée à la santé de la population?*

La santé de la population et la promotion de la santé devraient être des domaines synergiques. Une approche axée sur la santé de la population vise à réduire les inégalités en tenant compte de l'éventail complet de stratégies de protection, de prévention et de promotion. Fondé sur la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, le volet santé de la population attire notre attention sur les facteurs sous-jacents qui touchent l'état de santé de la population complète. Il nous incite à concentrer sur la santé et le bien-être de groupes comme les enfants, les personnes âgées et les gens parmi les plus vulnérables de la société.

Q *Pourriez-vous recenser des considérations qui clés de la promotion et l'amélioration de la santé?*

Il importe de nous concentrer sur la collectivité plutôt que sur l'individu. La collectivité représente l'unité fonctionnelle de nos interventions en promotion de la santé. Par collectivité, j'entends les quartiers géographiques ainsi que les groupes de gens avec des intérêts ou des problèmes communs. Les collectivités représentent une énorme source de soutien et contribuent à la santé et au bien-être de leurs membres en leur donnant un sentiment d'inclusion et d'appartenance sociale, en favorisant l'estime de soi, en encourageant le partage d'information et en facilitant l'action. Il faut aller au-delà des interventions isolées et intégrer nos efforts pour s'attaquer à l'ensemble des facteurs et des situations ayant une

incidence sur la santé des gens. Nous devons reconnaître le rôle majeur de la spiritualité, de la langue, de la culture et de l'identité dans l'amélioration de la santé. Cette façon de voir les choses confirme l'idée qu'en créant les conditions requises on arrive à améliorer la santé comme telle. Comme le dit Ibn Arabi, « créer pour tous le contexte de la pleine réalisation de soi ».

Q *De quels éléments de preuve avons-nous besoin pour réaliser un meilleur équilibre dans les investissements de la santé de la population le long du continuum des soins de santé dans le cadre de la promotion de la santé?*

Il est extrêmement important de produire des preuves de l'utilité de la promotion de la santé, particulièrement dans le climat actuel, qui exige la reddition des comptes publics et des résultats quantifiables. Afin de produire une solide base d'éléments de preuve, nous devons poser les bonnes questions et bien y répondre. Il nous faut également prendre des décisions éclairées sur ce qui fera l'objet d'un suivi et de mesures. Par exemple, dans le cas des problèmes de santé évitables, il faut se demander ce que nous aurions dû faire pour améliorer la situation. Des mesures telles que les « années-personnes sans invalidité » et l'« espérance de vie ajustée selon l'état de santé » constituent de bons exemples de la voie à suivre. Cela nous permet de prendre en considération la qualité et la durée de vie et, si jamais on perd de vue l'idéal, de demander ce qui se passe. Ces mesures sont quantifiables à court et à long terme, ce qui est crucial pour produire des éléments de preuve et devrait être requis pour toutes les interventions en protection, prévention, promotion et en soins de santé.

La base des éléments de preuve comporte deux volets essentiels. Le premier concerne des preuves qui caractérisent les liens entre les déterminants de la santé et l'état de santé, qui fournissent l'information sur l'angle à donner à nos interventions. Par contre, on en apprend peu sur l'efficacité même des interventions — le second volet. Bien que nous ayons réussi à produire des éléments de preuve pour le premier volet, il a été plus difficile d'obtenir les mêmes résultats quant à l'*efficacité des interventions*. Je suis enchanté que le *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* s'intéresse à ce thème. Il analyse les défis inhérents à l'élaboration d'une solide base de preuves pour vérifier l'efficacité des interventions en promotion de la santé. 🌀

Promotion de la santé : De quoi s'agit-il ?

Tariq Bhatti, Directeur général de la Direction générale de la planification et de la gestion du secteur, à Patrimoine canadien, ainsi que **Nancy Hamilton**, rédactrice en chef du Bulletin de recherche sur les politiques de santé

Le présent article décrit l'évolution de la promotion de la santé au Canada. Il donne à entendre que cette évolution s'explique, entre autres, par de nouvelles « données probantes sur les possibilités » de tirer profit de la promotion de la santé. Les auteurs reconnaissent que l'article reflète le point de vue de Santé Canada et regrettent que le manque d'espace les contraints à ne pas inclure les activités parallèles qui se sont déroulées dans les provinces et les municipalités.

Dans les premières années : Accent sur le style de vie

En 1974, le Canada donnait une première manifestation de son leadership en promotion de la santé avec la publication du document intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Également connu sous le nom du *Rapport Lalonde*, ce document se démarquait car c'était la première fois qu'un gouvernement national d'envergure reconnaissait que la santé est essentiellement déterminée par des facteurs hors du système de soins. On y recensait quatre domaines d'influence sur la santé : la biologie humaine, le style de vie, l'environnement et les services de santé. Le *style de vie* a d'abord retenu l'attention puisque la recherche révélait des liens entre l'état de santé et les comportements personnels à risque. Par conséquent, on retrouvait au nombre des interventions précoces des programmes d'éducation en santé et des campagnes de sensibilisation publique visant à agir sur les connaissances, les attitudes et les comportements individuels en santé (p. ex. arrêter de fumer, faire de l'exercice plus souvent, choisir des aliments sains). Dans certains cas, des mesures législatives ont été prises pour renforcer le changement voulu dans le comportement (comme les lois sur le tabac et sur l'alcool au volant).

Élargissement des priorités : Modèles socio-écologiques

Au milieu des années 80, on a commencé à s'inquiéter davantage des limites d'une approche axée essentiellement sur le style de vie. Il devenait de plus en plus évident que des conditions structurelles telles que la pauvreté et la discrimination présentaient des contraintes face aux efforts individuels déployés pour être la santé. Cette situation, combinée aux données probantes qui continuaient à s'accumuler quant aux répercussions des facteurs environnementaux sur la santé, a attiré l'attention sur l'influence de l'*environnement*, y compris les aspects physiques, sociaux, culturels et économiques qui encadrent l'existence d'une personne. Ces nouvelles données probantes sur des



possibilités d'interventions en promotion de la santé ont donné lieu à des initiatives novatrices telles que *Villes-santé/mouvements communautaires* de l'OMS, qui a pris naissance au Canada (<http://www.who.dk/healthy-cities/>). La ville de Toronto a été la première à élaborer un vaste projet pour améliorer la santé des citoyens et de leur environnement, un geste repris par des municipalités partout au Canada.

La promotion de la santé est devenue un enjeu global avec le lancement d'une *Stratégie de la santé pour tous* par l'OMS. Autre jalon important : la *première Conférence internationale pour la promotion de la santé*, animée en 1986 par le Canada, qui a coïncidé avec la publication de deux documents clés, à savoir la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* et *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Ces deux documents ont joué un rôle pivot dans la réorientation de l'axe de la promotion de la santé vers des déterminants plus généraux. La *Charte d'Ottawa* énumérait les conditions fondamentales de santé (paix, hébergement, éducation, nourriture, revenu, écosystème stable, ressources durables, justice sociale et équité) et reconnaissait la nécessité d'une action coordonnée entre de nombreux secteurs. On y dégage cinq stratégies pour élaborer une

« nouvelle » méthode de promotion de la santé : établir une politique publique saine; créer des milieux favorables; renforcer l'action communautaire; développer les aptitudes personnelles; réorienter les services de santé.

Investissements stratégiques, programmes détaillés

Les cinq années qui ont suivi la publication de la *Charte d'Ottawa* ont été riches en activités de promotion de la santé. On a créé plusieurs stratégies fédérales à grande échelle, y compris la Stratégie canadienne antidrogue, la Stratégie de réduction de la demande de tabac, la Stratégie nationale sur le sida et l'initiative « Grandir ensemble : investir dans les enfants du Canada ». Des programmes coopératifs tels que l'Initiative en santé cardiovasculaire promouvaient des partenariats avec les gouvernements provinciaux et le secteur bénévole. On a également fait valoir des approches axées sur l'environnement, comme les initiatives sur les écoles en santé et la santé au travail. Avec l'Enquête promotion de la santé Canada et la création de centres de recherche universitaires en promotion de la santé, on peut en déduire que les activités de recherche sont florissantes.

Tableau 1 : Certaines interventions clés

Les **communications sur la santé** informent le public des préoccupations en matière de santé et font en sorte que les enjeux de la santé demeurent au programme des activités publiques. Ces communications renforcent également les messages en santé et stimulent les gens à rechercher davantage d'information.

Les campagnes de **marketing social** font appel à divers médias pour créer un climat social propice à la santé (voir « Dodo, l'enfant do » à la page 19).

L'**éducation en santé** favorise des possibilités d'apprentissage conçues pour influencer sur le savoir en santé, les attitudes et les comportements. Au cours des dernières années, on a surtout cherché à aider les gens à améliorer leur capacité de prendre des décisions et autres aptitudes à la vie quotidienne.

Le **soutien social** reconnaît les effets de l'interaction sociale sur la santé. Les activités prennent souvent place au sein des collectivités et sont entreprises par des organismes bénévoles (p. ex. le soutien parental pour les jeunes mères).

L'**action communautaire pour la santé** fait référence aux efforts entrepris par les collectivités pour donner suite aux priorités en santé locale et accroître le contrôle sur les déterminants de la santé (voir le PACE et le PCNP à la page 14).

La **création d'environnements constructifs** se rapporte à ces activités visant à établir des politiques qui appuient des environnements sains sur le plan physique, social et économique (voir le projet *Villes-santé* de l'OMS).

L'**élaboration de politiques publiques saines** est une activité qui consiste à établir des politiques sur l'amélioration de la santé dans des secteurs où des mesures ont une incidence sur la santé. De telles politiques appuient des choix sains et promeuvent la création de conditions saines dans la vie et le travail sain (p. ex. la Prestation fiscale pour enfants).

Bien que la majorité des stratégies ciblaient un enjeu particulier de la santé ou un groupe de population, bon nombre d'entre elles comportaient un mélange d'interventions conçues pour promouvoir le changement au niveau individuel, communautaire et politique (voir le tableau 1). Notons plus particulièrement les interventions communautaires telles que le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) et le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP). Tel qu'illustré à la page 15, ces programmes posent certains défis intéressants au chapitre de l'évaluation

Défis et revers

La promotion de la santé s'est butée à plusieurs difficultés durant les années 90, y compris les revers dans la campagne contre le tabac par suite des réductions d'impôt et de l'abrogation temporaire de la loi bannissant la publicité sur le tabac. Cela s'inscrivait dans une période de grandes compressions financières, qui ont gêné les efforts pour renouveler les stratégies et accru les exigences posées à tous les programmes en ce qui a trait à la justification de leurs activités. La promotion de la santé a fait l'objet de pressions particulières pour justifier les initiatives axées sur les préalables sous-jacents de la santé (par exemple, des logements abordables et un revenu adéquat), étant donné que les instruments de politique qui les influent étaient en grande partie hors de l'emprise du secteur de la santé.

Élargir la base de données probantes

Au moment même où l'on remettait de plus en plus en question la pertinence des interventions politiques intersectorielles en promotion de la santé, la recherche en santé de la population a aidé à contrer ces remises en question en fournissant une synthèse convaincante des déterminants socioéconomiques de la santé. En 1994, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la population de la santé publiait un document intitulé *Stratégies d'amélioration de la santé de la population — Investir dans la santé des Canadiens*, qui recensait neuf principaux déterminants de la santé : revenu et situation sociale; soutien social; éducation; emploi et conditions

de travail; environnement physique; biologie et génétique; pratiques de santé personnelle; développement sain de l'enfant; services de santé. Santé Canada a ajouté deux autres déterminants, soit la culture et les rapports sociaux entre les sexes¹.

Faire le point

Au fil des ans, la promotion de la santé est passée d'une approche axée sur les facteurs comportementaux à une approche globale orientée vers les déterminants sous-jacents de la santé — de même que leur interaction — le tout de manière globale. Soutenant l'épreuve du temps, les stratégies d'action énoncées dans la *Charte d'Ottawa* sont manifestes dans les plus récents programmes de promotion de la santé. Elles comprennent un vaste agencement d'interventions destinées à habilitier les gens, sur le plan individuel et collectif, à faire des choix sains et à créer des environnements qui offrent un accès équitable aux déterminants sous-jacents de la santé.

Comme le laissait entendre le présent article, l'évolution de la promotion de la santé a subi l'influence des *données probantes sur des possibilités* d'interventions, y compris la recherche liant le style de vie, l'environnement et les déterminants globaux de la santé à l'état de santé. Bien que de telles preuves soient nécessaires, elles ne suffisent pas à justifier des investissements futurs. Le moment est venu de faire le point et de rassembler les preuves de *l'efficacité* des interventions. Comme le démontre les articles ci-dessous, une grande partie du travail a été réalisée, mais il reste encore davantage à faire. 🌀

Nota : Veuillez visiter le site Web de Santé Canada à <http://www.hc-sc.gc.ca> où apparaissent dans leur version intégrale les documents de Santé Canada évoqués dans le présent article.

@ Veuillez cliquer ici pour consulter les références.



« La promotion de la santé est un processus qui donne aux personnes les outils nécessaires pour contrôler et améliorer leur état de santé. »

L'OMS



sur l'évaluation de la promotion de la santé

Irving Rootman

*Professeur au Département des services de santé publique de l'Université de Toronto
M. Rootman a été directeur du Centre de promotion de la santé de l'Université de Toronto de 1990 à 2001. Il occupe présentement le poste de président du Consortium canadien pour la recherche en promotion de la santé. Il a joué le rôle de préposé principal à la recherche au sein de l'Organisation mondiale de la santé et fut en 2001 le récipiendaire du prix R.D. Defries — la plus haute distinction accordée par l'Association canadienne de santé publique.*

Brenda Steinmetz

Direction des politiques stratégiques, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada

L'évaluation des initiatives de promotion de la santé présente certains défis et enjeux particuliers, qui vont des débats sur les méthodes pertinentes aux préoccupations à savoir si les approches en matière d'évaluation sont conformes aux principes de promotion de la santé tels que l'habilitation et l'équité. Des efforts internationaux comme ceux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et du Groupe de travail du bureau européen régional sur l'évaluation de la promotion de la santé ont été déployés pour faire face à des pressions croissantes en vue de résoudre ces enjeux et, parallèlement, démontrer l'efficacité des initiatives de promotion de la santé (voir également « Qui fait quoi » à la page 28).

Une approche unique

En 1995, Santé Canada se joignait au groupe de travail nouvellement créé sur l'évaluation de la promotion de la santé. Ce groupe, composé de 18 membres, comptait également des membres des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis et de l'ancien Health Education Authority du Royaume-Uni. M. Irving Rootman, l'un des auteurs de cet article, faisait fonction de président du groupe de travail. M. Glenn Irwin de Santé Canada et trois autres Canadiens se sont joints à cette équipe hétérogène, qui comprenait des représentants de gouvernements, de l'OMS et du milieu universitaire.

Le but premier du groupe de travail était de fournir des directives aux décideurs et aux praticiens sur les méthodes pertinentes pour évaluer la promotion de la santé. Ce faisant, les membres ont discuté des enjeux méthodologiques et philosophiques importants à l'appui d'une approche critique visant à améliorer la base de données probantes sur la promotion de la santé. Fatalement, la richesse diversifiée des perspectives a donné lieu à des divergences d'opinion sur des enjeux tels que la valeur de l'utilisation de l'étude sur échantillon aléatoire et contrôlé en tant qu'« étalon-or » pour évaluer les initiatives de promotion de la santé. Toutefois, en dépit de l'éventail d'opinions, les membres ont été en mesure de parvenir à un consensus sur cet enjeu ainsi que sur d'autres points, y compris la question de savoir : si les données probantes constituent un concept pertinent pour la promotion de la santé; en quoi consistent des données probantes solides; quelles sont les méthodes indiquées pour évaluer l'efficacité de la promotion de la santé. Les ressources et les outils élaborés par le groupe de travail témoignent de ce processus de débat, d'analyse et de consensus final.

Ressources et outils

En 1998, le groupe de travail a synthétisé les résultats de ses efforts dans un document intitulé *Health Promotion Evaluation: Recommendations to Policy-Makers* (<http://www.who.dk/document/e60706.pdf>). On y met en lumière les mesures clés que peuvent prendre les décideurs pour soutenir l'évaluation appropriée des initiatives de promotion de la santé. Entre autres mesures, mentionnons les suivantes :

- encourager l'adoption de méthodes d'évaluation participatives;
- utiliser diverses méthodes pour obtenir de l'information sur les processus et les résultats;
- élaborer une infrastructure de financement, de formation, de développement organisationnel et d'établissement de réseaux;
- attribuer suffisamment de ressources à l'évaluation.

En 2001 paraissait un document encore plus détaillé intitulé *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives* (<http://www.euro.who.int./Document/E73455a.pdf>). Cette collection de plus de 20 documents offre un examen de la théorie, des méthodes et de la pratique d'évaluation des initiatives de promotion de la santé, avec un accent sur les domaines suivants : l'évaluation du travail dans les sociétés industrialisées de l'Ouest; les enjeux pertinents à l'évaluation des environnements, des politiques et des systèmes ainsi que les changements comportementaux individuels; l'évaluation des efforts de promotion de la santé compatibles avec la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Les auteurs abordent un vaste éventail de sujets généraux et particuliers, mettent en relief les efforts pour construire la base de connaissances en améliorant les méthodes permettant d'évaluer la collectivité, l'école, le milieu de travail, les médias de masse et les interventions en matière de politiques en plus de dégager certaines leçons générales sur l'évaluation de la promotion de la santé (voir l'encadré).

Le document énonce également les mesures précises nécessaires à la mise en œuvre des recommandations à l'intention des décideurs politiques (*Recommendations to Policy-Makers*) et décrit plusieurs outils pour mieux y parvenir, notamment :

- un modèle logique générique pour planifier et évaluer des interventions en promotion de la santé;
- un ensemble de directives pour mener des évaluations participatives.

L'évaluation dans le domaine de la promotion de la santé

- est un domaine en évolution;
- peut apporter beaucoup sur le plan pratique;
- manque de données probantes sur l'efficacité des initiatives;
- intègre un vaste éventail d'approches et de modèles;
- offre des rôles légitimes pour les méthodes quantitatives et qualitatives;
- exploite un vaste éventail des disciplines et d'approches en sciences sociales;
- met à profit un éventail de modèles de planification;
- doit reposer sur des théories et autres conceptualisations pour être efficace;
- offre de nombreuses possibilités de rôles aux évaluateurs et chercheurs.

Prochaines étapes

Bien que le Groupe de travail n'ait pas tenté d'entreprendre un examen systématique des données probantes de l'efficacité de la promotion de la santé, il a dégagé plusieurs domaines où il y aurait lieu d'investir plus d'efforts. De façon plus particulière, le Groupe a déduit qu'il fallait considérablement améliorer la qualité de la base de données probantes sur les interventions politiques visant à promouvoir la santé, un processus qui devrait mettre à contribution des scientifiques politiques et des analystes politiques. Les spécialistes en sciences de la gestion peuvent également contribuer de façon marquée aux études sur l'incidence et le fonctionnement des systèmes, un secteur où les lacunes sur le plan du savoir sont particulièrement criantes. Les discussions connexes survenues au cours du deuxième symposium international sur l'efficacité de la promotion de la santé (Toronto, 2001; et les délibérations à <http://www.utoronto.ca/chp/>) ont également mis en lumière les besoins suivants :

- des liens plus forts entre les chercheurs et les praticiens;
- un investissement accru dans le développement des capacités des collectivités pour mener de la recherche et des évaluations et pour utiliser les résultats;
- davantage de données probantes sur l'efficacité de stratégies organisationnelles, communautaires et politiques et de la combinaison de ces stratégies.

Comme l'a démontré le groupe de travail de l'OMS, il est possible pour les gouvernements nationaux, les organismes internationaux, les universités, les décideurs politiques et les praticiens de collaborer de manière constructive, rentable et valable pour constituer une base de données probantes sur l'efficacité de la promotion de la santé. Un autre excellent exemple de ce type de collaboration est le travail de l'International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) sur les données probantes de l'efficacité. L'OMS et l'IUHPE ont maintenant amorcé de concert un projet global sur l'efficacité de la promotion de la santé, alors que l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) a entrepris un projet complémentaire sur l'efficacité des efforts des municipalités en matière de santé en Amérique latine. En outre, le Consortium canadien pour la recherche en promotion de la santé est à réviser les cadres pour la consolidation des données probantes sur l'efficacité de la promotion de la santé (voir page 30). Mettant à profit la force d'impulsion, l'expérience et les contributions du Groupe de travail, ces initiatives et autres représentent les prochaines étapes concrètes dans les efforts pour améliorer le fondement scientifique sur lequel s'appuyer pour que la promotion de la santé réponde davantage aux besoins des décideurs politiques et des praticiens dans la santé de la population et la santé publique. 🌐

l'efficacité

de la promotion de la santé

Ron Wall

Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité, Santé Canada. Remerciements particuliers à Tracey Spack, Division de la politique stratégique, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, pour avoir rédigé la section sur les méthodes qualitatives.

Un certain nombre d'enjeux et de défis importants se posent à ceux qui font valoir des données probantes sur la promotion de la santé dans l'élaboration des politiques et ceux qui contribuent à la promotion de la base de données probantes. Le présent article aborde certains de ces défis, notamment :

- *Si la santé améliorée est le but ultime de la promotion de la santé, à quels résultats immédiats peut-on s'attendre?*
- *Qu'est-ce qui constitue une « preuve de l'efficacité » en promotion de la santé?*
- *Quelles méthodes peut-on utiliser pour évaluer l'efficacité et la rentabilité des interventions axées sur la promotion de la santé?*
- *Comment peut-on raffermir la base de données probantes pour réaliser de meilleures décisions dans l'avenir au chapitre des investissements?*

Dans l'intervalle : résultats intermédiaires

La promotion de la santé prend de l'envergure à titre de pratique globalement responsable fondée sur une théorie informée et des données probantes¹. Parallèlement, elle présente plusieurs défis uniques pour les chercheurs et les décideurs politiques. La promotion de la santé est extrêmement complexe; elle englobe un vaste éventail d'interventions sociales et comportementales axées sur les populations, non seulement comme groupes d'individus mais aussi comme familles et collectivités entières. De plus, les résultats de ces interventions, dont l'importance variera en fonction du point de vue de l'intervenant, peuvent prendre des années ou même des décennies avant de devenir évidents.

Le tableau 1 présente une hiérarchie possible des résultats de la promotion de la santé. On reconnaît généralement que la santé positive, telle que définie par l'OMS, soit un fonctionnement physique, mental et social comme ressource dans la vie de tous les jours plutôt que comme l'absence de maladie, devrait constituer le but ultime des efforts de promotion de la santé. Toutefois, les résultats intermédiaires peuvent démontrer plus rapidement, quoique souvent avec moins d'autorité, si des changements surviennent ou non.

Bien que les modèles analytiques intégrant les données probantes existantes et l'opinion des experts puissent fournir un aperçu important en attendant d'obtenir des données plus rigoureuses, il faut bien prendre note que la force du lien ou la logique entre les indicateurs intermédiaires et les résultats finaux sur le plan de la santé et le plan social est cruciale. Si ces liens ne sont pas bien établis, le défi analytique consiste à combler les lacunes dans le savoir. Toutefois, les utilisateurs devraient tenir compte du fait que même l'information apparemment rigoureuse peut avoir une valeur limitée, puisque la qualité des modèles dépend de celles des données d'entrée et des hypothèses sous-jacentes.

Données probantes sur l'efficacité

Bien que les opinions divergent quant à la nature des données probantes et les méthodes utilisées pour les produire, on reconnaît de plus en plus la nécessité d'évaluer le processus comme les résultats pour démontrer l'efficacité des interventions en promotion de la santé.

Les **évaluations des processus** concernent la façon dont les interventions sont organisées, exécutées et utilisées — d'où découlent les

Tableau 1 : **Modèle de résultats concernant la promotion de la santé**

Résultats sur le plan de la santé et le plan social	Résultats sociaux Qualité de vie, autonomie fonctionnelle, équité	Résultat au niveau de la santé Diminution de la morbidité, des invalidités, de la mortalité évitable	
Résultats intermédiaires pour la santé (déterminants modifiables de la santé)	Styles de vie sains Tabagisme, choix alimentaires, activités physiques	Services de santé efficaces Prestation de services de prévention, accès, pertinence des services de santé	Environnements sains Environnement physique sain, conditions économiques et sociales favorables, bon approvisionnement en vivres
Résultats relatifs à la promotion de la santé (mesures de l'incidence des interventions)	Littératie dans le domaine de la santé Connaissances en matière de santé, attitudes, intentions comportementales	Action et influence sociale Participation communautaire, habilitation, normes sociales, opinion publique	Politique publique sur la santé et pratique organisationnelle Exposés de principes, lois, règlements, affectation de ressources
Actions visant à promouvoir la santé	Éducation Éducation des patients et enseignement scolaire, communications des médias	Mobilisation sociale Développement communautaire, conseils techniques	Défense des droits Lobbyisme, organisation politique et activisme

Adapté de : Nutbeam D. « Health Promotion Effectiveness — The Questions to be Answered. » Dans : *The Evidence of Health Promotion Effectiveness — Shaping Public Health in a New Europe*. International Union for Health Promotion and Education, 1999, p. 6.

données probantes des « pratiques exemplaires ». Les utilisateurs de cette base de données probantes doivent comprendre la nature de l'intervention, les caractéristiques de la population cliente ainsi l'environnement ambiant sur le plan social, sanitaire et politique. Il faut également qu'ils soient convaincus que l'intervention a donné les résultats prévus. À titre d'exemple, a-t-elle atteint la population cible? Les activités se sont-elles déroulées tel qu'on s'y attendait? A-t-on vérifié la théorie et les hypothèses qui sous-tendaient la conception de l'intervention?

Les **évaluations des résultats** concernent les résultats de l'intervention. Elles englobent divers niveaux de complexité, depuis l'évaluation du succès que connaissent les participants à cette intervention jusqu'à la comparaison de leurs résultats à ceux d'un groupe témoin, pour savoir s'ils font mieux que ces derniers ou si l'intervention a vraiment engendré les résultats observés². On peut utiliser un éventail de résultats et de concepts d'évaluation pour répondre à ces questions.

Évaluer l'efficacité et la rentabilité

On peut évaluer les interventions en fonction de leur efficacité et de leur rentabilité. L'efficacité porte sur les résultats atteints par le biais des interventions, tandis que la rentabilité comporte une comparaison des résultats atteints et du coût des produits utilisés. La preuve de l'efficacité est le premier élément à prendre en

considération. Toutefois, au moment d'assembler un dossier des interventions, les décideurs politiques devraient sélectionner celles qui sont également rentables, à savoir celles qui sont susceptibles d'améliorer la santé de la population tout en optimisant les ressources. Les critères permettant d'évaluer la qualité de la base de données probantes sur l'efficacité de la promotion de la santé sont les suivants : la mesure dans laquelle les résultats sont attribuables à l'intervention (ce qu'on appelle la « validité interne ») et la mesure dans laquelle on peut généraliser ces conclusions au-delà du contexte de l'évaluation particulière (ce qu'on appelle la « validité externe »). Certains des enjeux liés à l'évaluation de l'efficacité et à la rentabilité sont abordés ci-dessous.

Les résultats observés découlent-ils de l'intervention sur le plan de la politique ou du programme?

L'attribution des résultats observés à une intervention sur le plan de la politique ou du programme est un facteur clé pour qui veut démontrer son efficacité. Bien qu'il existe un certain nombre de stratégies d'évaluation, la stratégie la plus simple consiste à définir une population cible et à comparer les mesures réalisées avant et après l'intervention. Toutefois, l'absence d'une population repère est problématique si d'autres tendances expliquent, en partie du moins, certaines différences dans les résultats avant et après. C'est pourquoi on a fait une utilisation généralisée des modèles comparant les interventions et

les groupes témoins : pour évaluer la promotion de la santé sur le plan individuel et collectif. Si l'on n'a pas constitué d'échantillon aléatoire pour l'intervention, il est possible que les groupes témoins et les groupes ciblés par l'intervention ne soient pas influencés de façon égale par d'autres déterminants des résultats.

L'étude sur échantillon aléatoire et contrôlé représente l'« étalon-or » en ce qui concerne l'attribution des résultats observés aux interventions prévues. Si la taille de l'échantillon et les efforts sont suffisamment grands pour assurer une répartition comparable des principaux sous-groupes (p. ex. la répartition par âge, par sexe), l'échantillon aléatoire permet de s'assurer que les groupes d'intervention et les groupes repères seront comparables. Cependant, comme les études sur échantillon aléatoire et contrôlé coûtent cher, on devrait y recourir uniquement après avoir accumulé une quantité suffisante (mais moins valide) de données probantes sur l'efficacité et qu'on comprend bien ce qui constitue une « pratique exemplaire ».

Peut-on généraliser les résultats?

Les utilisateurs de la base de données probantes sur la promotion de la santé devraient également prendre en considération la mesure dans laquelle il est possible d'appliquer les conclusions tirées des échantillons à une population élargie. À titre d'exemple, les résultats fondés sur les échantillons de patients à risque élevé ou de bénévoles très motivés ne s'appliqueront pas nécessairement à une population incluant des patients à risque moins élevé ou des bénévoles moins motivés. Il est particulièrement difficile d'obtenir des données probantes en ce qui concerne les populations désavantagées sur le plan social. L'échantillonnage aléatoire fondé sur des collectivités bien définies plutôt que sur des individus peut, dans une certaine mesure, surmonter ce problème³.

Cette intervention permet-elle d'optimiser les ressources?

L'évaluation économique élargit la base de données probantes en évaluant le coût des intrants utilisés

pour atteindre le résultat, à savoir l'optimisation des ressources. De telles données favorisent des choix éclairés dans l'utilisation concurrente de ressources limitées. L'estimation du coût de la promotion de la santé implique le recensement des ressources touchées par l'intervention, la mesure des quantités utilisées et l'attribution de coûts unitaires. La méthode de l'évaluation économique, bien

que simple sur le plan conceptuel, se complique en raison de plusieurs facteurs, notamment des questions méthodologiques, l'accès limité à de l'information financière et statistique et des problèmes dans l'attribution des coûts à des interventions précises par des organisations engagées dans de multiples activités.

L'autre aspect de l'équation de la rentabilité concerne les résultats. Les interventions en promotion de la santé ont une incidence sur les résultats de la santé et l'utilisation des soins de santé et d'autres ressources. Tel qu'indiqué ci-dessus, l'estimation des coûts évités implique le recensement des ressources touchées et les ressources matérielles utilisées ainsi que l'attribution des coûts unitaires. Il faut également tenir compte de la valeur attribuée à la morbidité ou à la mortalité réduite, ce qui constitue une entreprise complexe. En outre, comme les coûts et les conséquences se produisent habituellement à différents moments, on doit ajuster au début de l'analyse les résultats futurs sur le plan des investissements monétaires et de la santé (c.-à-d. « actualisée à leur valeur réelle ») au moyen d'un taux d'intérêt approprié (c.-à-d. « taux d'escompte »). (Voir l'encadré pour un survol des évaluations économiques).

Types d'évaluations économiques

La façon de mesurer les résultats non monétaires de la santé déterminera le type d'évaluation économique réalisée. À titre d'exemple :

1. *L'analyse de la rentabilité* compare les interventions affectant les mêmes déterminants de la santé ou résultats de santé à l'aide d'un ratio qui mesure la différence de coûts par rapport aux effets différentiels sur la santé.
2. *L'analyse de rendement* permet de comparer les interventions engendrant des effets multi-dimensionnels sur la santé en établissant le rapport du coût marginal aux années-personnes sans invalidité qu'on a gagnées.
3. *L'analyse des coûts-avantages* tient compte de multiples effets sur la santé en attribuant des unités monétaires à la perte de vie et de qualité de vie et en déterminant si les conséquences sur la santé et les ressources d'une intervention en valent le coût.

Raffermir la base de données probantes

Il existe plusieurs stratégies pour aider à raffermir la base de données probantes de la promotion de la santé, dont les suivantes : utiliser des méthodes de recherche complémentaires; combiner les résultats d'études individuelles; se concentrer sur le contexte social des comportements.

En bref

Les méthodes qualitatives

- aident à comprendre les comportements des gens dans des contextes naturels et le sens qu'ils attribuent à leurs expériences, attitudes et comportements
- sont inductives (c.-à-d. qu'elles vont de l'observation à l'hypothèse)

Les méthodes quantitatives

- sont axées sur la généralisation
- sont déductives (c.-à-d. vérification par hypothèse)

Aspect complémentaire des méthodes qualitatives et quantitatives

Bien qu'on présente fréquemment les méthodes qualitatives et quantitatives comme étant les deux extrêmes d'un spectre méthodologique, il est de plus en plus admis que ces méthodes sont complémentaires. En évaluant les interventions de la promotion de la santé, on peut combiner la recherche qualitative et quantitative d'au moins trois manières^{4,5} :

- Les techniques qualitatives (p. ex. l'observation, les entrevues en profondeur, les groupes de discussion) peuvent servir à préciser l'intervention et les canaux de causalité.
- Les méthodes qualitatives peuvent compléter le travail quantitatif dans le cadre du processus de validation, comme la *triangulation*, où les résultats obtenus de trois méthodes ou plus (p. ex. un sondage à grande échelle, des groupes de discussion et une période d'observation) sont comparés à des fins de convergence.
- Les méthodes qualitatives peuvent permettre l'analyse de phénomènes ou de secteurs complexes qui ne peuvent encore faire l'objet d'une recherche quantitative, comme des aspects de comportements, d'attitudes et d'interactions complexes. De l'information de ce genre peut servir à engendrer des hypothèses et élaborer des indicateurs pour des évaluations quantitatives.

Combinaison de données probantes d'études individuelles

Les politiques visant à améliorer la santé de la population devraient reposer sur les meilleures données probantes, provenir d'un examen systématique des études individuelles et porter sur un objectif, une intervention et un groupe témoin bien définis; être fondés sur une recherche exhaustive afin de recenser toutes les études publiées/non publiées; définir la façon dont les études sont introduites dans la base de données probantes; recourir à plusieurs examinateurs et à des critères cohérents pour évaluer les études; utiliser des méthodes appropriées pour synthétiser les conclusions des études. Les efforts continus

sur plusieurs fronts font mieux comprendre l'efficacité et la rentabilité de la promotion de la santé, mais il reste encore beaucoup à faire (voir « Qui fait quoi », page 28).

Évaluer le contexte social

Bien qu'il existe une base considérable de données probantes sur les interventions en promotion de la santé ciblant des comportements particuliers chez des personnes ou des collectivités à risque élevé (ou très motivées), on en connaît moins sur le rôle des interventions dans le contexte social de tels comportements. Un groupe croissant de données probantes sur les déterminants de la santé donne à entendre que les conditions et structures sociales ont une incidence sur le développement de comportements liés à la santé de même que sur la capacité d'intervenir. De récents développements dans la théorie, les cadres analytiques et les méthodes statistiques font progresser notre connaissance de la façon d'intervenir pour améliorer la santé de la population^{3,6}. Les évaluations (y compris les essais cliniques aléatoires) offrent également des données probantes de l'efficacité d'interventions précises sur le contexte social des comportements liés à la santé³.

En conclusion

Les enjeux tels que la nature des données probantes, le rôle de diverses méthodes d'évaluation, l'ensemble d'indicateurs des résultats et la langue d'évaluation continueront à défier à la fois ceux qui utilisent la base de données probantes sur la promotion de la santé et ceux qui contribuent à cette base. Alors que le programme politique de la santé s'oriente vers une pratique fondée sur les données probantes, l'avenir de la promotion de la santé dépend de la question de savoir s'il peut fournir des données probantes concrètes de son efficacité, particulièrement en ce qui a trait à la rentabilité. Bien entendu, il reste du travail à faire si les Canadiens veulent réaliser les résultats en amont que promet la promotion de la santé. 🌐

@ Veuillez cliquer ici pour consulter les références.

Deux évaluations :

PACE et PCNP

Steven Schwendt

Centre du développement humain en santé, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada

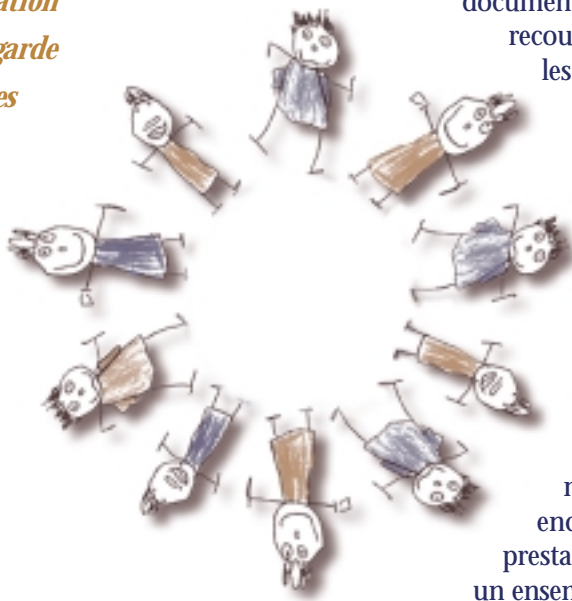
L'évaluation est une composante intégrale des interventions en promotion de la santé financées par l'État fédéral et mises en œuvre dans les collectivités. L'évaluation joue un rôle important en tant qu'outil d'amélioration continue des programmes, pour mesurer l'incidence des programmes et pour exécuter les mandats du Conseil du Trésor. Les données probantes engendrées par les évaluations servent à répondre à des questions sur le résultat des décisions stratégiques publiques visant à améliorer la santé et d'autres déterminants de la santé au moyen de diverses interventions. L'étude de cas ci-dessous porte sur les expériences d'évaluation nationale d'avant-garde de deux programmes de Santé Canada — le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) et le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP).

Le PACE et le PCNP : Similaires et différents à la fois

En tant qu'outils d'intervention communautaire en promotion de la santé, le PACE et le PCNP aident les groupes communautaires à établir et à fournir des services qui portent sur les besoins de groupes particuliers à risque. Le PACE vise à améliorer la santé et le développement des enfants à risque et leur famille, y compris les enfants vivant dans les familles à faible revenu et les enfants qui connaissent un retard du développement ou des problèmes sociaux, émotionnels et comportementaux. Le PCNP, d'autre part, est spécialement conçu pour répondre aux besoins des femmes enceintes les plus à risque de donner naissance à des bébés dont la santé est déficiente, y compris les femmes qui vivent dans la pauvreté, les adolescentes, les femmes qui consomment de l'alcool ou d'autres substances nuisibles ou qui fument.

Bien que les deux programmes remplissent des fonctions similaires, leurs différences révèlent l'évolution de l'approche de Santé Canada dans la prestation et l'évaluation des programmes communautaires. Créé en 1994, le PACE comporte un vaste éventail de services et d'activités qui témoignent des besoins divers recensés dans les collectivités du Canada. Les projets sont régis par un ensemble commun de principes directeur et une stratégie d'évaluation nationale. Cette stratégie se fonde sur la documentation actuelle en développement de l'enfant et a recours à l'Étude longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) pour établir un groupe de référence.

Annoncé en 1994, le PCNP témoigne des leçons apprises des expériences du PACE et des programmes prénataux en vigueur, comme le dispensaire d'aliments de Montréal. Outre les principes directeurs existants du PACE, Santé Canada a conçu un ensemble d'éléments clairement définis s'inscrivant dans un programme global, des objectifs d'évaluation communs ainsi que des indicateurs. Par conséquent, les projets du PCNP sont plus semblables les uns aux autres que ceux financés dans le cadre du PACE. Bien que l'engagement du PCNP à maintenir une certaine souplesse encourage une variation subtile dans les modèles de prestation individuels, chaque projet peut être évalué selon un ensemble commun d'objectifs et d'indicateurs de résultats.



Méthodes d'évaluation : Leçons apprises

La première étape pour mener une évaluation de programme consiste à élaborer un cadre d'évaluation. On obtient ainsi une méthode systématique pour décrire comme un ensemble tous les projets du programme.

PACE

Le cadre d'évaluation national du PACE a été conçu pour témoigner des principes directeurs du programme, répondre aux questions sur l'élaboration et la mise en œuvre du programme (évaluation du processus) et promouvoir les avantages qu'implique la participation aux projets qui y sont liés (évaluation des incidences)¹. Tel qu'énoncé dans le cadre, la cueillette des données sur les processus s'exerce auprès des gestionnaires de projet, alors que les données sur les incidences proviennent à la fois des gestionnaires de projet et des entrevues réalisées auprès d'un échantillon de participants aux projets à trois moments différents par suite des inscriptions : au départ (cycle 1); après neuf mois (cycle 2); et après 24 mois (cycle 3). Le groupe témoin retenu pour l'évaluation était formé de familles et d'enfants ayant vécu dans des conditions économiques similaires d'après les cycles de 1994 et 1996 de l'ELNEJ.

PCNP

Le cadre d'évaluation nationale du PCNP² a été conçu conformément aux principes directeurs du programme. Ses auteurs ont pu tirer profit de l'expérience de l'évaluation nationale réalisée dans le cadre du PACE. Au nombre des leçons apprises, mentionnons la nature restrictive des indicateurs de l'ELNEJ (limités aux résultats sur la santé individuelle) et l'importance d'une approche participative en matière d'évaluation. Par conséquent, les auteurs du PCNP ont réalisé une étude préliminaire et adopté une approche participative et itérative incluant tous les intervenants aux échelons locaux, régionaux et nationaux dans l'élaboration d'indicateurs d'évaluation et d'instruments d'enquête.

Le cadre du PCNP comporte deux outils d'évaluation : le Questionnaire de projet (QP), qui comprend 28 questions sur des sujets administratifs et des

résultats généraux du programme, et qui est administré sur une base annuelle; le Questionnaire de la cliente (QC), assorti d'un *menu* d'indicateurs de programme (106). Les indicateurs du QC sont propres à la participante et portent sur des domaines d'intérêt tels que le profil des risques, l'utilisation des services et les résultats de la grossesse — au début du projet, avant et après l'accouchement et à la fin du projet. Dans le cadre de chacun des projets, on recueille des indicateurs de base (38 éléments recensés par Santé Canada qui se rapportent aux objectifs fédéraux) pour l'échelon national de l'évaluation. Les comités des projets locaux et les comités de gestion conjointe peuvent à leur guise choisir dans le *menu* d'autres indicateurs qui offrent une pertinence particulière par rapport aux objectifs précis de leur projet³.

Ce qu'a démontré l'évaluation

Les instruments d'évaluation du PACE et du PCNP permettent la cueillette de deux types de données : les données de processus, qui concernent l'élaboration et la mise en œuvre des programmes ainsi que les résultats généraux des programmes; les données sur les incidences, qui se rapportent aux caractéristiques des participants individuels (population cible) et les indicateurs de rendement individuel (répercussions des programmes).

Processus : Renforcement des capacités

Outre la participation de plus de 100 000 enfants et parents par mois dans plus de 464 projets à l'échelle du pays en 2000-2001, les projets du PACE ont permis de développer et de maintenir des partenariats ainsi que d'obtenir du soutien financier (ratio 3-1), non financier (valeur de 2,7 millions de dollars) et bénévole (61 762 heures gracieusement fournies par plus de 8 000 personnes). Ils ont également servi de plate-forme nationale pour l'élaboration et la prestation de vastes projets de promotion de la santé communautaire. Dans le même ordre d'idées, les résultats d'évaluation du PCNP indiquent que plus de 28 000 femmes ont participé aux projets du PCNP en 1999-2000. En outre, on a créé plus de 628 nouvelles activités ou nouveaux services de programmes dans la foulée directe des projets du PCNP, ►



Le cadre d'évaluation national du PACE a été conçu pour témoigner des principes directeurs du programme, répondre aux questions sur l'élaboration et la mise en œuvre du programme (évaluation du processus) et promouvoir les avantages qu'implique la participation aux projets qui y sont liés (évaluation des incidences).

y compris des groupes de soutien des parents, des banques de produits vestimentaires et de produits pour bébé, des cuisines communautaires et des groupes de soutien à l'allaitement naturel.

Portée du programme

L'une des questions les plus importantes relatives aux incidences du programme est de savoir si le programme atteint la population cible. Selon les résultats d'évaluation, les projets financés dans le cadre du PACE ont servi à des familles beaucoup plus désavantagées sur le plan socioéconomique que dans le cas des familles représentatives de l'ELNEJ à l'échelon national (figure 1)⁴. Pour des niveaux comparables de désavantage socioéconomique, les familles ciblées par le PACE présentaient des niveaux de risque psychosocial plus élevés (tels que mesurés par le dysfonctionnement familial, la dépression maternelle et la prestation de soins négative) que ceux de l'ELNEJ⁴. En outre, les projets financés dans le cadre du PACE rejoignaient une majorité de ces familles à risque : 66 p. 100 ont participé jusqu'au bout à un projet du PACE ou continuent de participer à un projet; environ 15 p. 100 n'ont pas participé aux projets du PACE (et ne les ont pas suivis jusqu'au bout); environ 19 p. 100 ont été perdus en cours de suivi⁴.

Les projets financés dans le cadre du PCNP ont également permis de rejoindre des femmes enceintes vivant dans des conditions désavantagées et qui étaient le moins susceptibles de participer ou d'avoir accès au soutien prénatal⁵. De façon plus précise :

- 58 p. 100 des participantes du PCNP vivaient avec un revenu du ménage inférieur à 1 000 \$ par mois;
- 35 p. 100 étaient des adolescentes, et 9 p. 100 d'entre elles avaient 16 ans ou moins;
- 56 p. 100 avaient moins de 12 années de scolarité (22 p. 100 n'avaient pas terminé le secondaire III);

- 47 p. 100 étaient célibataires, divorcées, séparées ou veuves;
- 22 p. 100 étaient des Autochtones;
- 46 p. 100 fumaient durant leur grossesse;
- 14 p. 100 ont déclaré avoir subi des agressions durant leur grossesse actuelle.



Les projets financés dans le cadre du PCNP ont également permis de rejoindre des femmes enceintes vivant dans des conditions désavantagées et qui étaient les moins susceptibles de participer ou d'avoir accès au soutien prénatal.

Résultats du programme

On voulait également recueillir des données prouvant que la participation au programme était profitable. Les données probantes tirées de l'évaluation nationale du PACE n'étaient pas concluantes si l'on limitait les comparaisons aux indicateurs de rendement sur la santé individuels qu'offrait l'ELNEJ. On a pu constater que les projets financés dans le cadre du PACE amenaient la participation des groupes à risque, et qu'une majorité de répondants avaient indiqué que les programmes du PACE étaient soit « très utiles » (52,4 p. 100) ou « quelque peu utiles » (39,9 p. 100) au bout de 24 mois. Selon les constatations préliminaires, les indicateurs des résultats de la santé individuelle au bout de neuf mois illustraient des tendances à la baisse dans les niveaux de dépression maternelle, de prestations de soins négatifs et de problèmes émotionnels et comportementaux chez les enfants parmi les participants du PACE, qui étaient supérieurs aux résultats du groupe témoin de l'ELNEJ². Toutefois, on n'a pu confirmer ces constatations préliminaires dans le suivi de 24 mois. À ce moment-ci, les différences avant-après étaient extrêmement petites; elles étaient favorables dans certains cas aux participants du PACE et, dans d'autres cas, aux familles du groupe témoin de l'ELNEJ⁶.

Les résultats de l'évaluation de l'incidence nationale du PCNP indiquent que les projets financés dans le cadre du PCNP semblent avoir eu une incidence négative sur la population cible d'après deux indicateurs clés : le taux d'allaitement naturel et le taux de faible poids à la naissance.

Le taux global d'initiation à l'allaitement naturel pour les femmes ayant participé aux projets du PCNP était de 78 p. 100, pratiquement le même que le taux national de 79 p. 100⁷. Toutefois, il vaut la peine de noter que les participantes à risque du PCNP, bien que non directement comparables à ceux des études

Tableau 1 : Taux d'initiation à l'allaitement naturel du PCNP

17-19 ans	77 %
Moins que le secondaire III	72 %
Mères seules	75 %
Revenu inférieur à 1 000 \$ par mois	77 %
Autochtones	78 %

Tableau 2 : Taux nationaux d'initiation à l'allaitement naturel (ENSP, 1996–1997)

18-19 ans	66 %
Moins qu'un diplôme d'études secondaires	60 %
Mères seules	74 %
Faible revenu	75 %

nationales, semblent adopter l'allaitement naturel à des taux plus élevés que ceux habituellement recensés pour les sous-groupes à risque similaires dans l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) (tableaux 1 et 2). Bien qu'il soit impossible de décrire de manière définitive les taux de durée de l'allaitement puisque les participantes du PCNP quittaient le programme à divers moments durant la période postnatale, plus du tiers (35,5 p. 100) allaitaient leur bébé au sein pendant au moins un mois, et une proportion presque aussi élevée le faisait pendant au moins 3,5 mois⁷.

Selon les données établies pour le PCNP, le taux de faible poids à la naissance pour les naissances uniques était de 6,1 p. 100 (7,5 p. 100 en incluant les naissances multiples)⁷. Cette constatation est chargée d'espoirs pour les femmes vivant dans les conditions de risque

ciblées par le PCNP si on la compare au taux de faible poids à la naissance de 5,8 p. 100 de la population générale canadienne⁷. On pourrait mesurer de manière définitive l'incidence du PCNP sur le poids à la naissance une fois terminée une étude comparative de base, l'application et la validation d'un indice de service du PCNP et la réalisation fructueuse d'autres volets de l'évaluation nationale du programme (voir le graphique ci-dessous). Dans l'intervalle, les participantes qui sont entrées dans le programme alors que leur grossesse était avancée ou qui ont reçu un faible niveau de services dans le cadre du PCNP ont servi de groupe témoin pour évaluer l'incidence du programme.

La figure 2⁸ résume les observations sur le taux de faible poids à la naissance selon un indice qui combine un mélange de services et la durée de participation au

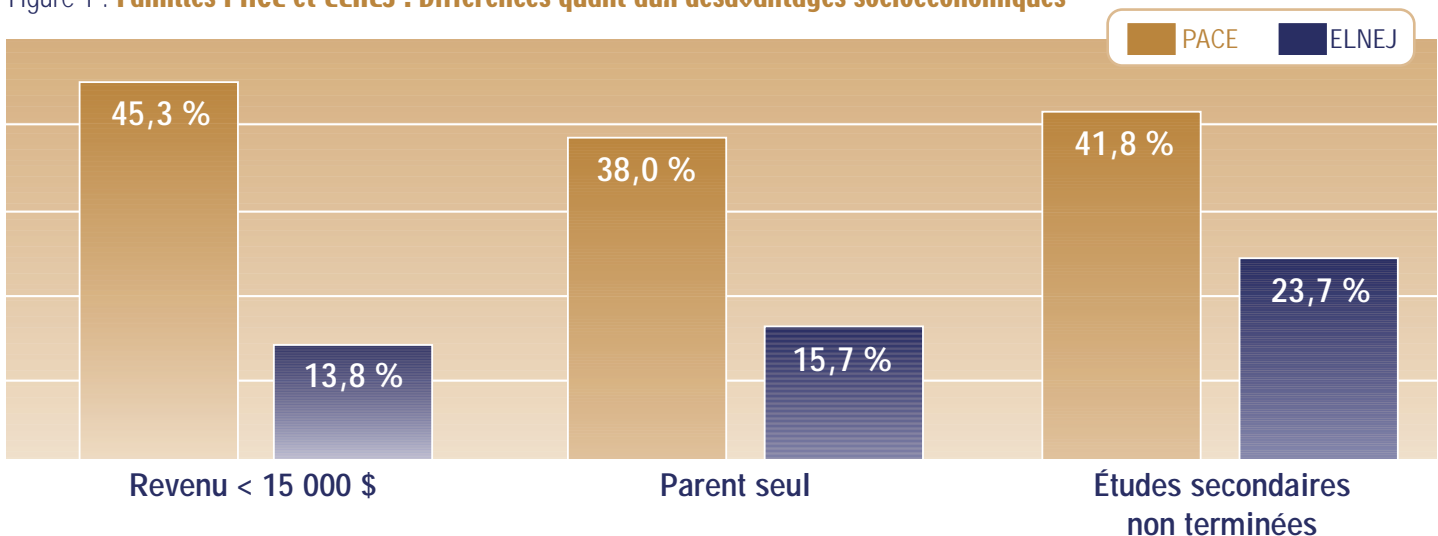
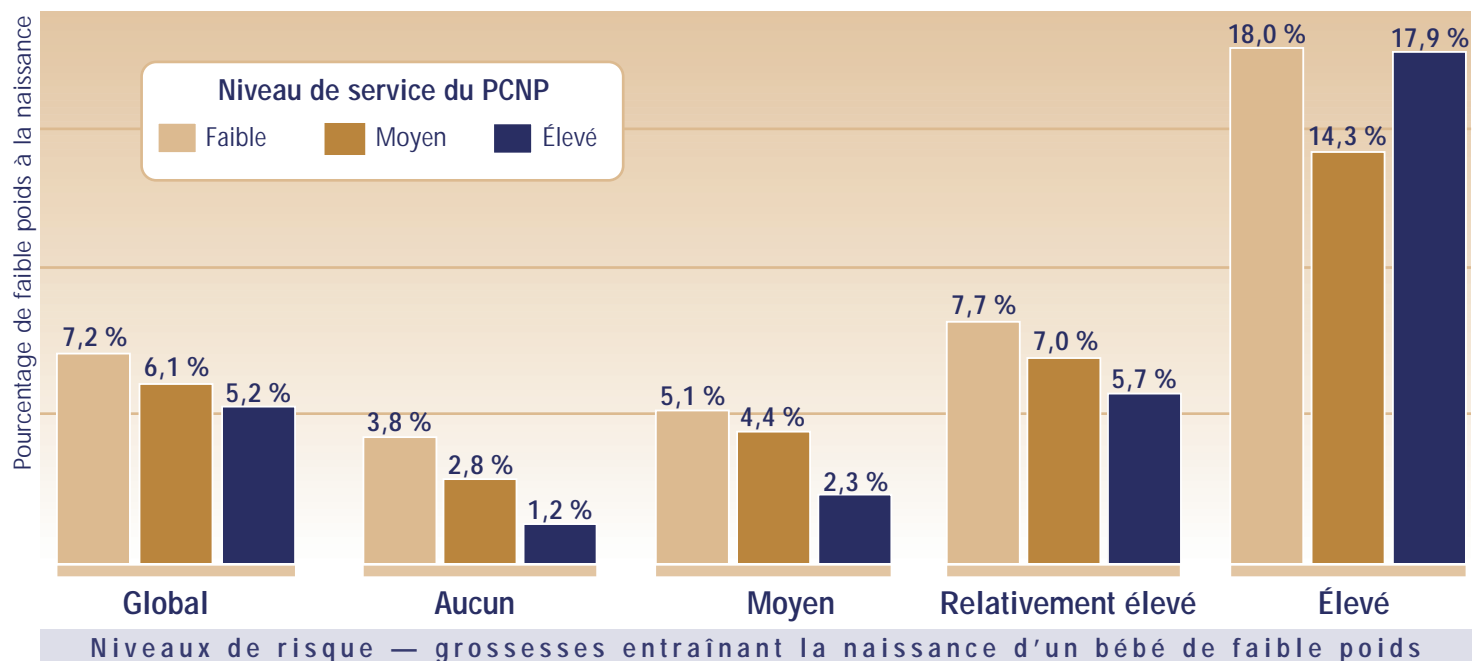
Figure 1 : Familles PACE et ELNEJ : Différences quant aux désavantages socioéconomiques⁴

Figure 2 : Niveau de service du PCNP et poids à la naissance⁸

programme. L'analyse des données cumulatives sur les personnes ayant suivi tout le projet entre 1995 et 2001 révèle ce qui suit :

- De façon générale, le taux de faible poids à la naissance semble s'améliorer à mesure que les participants jouissent d'un niveau de services plus élevé dans le cadre du PCNP.
- Le taux de faible poids à la naissance parmi les participantes au PCNP regroupées par catégorie de risque de grossesses liées au faible poids à la naissance semble compatible avec les constatations générales, exception faite de la catégorie de risques exigeant une étude approfondie.

Regard sur demain

Bien que les données probantes découlant des évaluations d'avant-garde du PACE et du PCNP ne suffisent pas à tirer des conclusions définitives sur l'efficacité du programme, les données sur les processus et l'incidence laissent entrevoir quelques résultats prometteurs. On poursuit les efforts visant à améliorer les méthodes et instruments d'évaluation, y compris des analyses de rentabilité, afin de fournir aux décideurs et aux intervenants de l'information fiable sur tous les aspects de l'efficacité des programmes (voir l'encadré). L'évaluation des interventions communautaires en promotion de la santé pose de nombreux défis méthodologiques étant donné que de telles interventions fonctionnent dans des environnements sociaux complexes où bon nombre de facteurs interdépendants agissent sur les liens entre l'intervention et les résultats mesurables. Quoi qu'il en soit, les

données probantes obtenues au moyen d'évaluations aussi détaillées peuvent offrir un tableau utile du programme global et de ses projets connexes, tableau dont on peut s'inspirer pour améliorer le programme de façon continue de même que fournir une base d'évaluation de l'incidence du programme. 🌐

PCNP : Une évaluation collaborative

La Division de l'évaluation ministérielle des programmes de Santé Canada collabore actuellement avec diverses directions générales pour procéder à une évaluation du PCNP à l'échelle du ministère. Cette évaluation, qui est compatible avec la présentation de 1994 au Conseil du Trésor et au cadre d'évaluation de 1996 du PCNP, reposera sur le travail présenté dans le présent article. Le rapport devrait être terminé d'ici le 31 mars 2003.

@ Veuillez cliquer ici pour consulter les références.

« Dodo sur le dos! »

Rosemary Sloan, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada, et Shelley Cotroneo, Direction générale de la politique de la santé et des communications, Santé Canada



Le marketing social a servi, en combinaison avec d'autres interventions, à modifier les comportements en matière de santé et, en bout de ligne, à améliorer l'état de santé. Le présent article décrit une campagne de marketing social visant à réduire la fréquence du syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) au Canada. En plus de présenter les conclusions clés de l'étude, il met en lumière certains défis réalistes sur le plan de l'évaluation ainsi que les leçons apprises.

Contexte

Chaque semaine au Canada, on recense en moyenne trois bébés victimes du syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN), à savoir la mort inattendue et inexplicée d'un enfant apparemment sain. Le SMSN est la principale cause de mortalité postnatale au pays. Bien qu'on en ignore les causes précises, la recherche a permis de dégager plusieurs facteurs de risque, y compris le sexe (plus élevé chez les garçons) et l'âge (taux plus élevé chez les bébés de deux à quatre mois). Entre autres facteurs de risque modifiables, mentionnons le facteur de chaleur trop élevée, le tabagisme maternel durant les périodes prénatale et postnatale et, plus important encore, la position du bébé lorsqu'il dort (les enfants qui dorment sur le dos sont ceux qui chez qui le risque de SMSN est le moins élevé). La recherche est également favorable à l'influence protectrice de l'allaitement naturel.

Pour bien démarrer

Réagissant au SMSN, qui est considéré comme une importante préoccupation en matière de santé publique, Santé Canada, la Fondation canadienne pour l'étude de la mortalité infantile, l'Institut canadien de la santé infantile et la Société canadienne de pédiatrie ont coparrainé un atelier national sur les efforts de réduction des risques du SMSN en 1993. L'une des conséquences de l'atelier était une campagne nationale de marketing social. D'après les données probantes scientifiques dont on disposait à l'époque — qui comportait la mise en relief de l'aspect sécuritaire de la position dorsale et latérale pour dormir — la campagne visait les spécialistes de la santé et les parents de nouveau-nés avec une série d'éléments promotionnels visant à sensibiliser et à modifier les comportements relatifs aux soins de l'enfant.

Campagne « Dodo sur le dos! »

En quelques années, la recherche approfondie sur le SMSN a démontré que la position la plus sécuritaire pour les bébés était la position dorsale et non dorsale ou latérale autrefois recommandée. Prenant appui sur ces nouvelles données, Santé Canada et ses partenaires lançaient en 1999 une version repensée de la campagne antérieure. Le principal objectif de la nouvelle campagne était d'accroître la sensibilisation à l'endroit du SMSN et de fournir aux « protecteurs » de la santé et du bien-être des enfants — incluant les parents, le personnel soignant et les professionnels de la santé — de l'information sur les risques associés au SMSN. L'objectif était de réduire de 10 p. 100 la fréquence du SMSN au cours des cinq prochaines années. ►

Mettant à profit le slogan « Dodo sur le dos! » élaboré aux États-Unis, la nouvelle campagne portait en grande partie sur les multiples médias pour sensibiliser les Canadiens au SMSN. La campagne était fondée sur une analyse approfondie de la situation ainsi que sur l'élaboration et la mise à l'essai d'outils de marketing. On a mis sur pied des groupes de discussion composés de membres du public cible, y compris des parents d'enfants de moins d'un an, des gens qui prévoient devenir parents au cours de la prochaine année et du personnel prenant soin de nourrissons.

Les résultats ont démontré que le public cible souhaitait recevoir de l'information persuasive et crédible (p. ex. des statistiques qui soulignent la fréquence du SMSN) et être convaincu que les messages clés de la campagne reposaient sur des données probantes. Les parents voulaient également un message très dynamique qui saurait saisir leur attention. Ces conclusions ont été intégrées dans les produits finaux, lesquels comportaient une brochure d'information et une affiche, une annonce promotionnelle pour les magazines des nouveaux parents et une annonce de 30 secondes de la fonction publique.

Santé Canada et ses partenaires ont également élaboré un énoncé conjoint offrant aux professionnels de la santé des messages clairs et cohérents sur la façon de réduire le risque de SMSN. Pour élargir la portée de la campagne, on a ciblé les réseaux de partenaires et obtenu le concours de Procter & Gamble, dont la division « Pampers » met en marché plus de 300 produits destinés à plus de 5 milliards de consommateurs dans 140 pays. La compagnie a intégré le message « Dodo sur le dos! » dans la bande enserrant la taille de ses couches, a créé un carton à la porte avec l'inscription du message « Dodo sur le dos! », a distribué la brochure « Dodo sur le dos! » aux mères de nouveau-nés dans tous les hôpitaux du Canada et sensibilisé les gens au SMSN par le biais de ses campagnes publicitaires.

Processus d'évaluation

Bien que la campagne initiale de 1993 ne comportait aucun volet d'évaluation, les données ont démontré que le taux de mortalité infantile attribuable au SMSN avait diminué durant la période de la campagne. C'est pourquoi Santé Canada et ses partenaires étaient optimistes face à la campagne « Dodo sur le dos! » révisée en 1999. Afin d'évaluer l'incidence de la nouvelle campagne, on a élaboré un volet étude de marché. Pour commencer,

on a mené une étude préliminaire auprès des nouveaux parents et de parents à venir ainsi que du personnel soignant pour établir les niveaux de sensibilisation et de connaissance, et les comportements reliés au SMSN avant le lancement de la campagne¹. Même si ce sondage établissait que la sensibilisation au SMSN était généralement élevée, une proportion importante de ce groupe cible n'était pas au fait des nouvelles constatations relatives à la position de sommeil de l'enfant.

Au printemps de 2001, Santé Canada a mené un sondage de suivi postérieur à la campagne, reproduisant le sondage repère de 1999 pour éprouver les changements sur le plan de la sensibilisation, de l'attitude et des

comportements depuis le sondage précédent et indiquer toute modification nécessaire à la campagne². Le nombre de répondants s'est élevé à 605, y compris des représentants des trois groupes cibles — parents d'enfants de moins d'un an, ceux qui prévoient devenir parents au cours de la prochaine année ainsi que le personnel professionnel qui prend soin des enfants. L'échantillonnage était recensé parmi la population générale de même que parmi des ménages avec des répondants âgés entre 18 et 40 ans. À l'intérieur des ménages, les répondants étaient sélectionnés selon les critères établis pour le groupe cible. L'échantillon était composé à 87 p. 100 de femmes et incluait des répondants de toutes les régions du pays. On a alors comparé les conclusions

de l'enquête de suivi postérieure à la campagne à celles de l'enquête repère préalable.

Résultats

Les résultats ont démontré une augmentation substantielle, entre le premier et le second sondage, des connaissances sur le SMSN et de la sensibilisation à l'importance de placer les bébés sur le dos pour dormir. De plus, on a constaté chez les parents un accroissement marqué de leurs comportements concernant la position de l'enfant pour dormir. Les constatations clés de l'étude étaient les suivantes :

- la sensibilisation au SMSN en tant que cause importante de mortalité chez les nourrissons s'est accrue depuis 1999 (de 94 p. 100 à 97 p. 100);
- la sensibilisation au fait que la position dorsale pour dormir réduit le risque du SMSN s'est considérablement accrue depuis 1999 (de 44 p. 100 à 66 p. 100);



- les comportements se sont considérablement modifiés au cours de cette période de deux ans; environ 70 p. 100 des parents et des soignants — une augmentation d'environ 30 points — ont affirmé qu'ils plaçaient les enfants en position dorsale pour dormir;
- les conseils de professionnels de la santé se sont modifiés en profondeur — en 2001, 67 p. 100 recommandaient une position sur le dos pour dormir, alors que seulement 21 p. 100 le faisait en 1999.

Enjeux et défis

La campagne « Dodo sur le dos! » met en lumière un nombre d'enjeux importants qui se rapportent à l'évaluation des interventions en promotion de la santé, soit les suivants :

Durée de temps

L'un des enjeux clés dans l'évaluation de l'efficacité des interventions en promotion de la santé est la durée de temps requise pour déterminer si des changements sont survenus dans les résultats visés en matière de santé. Cela n'était pas un problème pour la campagne « Dodo sur le dos! » puisque le SMSN est une situation absolue qui survient habituellement durant la première année de vie. Étant donné que le sondage de suivi avait fait état d'une augmentation importante du nombre de parents qui plaçaient leur bébé sur le dos pour dormir, on s'attendrait à une diminution correspondante du nombre de morts attribués au SMSN durant cette période. Toutefois, comme une attente de deux ans est généralement requise avant de pouvoir obtenir et analyser les données sur la mortalité, il est trop tôt pour déterminer si la campagne a eu une incidence sur le taux de mortalité infantile attribuable au SMSN.

Attribution

Bien que les résultats aient démontré une augmentation assez considérable du nombre de parents qui placent leur enfant sur le dos pour dormir, on ne peut certifier que les résultats positifs du programme soient *engendrés* par la campagne. Tel qu'indiqué dans l'article intitulé « Corrélation et causalité » à la page 31, la corrélation n'est pas une preuve de causalité. Par conséquent, sans l'existence de contrôle des autres éléments, les facteurs ayant pu exercer une influence durant la période 1999-2001, ces changements dans la connaissance, la sensibilisation et les comportements ne peuvent être catégoriquement *attribués* à la campagne « Dodo sur le dos! ». Toutefois, les questions incluses dans le sondage postérieur à la campagne concernant les changements dans la sensibilisation et les comportements des répondants au cours de la période de la campagne aident à raffermir la base de données probantes.

Figure 1 : Sensibilisation aux moyens de réduire les risques du SMSN

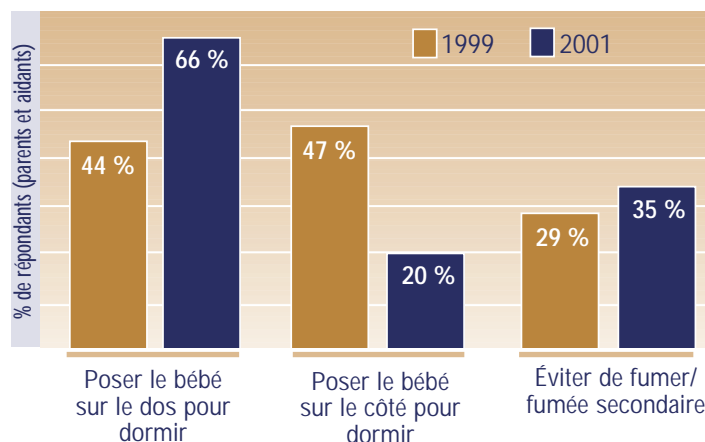
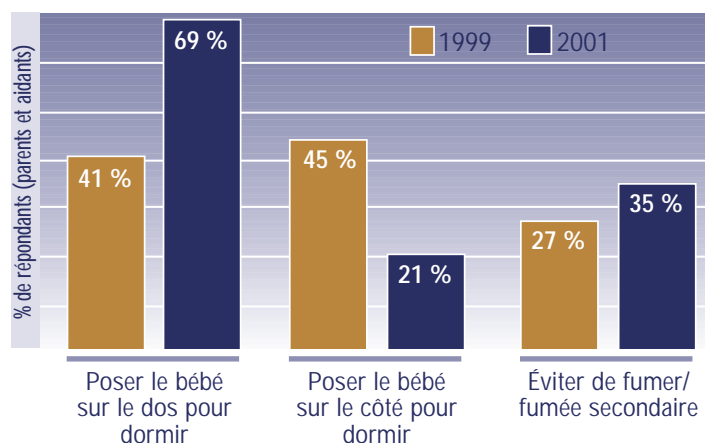


Figure 2 : Mesures personnelles pour réduire les risques du SMSN



A-t-on suffisamment de données probantes?

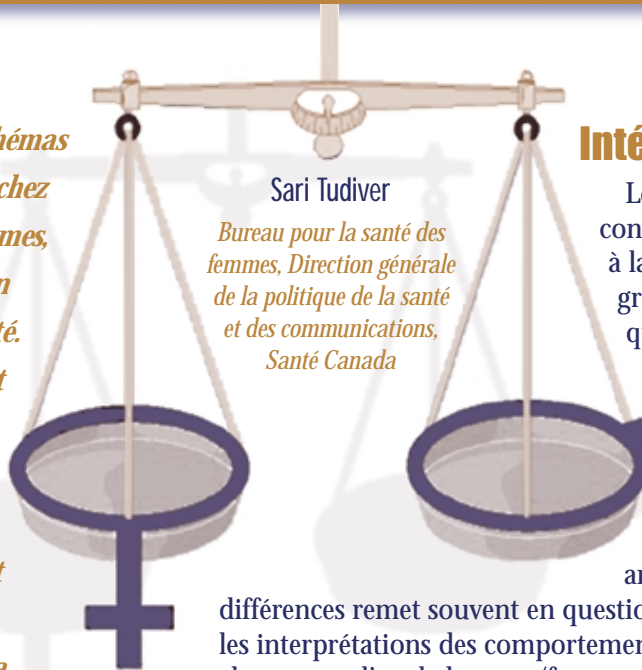
Une question se pose fréquemment dans l'évaluation de l'efficacité de la promotion de la santé. Dans une situation idéale, on préférerait réserver l'étiquette « efficace » aux interventions dans laquelle peut être démontrée la relation de cause à effet. Toutefois, puisqu'il est souvent ni faisable ni pertinent d'évaluer l'efficacité de la promotion de la santé, il peut être problématique d'attribuer les résultats à une cause. Par conséquent, dans la plupart des situations de vie réelle, on peut porter des jugements sur l'efficacité, non pas à partir de données probantes découlant de causes, mais par la démonstration d'une corrélation entre l'intervention et les résultats, et par la force de cette corrélation. C'est le cas de la campagne « Dodo sur le dos! », du moins jusqu'à ce qu'on puisse disposer des données de la mortalité attribuable au SMSN. 🌀

@ Veuillez cliquer ici pour consulter les références.

Le rôle du sexe :

Évaluer l'efficacité de la promotion de la santé

L'état de santé et les schémas de maladie diffèrent chez les hommes et les femmes, tout comme leur utilisation du système de soins de santé. Pour comprendre comment et pourquoi surviennent ces différences (à savoir, qu'est-ce qui explique que le sexe soit un déterminant de la santé), et comment améliorer les résultats de la santé, il faut compter sur un vaste éventail de recherche et d'évaluation. Cela peut inclure des données probantes sur les différences entre les sexes (différences biologiques), qui donnent un aperçu des différences chimiques, génétiques et métaboliques possibles dans la vulnérabilité aux maladies et les approches en matière de traitement. Parvenir à comprendre pourquoi les interventions en promotion de la santé sont efficaces ou non nécessite également la prise en considération des différences entre les sexes — les rôles et les relations établis sur le plan social, les attitudes, les comportements, les significations et le pouvoir relatif attribué aux hommes et aux femmes dans la société (voir les ressources et définitions sur le site Web du Bureau pour la santé des femmes à <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/femmes/>)¹.



Sari Tudiver

Bureau pour la santé des femmes, Direction générale de la politique de la santé et des communications, Santé Canada

Intégrer les sexes

Les analyses comparatives entre les sexes constituent un outil analytique appliqué à la recherche, aux politiques et aux programmes pour s'assurer qu'on pose les questions appropriées sur les hommes et les femmes, et que l'analyse donne des résultats efficaces et précis. Il ne suffit pas d'ajouter le mot *sex* ou *hommes-femmes* comme variables indépendantes d'une analyse puisque l'examen de ces

différences remet souvent en question les hypothèses qui sous-tendent les interprétations des comportements individuels. Le fait de regarder les choses sous l'angle homme/femme peut permettre de dégager d'autres variables pertinentes à l'analyse et les voies par lesquelles elles fonctionnent. Les analyses comparatives entre les sexes devraient constituer un processus itératif, créatif et systématique, qui s'applique à tous les stades d'une évaluation et répond aux questions suivantes :

Cette intervention tient-elle compte des contextes différents de la vie des hommes et de celle des femmes?

Les différences entre les sexes aident à expliquer pourquoi les hommes et les femmes s'engagent ou non dans des activités de promotion de la santé. Nombre de femmes ne peuvent participer à des activités récréatives en raison d'obstacles sociaux tels que le manque de garderies et de transport. Les hommes sont aux prises avec des obstacles au moment de s'engager dans des activités physiques². Par conséquent, les évaluations doivent prendre en considération les obstacles propres à chaque sexe.

L'intervention a-t-elle dégagé et analysé la diversité dans les sous-groupes?

Dans le cadre d'une évaluation menée en fonction des disparités entre les sexes, on tient compte de la diversité sur le plan de l'âge, de la culture et de la diversité, des capacités et invalidités, de l'orientation sexuelle et de la situation socioéconomique, puis on les analyse. Cela permet de mieux établir en quoi les interventions en promotion de la santé peuvent être perçues différemment par les hommes et les femmes de différents milieux et avoir une pertinence différente pour chaque sexe³. L'analyse de la diversité contribue également à clarifier la généralité des conclusions.

L'intervention encourage-t-elle les femmes et les hommes à participer efficacement?

Des résultats positifs en promotion de la santé ont plus de chances de se produire lorsque les gens sont activement engagés et agissent à titre de partenaires dans la conception d'interventions en promotion de la santé

pertinentes à leurs besoins⁴. Une évaluation menée en fonction des disparités entre les sexes permet de mesurer la façon dont les hommes et les femmes participent à la conception et au suivi d'un programme et tente de recenser ceux que le programme *ne parvient pas* à rejoindre. Si on veut élaborer des évaluations par le biais de la participation de groupes qu'il est difficile de rejoindre, il est important de fournir les ressources nécessaires. La participation peut constituer un fardeau particulier pour les femmes et leurs organisations communautaires, dont bon nombre ont des ressources limitées⁵.

L'intervention révèle-t-elle des résultats non voulus?

Les méthodes d'évaluation doivent être suffisamment souples pour distinguer les résultats non prévus au préalable. À titre d'exemple, les taux de renoncement au tabac dans le cadre d'un programme de lutte contre le tabagisme visant uniquement les femmes ne diffèrent pas beaucoup des taux des autres types de programmes, mais les participants dégagent d'autres avantages, comme une autonomie accrue, un sentiment d'habilitation, la connaissance de soi, de nouveaux réseaux et un soutien social⁶.

Où cadre l'intervention dans le contexte d'autres réalités?

L'évaluation offre une méthode d'analyse de l'interaction entre les interventions et les forces sociales pour évaluer si des approches différentes peuvent *renforcer* ou *miner* des résultats positifs. Puisque les femmes assument traditionnellement le rôle de soignantes au sein de la famille, on néglige souvent la nécessité d'apporter des changements politiques⁷. L'évaluation d'un programme de perfectionnement des compétences pour les femmes qui offrent des soins à domicile à des parents peut rapporter des avantages à court terme au personnel soignant en le soulageant de certains types de stress personnels, mais ne tient pas compte du besoin sous-jacent de changements sur le plan institutionnel et politique (p. ex. les services de relève). Le processus d'évaluation permet de mesurer l'effet des interventions ou du manque d'interventions sur les hommes et les femmes.

Le sexe entre en ligne de compte

L'évaluation selon les disparités permet de dresser un ensemble de données probantes solides et plus rigoureuses sur les résultats, l'efficacité et la pertinence des politiques et des programmes de promotion de la santé. Il existe un riche ensemble d'outils évolutifs pour réaliser ces analyses comme en témoignent d'importantes initiatives menées dans l'Union européenne et en Amérique du Nord sur les préoccupations des femmes

Les analyses comparatives entre les sexes : Un exemple de santé mentale

Les chercheurs ont découvert qu'on diagnostique plus souvent les femmes comme souffrant d'un trouble de la personnalité limite ou d'un trouble dissociatif de la personnalité, et que ces deux problèmes sont liés à des expériences d'agression sexuelle et de traumatismes dans l'enfance. La recherche indique également que cette population a de la difficulté à obtenir des services adéquats, ce qui l'amène à recourir de façon répétée aux services d'urgence. Dans le cadre d'une étude canadienne réalisée auprès de femmes souffrant de troubles dissociatifs de l'identité, on s'est rendu compte que celles-ci, souvent, ne font l'objet d'aucun diagnostic pendant huit années et un quart environ. Il serait possible de réaliser des économies de quelque 84 899,44 \$ par personne en prononçant des diagnostics plus précoces et précis.

Une analyse comparative corrige ce problème en incluant des données non regroupées sur les sexes; en intégrant dans les diagnostics une compréhension des disparités (p. ex. la race et l'ethnicité) entre les hommes et les femmes comme des variables; et en recensant les lieux de prestation des services les plus souvent utilisés par les femmes et autres groupes (p. ex. les nouveaux immigrants). Une telle analyse révèle plus clairement en quoi le système fonctionne de manière différente ou semblable selon divers groupes d'hommes ou de femmes, ce qui mène à une meilleure prestation des services.

Adapté de : Pederson A., Hankivsky O., Morrow M. et Greaves L. *Gender-based Analysis: Using a Better Evidence Base for Research, Policy Making and Program Development in Health*. Vol. 1. Bureau pour la santé des femmes [2002, à venir].

dans le courant dominant⁸. Tel que mentionné dans la *Charte d'Ottawa*, il importe de tenir compte des disparités entre les sexes pour parvenir à l'équité et habilitier les gens. 🌐

Nous remercions les collègues suivantes du Bureau pour la santé des femmes : Lynne Dee Sproule, Virginia Adamson, Cathy Mattern et Susannah Bush; Wilfreda Thurston, de l'université de Calgary.

@ Veuillez cliquer ici pour consulter les références.

Trouver la bonne combinaison

Phyllis Colvin

Division de la politique, Direction générale de la politique de la santé et des communications, Santé Canada

Les stratégies de promotion de la santé sont des « paniers » ou « portefeuilles » de différents types d'interventions. Par conséquent, ce n'est pas seulement l'efficacité des interventions individuelles qui est importante, mais la façon de les agencer pour obtenir les combinaisons les plus efficaces. La documentation en matière de santé comprend quelques analyses très réussies de l'efficacité comparative des interventions fondées sur des mesures analytiques comme les épargnes réalisées par année de vie¹. Bien que ce type d'analyse soit très valable, elle ne suffit pas à étayer les stratégies complexes de promotion de la santé à l'échelle nationale.

On admet de plus en plus que les modèles analytiques doivent, pour être efficaces, utiliser des approches complexes, non linéaires et dynamiques pour englober l'éventail complet d'interventions existantes de même que les interactions possibles parmi ces interventions. L'automobile nous offre une analogie utile. Pour qu'une auto fonctionne, ses diverses composantes (source de carburant, châssis, moteur, batterie, carburateur) doivent être présentes et fonctionner en synergie. Dans le cas de la promotion de la santé, il faut le bon mélange de pièces — ou d'interventions — pour produire le véhicule le meilleur et le plus rentable possible².

Intégration dans l'élaboration des politiques

Santé Canada dans son ensemble est confronté au défi consistant à adopter une approche intégrée en matière d'élaboration des politiques. Comme dans le cas de la promotion de la santé, le Ministère réalise diverses activités et divers programmes, et il est à concevoir une approche intégrée en matière d'élaboration des

Critères d'évaluation des politiques de Santé Canada

- Capacité d'améliorer les résultats relatifs à la santé.
- Capacité de réduire les inégalités en matière de santé.
- Priorité gouvernementale ou ministérielle établie.
- Priorité fédérale-provinciale établie.
- Choix optimal d'instruments : possibilité d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé par rapport à d'autres interventions.
- Exercice approprié du rôle du gouvernement fédéral et de Santé Canada.
- Participation appropriée des partenaires, y compris une consultation préalable.
- Ressources humaines et autres en quantité adéquate pour assurer des résultats pertinents en matière de santé.
- Trouve-t-on une base de données probantes qui appuie l'approche/les mesures particulières qui sont proposées?
- Comment la proposition se compare-t-elle à d'autres autorités (p. ex. l'OMS, l'OCDE)?
- Capacité d'améliorer les résultats en matière de santé pour les enjeux abordés par rapport à d'autres enjeux et activités.
- Mesure dans laquelle un élément essentiel satisfait à des éléments d'autres priorités.
- Capacité de maintenir en place les ressources pour participer de manière constructive à des possibilités connexes ou à des collaborations nécessaires.
- Capacité d'assurer une transition vers des possibilités futures.

politiques et d'établissement des priorités afin de déterminer la combinaison générale la plus efficace en matière d'interventions. Le Ministère s'attaque actuellement à ce défi au moyen de certains outils de gestion plutôt simples décrits dans les documents d'entreprise portant sur les conglomérats³. Ces outils comprennent ce qui suit : des discussions continues à l'échelon organisationnel sur les politiques et priorités; la tenue à jour d'un « portefeuille » de propositions des quatre coins de l'institution; l'intégration des propositions; le renforcement de l'intégration au moyen de politiques, de planification et de budgets. Un élément majeur de ce type d'exercice est l'entente administrative sur les critères politiques, comme celles actuellement utilisées dans le milieu des politiques de Santé Canada (voir l'encadré).

La principale justification de ce type d'investissement est que les organisations disposant des « paniers d'activités » voulus sont en mesure d'absorber plus efficacement les risques que celles qui en sont dépourvues⁴. Tous ces éléments découlent des avantages liés à l'examen de la justesse et du contexte, ainsi que des possibilités qu'offre la synthèse de diverses propositions, notamment la création de plates-formes cohérentes pour la prestation des programmes.

Des modèles comme outils d'élaboration des politiques

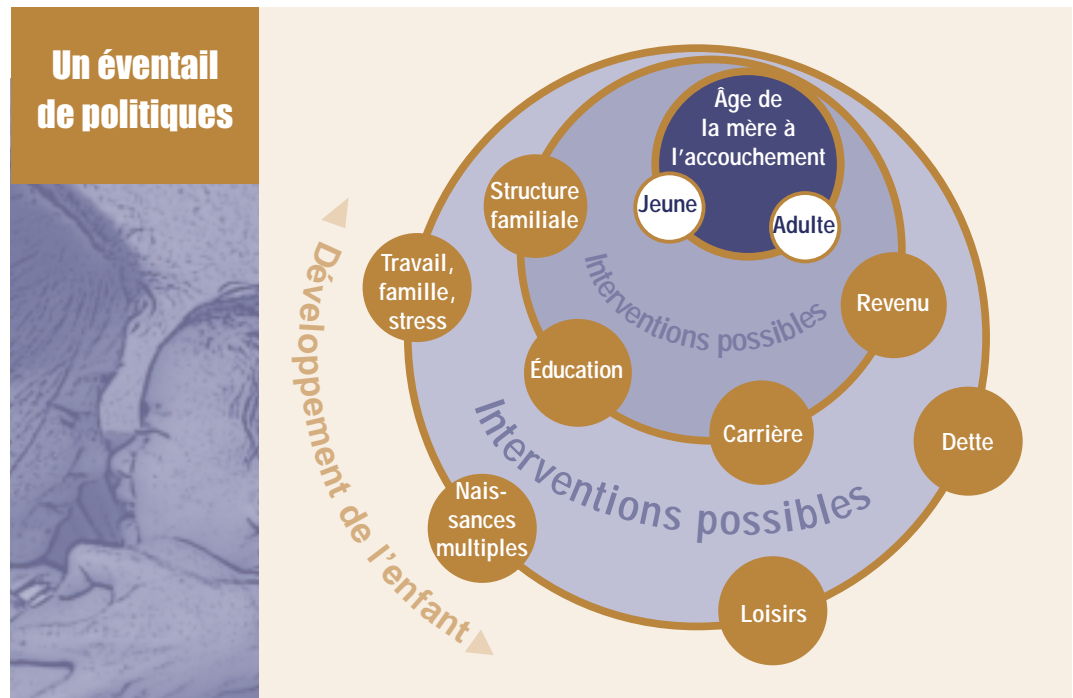
Santé Canada est présentement à élaborer de nouveaux mécanismes pour favoriser les prises de décisions complexes à multiples composantes. Le tout aura pour effet de fournir de meilleurs aperçus de la promotion de la santé en plus de relever le défi de réalisation de combinaisons d'interventions efficaces. Le regroupement de liens clairs et bien compris dans un modèle d'interventions constituerait un point de départ utile comme l'illustre l'exemple suivant. Ce dernier repose sur un récent exercice politique sur le développement du jeune enfant entrepris afin d'élaborer un « panier » d'interventions stratégiques en réponse à la hausse de l'âge des femmes ayant une première grossesse, une tendance observée au Canada depuis 1976⁵. Une

première étape importante consistait à recenser tous les secteurs stratégiques pouvant être touchés par cette tendance : avortement, reproduction humaine assistée, soins prénataux, rôle parental, revenu familial, dettes et plans de carrière, pour ne nommer que ceux-là. On a établi à partir de cette liste un modèle général qui tient compte non seulement de tous les secteurs politiques, mais rend explicite la toile complexe de rapports mutuels, de liens et de synergies. Le modèle a alors servi à élaborer une combinaison stratégique détaillée à partir d'options sélectionnées dans chacun des secteurs politiques pouvant être assemblés dans la plus grande harmonie possible.

En conclusion

De multiples interventions sont souvent mises à profit dans les stratégies de promotion de la santé, tout comme d'autres initiatives stratégiques complexes. Étant donné que chaque intervention peut influencer sur les résultats d'autres interventions, les décideurs doivent prendre en considération de tels liens et synergies au moment de sélectionner le « panier » d'interventions qui s'avérera le plus efficace. 🌐

@ [Veuillez cliquer ici pour consulter les références.](#)



Évaluer les lacunes

et aller de l'avant

Jim Ball

Directeur, Division de la santé de la population et du développement de la promotion de la santé, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada. directeur scientifique invité pour ce numéro du Bulletin de recherche sur les politiques de santé

Ce numéro du Bulletin de recherche sur les politiques de santé a abordé le thème de l'efficacité de la promotion de la santé, une approche « en amont » visant à améliorer la santé et à résoudre les inégalités dans l'état de santé. Les auteurs ont offert un survol éclairé de l'information applicable aux politiques et aux processus décisionnels, à la conception et à la mise en œuvre des programmes, ainsi qu'à la recherche d'évaluation et recherche appliquée. Ces articles portent également sur les efforts nationaux et internationaux actuels servant à élaborer et à appliquer des données probantes valables de l'efficacité des interventions en promotion de la santé.

Données probantes à des fins de planification et d'établissement des priorités

Les données probantes jouent un rôle fondamental dans les processus de planification de la santé, d'établissement des priorités et d'élaboration des politiques. Les besoins en financement et les obligations de rendre compte ont également contribué à accroître les données probantes à fournir pour justifier à fond les programmes et les politiques.

Les récents investissements réalisés dans l'information et la recherche en santé (p. ex. l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, l'*Initiative sur la santé de la population canadienne*, *Global Burden of Disease*) nous ont permis de beaucoup mieux comprendre l'état de santé de même que les déterminants de la santé et leurs rapports aux enjeux en matière de santé. Cette donnée probante de l'existence de « possibilités » commence à fournir de l'information claire quant aux problèmes de santé et aux facteurs susceptibles de rapporter les meilleurs gains en matière de santé si nous prenons les mesures efficaces qui s'imposent. Toutefois, il nous reste encore beaucoup à apprendre au sujet de ces « mesures efficaces ». Ce déséquilibre dans la base de données probantes se perpétue si nous n'accordons pas suffisamment d'importance à la recherche appliquée et à la recherche sur la mise en œuvre, ou au processus détaillé d'évaluation des politiques et des programmes. Par conséquent, nous avons souvent un tableau incomplet au moment d'entreprendre la planification de la santé de la population et de tenter d'établir des priorités stratégiques et des initiatives de programme.

Compte tenu de ce problème, des travaux ont été engagés à l'échelon international dans le cadre d'initiatives comme celles parrainées par l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPSES) (voir « Qui fait quoi », page 28). Santé Canada et divers experts canadiens ont été des participants clés dans ces initiatives et il est manifeste que des progrès ont été réalisés. Il existe des données probantes documentées et diffusées selon lesquelles la promotion de la santé peut atteindre des résultats menant à des améliorations de l'état de santé. Parallèlement, toutefois, il demeure plusieurs lacunes et défis relatifs à l'élaboration et à l'application de données probantes quant à l'efficacité de notre travail en matière de planification et de politiques.

Évaluer les lacunes

Il est crucial de bien comprendre les lacunes et les défis liés à l'élaboration et à l'application de données probantes sur l'efficacité dans nos efforts pour donner suite à ces lacunes et défis. Certaines des plus importantes lacunes sont les suivantes :

Une base inadéquate de connaissances appliquées dans les enjeux clés et nouveaux en matière de santé.

Plusieurs enjeux clés en matière de santé (p. ex. la santé mentale, le développement des capacités communautaires, les populations à risque, etc.) sont assez importants pour justifier l'attention à titre de priorités stratégiques. Toutefois, nous ne disposons pas d'une base d'information crédible et organisée pour les aborder correctement par le biais de politiques et de programmes.

À court terme, il serait possible de combler certaines lacunes en mettant en œuvre des projets de synthèse précis et des activités connexes telles que des conférences consensuelles. La participation du Canada aux initiatives mondiales représente une occasion stratégique d'harmoniser les données probantes à l'échelle internationale avec les besoins des Canadiens.

Évaluation systématique limitée de l'efficacité des stratégies existantes de promotion de la santé.

Les limites de la base de données probantes dans le contexte canadien tiennent au manque d'études d'évaluation détaillées et à long terme sur les initiatives actuelles en matière de politiques et de programmes. Malgré l'utilité de l'information sur les expériences de pays comparables, les décisions sur l'élaboration de programmes et politiques canadiens devraient reposer sur des données probantes fondamentales sur les processus, les résultats et les répercussions des stratégies canadiennes. Bien qu'on admette un niveau croissant d'activités dans le domaine de l'évaluation au pays, ces efforts ne sont pas soutenus sur une période suffisamment longue pour déterminer dans leur pleine mesure les avantages ou le manque d'avantages des interventions, particulièrement quant à leur incidence sur les résultats en matière de santé. Il faut regrouper les résultats des études et processus d'évaluation des programmes et partager l'information entre les divers enjeux et secteurs de programmes.

Accessibilité accrue aux connaissances sur l'efficacité et transfert accru des connaissances.

Les connaissances sur l'efficacité des interventions ne sont utiles que si l'on peut y accéder facilement et les appliquer avec pertinence dans les processus d'analyse et de planification. Mais à l'heure actuelle, il demeure difficile d'accéder à des données pertinentes et conviviales capables de soutenir ces processus. En plus d'être limitée, cette base de données probantes est répartie entre plusieurs sources à l'échelle mondiale.

L'élaboration d'un système intégré assorti d'une approche commune pour le recensement, le stockage et l'extraction de l'information sur l'efficacité qui soit pertinente aux besoins des Canadiens pourrait former

la base sur laquelle s'appuyer pour répondre à ces enjeux. Ce système pourrait comporter la création d'un dépôt virtuel en reliant les sources existantes d'information crédible et d'utilisateurs fournisseurs à un portail et à une « carte routière » pour faciliter l'accès. Les expériences d'autres pays tels que l'initiative « Gateway » de la Health Development Agency en Grande-Bretagne pourraient fournir des renseignements utiles sur la conception éventuelle d'un tel système au Canada.

On doit également pouvoir compter sur des stratégies de transfert du savoir pour fournir une analyse des données probantes dans des supports facilement exploitables dans le contexte stratégique actuel du Canada. Les initiatives de formation sauraient également soutenir l'interprétation et l'application pertinente des données probantes dans les processus liés aux politiques et à la planification.

Aborder les enjeux méthodologiques et élaborer des normes pour évaluer et appliquer les données probantes.

Il est nécessaire d'aborder de nombreux enjeux méthodologiques et terminologiques dans le cadre du processus d'élaboration d'une base de données probantes et d'application du travail réalisé en politique et planification. Il faudrait dégager les enjeux les plus importants et amorcer le travail pour parvenir à un consensus sur un ensemble cohérent de normes et de directives en se demandant :

- Qu'est-ce qu'une solide méthode d'évaluation?
- À quel moment ou à quelle étape peut-on généraliser les conclusions des études d'évaluation?
- Qu'est-ce qui constitue des données probantes à utiliser au niveau des décisions et de la planification?
- Qu'entend-on par pratiques exemplaires?
- Dans quelles circonstances est-il acceptable d'utiliser des modèles logiques ou des modèles de résultats pour combler les lacunes dans le travail d'analyse et d'élaboration des politiques?

Aller de l'avant

Compte tenu du rôle fondamental des données probantes sur l'efficacité dans nos efforts pour améliorer les résultats en matière de santé, ces lacunes et questions ainsi que d'autres enjeux pouvant être recensés nécessitent une attention concertée à l'échelle nationale. Un tel effort est une première étape essentielle pour améliorer la base de connaissance nécessaire pour orienter les priorités d'investissement et soutenir l'élaboration de solides initiatives en matière de politiques et de programmes qui contribueront à la santé et au bien-être des Canadiens. 🌐

Qui fait quoi?

Halina Cyr et Brenda Steinmetz, *Direction de la politique stratégique, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada*

Plusieurs initiatives d'envergure sont en cours pour synthétiser et diffuser des données probantes sur l'efficacité des interventions en promotion de la santé. Le présent article dresse le profil des initiatives internationales clés et des réseaux de recherche stratégique canadiens qui appuient l'élaboration de la base de données probantes sur la promotion de la santé.

Sur la scène internationale

Initiative	Approche	Priorités actuelles et orientations futures
Examens systématiques de l'efficacité dans le domaine de la santé et le domaine social		
Domaine de la promotion de la santé et de la santé publique — le Centre de collaboration Cochrane Le volet du Centre de collaboration qui représente la promotion de la santé et la santé publique. http://www.vichealth.vic.gov.au/cochrane/	<ul style="list-style-type: none">encourager la production et l'utilisation d'examen systématiques à l'aide de méthodes rigoureusessur le plan historique, mettre l'accent sur les études sur échantillon aléatoire et contrôléanalyser, pour l'instant, d'autres méthodes, (p. ex., qualitative, non aléatoire, économique)cibler les décideurs politiques, les praticiens et les consommateurs	Liens web utiles et plus de 75 examens analytiques, y compris : <ul style="list-style-type: none">la santé mentalela nutrition, l'embonpoint et l'obésitéla lutte contre le tabagismeles ensembles d'une population Prise en considération de stratégies pour améliorer la quantité, la qualité et la pertinence d'examen systématiques aux fins de la promotion de la santé.
La collaboration Campbell Affiliée avec la Collaboration Cochrane Collaboration, cette nouvelle initiative est axée sur les répercussions des politiques et pratiques sociales et éducatives. http://www.campbell.gse.upenn.edu	<ul style="list-style-type: none">préparer, maintenir et promouvoir l'accès à des examens systématiques de l'efficacitéopter d'abord pour les études sur l'échantillon aléatoire; on accepte les études sur échantillon non aléatoire;examiner des processus expérimentaux et quasi-expérimentaux et des méthodes qualitatives	Mis sur pied en 2000. Tenue de registres d'essais pratiques. Examens en cours dans trois secteurs de l'éducation, du crime et de la justice, et du bien-être social, y compris : <ul style="list-style-type: none">programmes de surveillance du voisinageemploi et formation des populations à risque économiquelogement et transport

UIPSES : Amener les décideurs et les chercheurs à promouvoir la pertinence par rapport à la politique

Les données probantes de l'efficacité de la promotion de la santé : Vers la santé publique dans une nouvelle Europe, un rapport de la Commission européenne (2000)

Un rapport de l'UIPSES qui évalue 20 ans de preuves sur les impacts de la promotion de la santé.

Non accessible électroniquement.
Pour placer une commande :
<http://www.iuhpe.nyu.edu>

- utiliser des analyses documentaires combinées à l'opinion d'expert
- miser sur un vaste éventail de méthodes
- assurer l'orientation par un groupe consultatif international et un groupe témoin d'experts politiques
- dégager les endroits où la promotion de la santé a amélioré les choses, les domaines ouverts aux débats et les lacunes dans la recherche
- recommander des domaines d'action

Ce rapport en deux volets inclut un document sommaire à l'intention des décideurs et un *livre de données probantes* détaillé à l'intention des conseillers de la politique publique. Répercussions des interventions évaluées sur le plan politique, social et économique ainsi que sur le plan de la santé, par exemple :

- le vieillissement
- la santé mentale
- le milieu de travail
- les maladies cardiaques

L'UIPSES est à lancer un projet de trois ans en compagnie de l'Organisation mondiale de la santé et d'autres partenaires mondiaux afin d'enrichir la base de données probantes. L'Organisation panaméricaine de la santé évaluera les initiatives communautaires en matière de santé.

Initiative	Approche	Priorités actuelles et orientations futures
------------	----------	---

Initiatives des pays : Établir une base de données probantes liées aux plans nationaux

États-Unis

The Guide to Community Preventive Services

Ce guide porte sur les sujets de santé publique liés aux objectifs énoncés dans Healthy People 2010. Dirigé par un groupe de travail multidisciplinaire indépendant sur les services communautaires de prévention et soutenu par les laboratoires de lutte contre la maladie.

<http://thecommunityguide.org>

- examiner systématiquement les données probantes d'efficacité et de rentabilité des interventions fondées sur la population
- utiliser un cadre analytique explicite; comprend un éventail de modèles d'étude
- évaluer les effets non intentionnels et les obstacles à la mise en œuvre
- recenser les lacunes au plan de la recherche
- formuler des recommandations pour l'utilisation des interventions

Le volume 1, attendu en 2003, aura 15 chapitres. Ceux terminés à ce jour portent sur :

- la prévention du tabagisme et la lutte contre le tabagisme
- les maladies évitables par vaccination
- les accidents de voiture

On trouve également de l'information sur les chapitres à venir, par exemple :

- la consommation et l'abus d'alcool
- l'activité physique
- le cancer
- les résultats améliorés de la grossesse
- l'environnement socioculture

Royaume-Uni

L'initiative sur la base de données probantes de la Health Development Agency (HDA)

La HDA est une autorité en matière de santé en Angleterre. La *base de données probantes* appuie la mise en œuvre du plan national « Saving Lives: Our Healthier Nation ».

<http://www.hda-online.org.uk/evidence/eb2000>

- miser sur les éléments qui réussissent à améliorer la santé publique et à réduire les inégalités
- recourir à une base de données consultable (*base de données probantes 2001*) d'examen systématiques accessible en version électronique, des analyses documentaires, des méta-analyses, etc.

Premières étapes d'élaboration, mais constitue une passerelle vers d'autres bases de données. Entre autres projets prévus :

- l'élargissement de la base de données dans les domaines prioritaires
- la traduction des données probantes dans la pratique

National Health Service Centre for Reviews and Dissemination (NHS-CRD)

Une organisation jumelle du Centre Cochrane, le CRD fait la promotion de la pratique fondée sur la recherche dans le centre national des services de santé.

<http://www.york.ac.uk/inst/crd/>

- entreprendre des examens systématiques
- tenir à jour des bases de données consultables
- fournir des conseils sur la réalisation d'examen

Certains examens portent sur la promotion de la santé et la prévention des maladies; la plupart sont axées sur les soins de santé.

Production en 2000 d'un rapport sur les données probantes découlant des examens systématiques de la recherche pertinente à la mise en œuvre d'un programme global de santé publique. Le rapport fait présentement l'objet d'une mise à jour.

Données probantes pour le centre de coordination de l'information sur les politiques et la pratique (Evidence for Policy and Practice Information Coordinating Centre (EPPI- Centre))

Volet de l'unité de recherche en sciences sociales, London University Institute of Education, Royaume-Uni.

<http://eppi.ioe.ac.uk/>

- effectuer du travail fondé sur des données probantes et portant sur les interventions en promotion de la santé et d'autres interventions sociales
- tenir à jour le registre des examens de l'efficacité de la promotion de la santé (*Register of Reviews of Effectiveness in Health Promotion*)

Plus de 400 examens organisés par mot-clé selon :

- la santé (p. ex. la santé sexuelle, le tabac)
- les groupes de la population (p. ex. l'âge, le sexe)
- le type de méthode (p. ex. les méta-analyses)

Du côté canadien



Consortium canadien pour la recherche en promotion de la santé

✳ Le Consortium, qui réunit 14 centres universitaires, vise à améliorer la recherche, les politiques et la pratique en promotion de la santé au Canada (<http://www.utoronto.ca/chp/chp/consort/>). Les centres membres mènent un travail important relié à l'efficacité, notamment :

- l'élaboration d'indicateurs de santé communautaires et la création d'outils d'évaluation;
- la préparation de documents de travail tels que « Mode de vie sain : Rehausser l'efficacité des approches axées sur le mode de vie pour améliorer la santé » et « An Assessment of the Methods and Concepts Used to Synthesize the Evidence of Effectiveness in Health Promotion: A Review of 17 Initiatives »;
- le parrainage de symposiums internationaux sur l'efficacité et la collaboration sur le travail international pour évaluer la promotion de la santé (voir page 8).

Organismes de financement de la recherche

✳ Les **Instituts de recherche en santé du Canada** financent des activités de recherche novatrices ainsi que des stratégies de transfert du savoir. À titre d'exemple, l'université McMaster reçoit du financement pour un projet sur l'élaboration et l'évaluation de stratégies visant à résumer et à diffuser aux praticiens, décideurs des politiques publiques et consommateurs les conclusions des études systématiques menées en santé publique et en promotion de la santé. Le document sera terminé en fin d'année 2002 (<http://www.irsc.ca>).

✳ L'**Initiative sur la santé de la population canadienne**, un volet assumé par l'Institut canadien d'information sur la santé, offre des fonds pour la recherche en vue de répondre aux questions suivantes : Dans quelle mesure les politiques et programmes majeurs du Canada améliorent-ils la santé de la population? Quels sont les avantages pour l'état de santé des interventions axées sur la population? Quelles stratégies clés pourrait-on intégrer dans une approche détaillée abordant les déterminants de la santé? (<http://www.icis.ca/french/froadmap/fCPHI/fundingprogramf.shtml>).

Initiatives d'examen systématique

✳ Le projet intitulé **Effective Public Health Practice Project**, une initiative du Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique

du gouvernement de l'Ontario, est lié au projet de Collaboration Cochrane. Le site Web propose une vingtaine d'examen systématiques sur l'efficacité. Entre autres sujets abordés, mentionnons la lutte contre le tabagisme, la santé des adolescents et la nutrition (<http://www.city.hamilton.on.ca/sphs/EPHPP/default.htm>).

✳ Le **Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs** mène des examens systématiques et formule des recommandations sur les mesures préventives cliniques, y compris la prévention primaire (<http://www.ctfphc.org/>).

Projets de démonstration en recherche sur les politiques

✳ L'initiative communautaire de l'Ontario intitulée **Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur** est un projet de démonstration longitudinal en recherche sur les politiques qui vise à offrir de l'information sur l'efficacité de la prévention et de la promotion auprès des enfants. Le rapport des constatations à court terme issu de la phase de démonstration (1993-1998) est affiché sur le site Web (<http://bbbf.queensu.ca/>).

✳ Mise sur pied en 1991, la **Société de recherche sociale appliquée** est une organisation à but non lucratif qui évalue les programmes sociaux existants et met à l'essai les nouvelles idées de programmes pour fournir aux décideurs et praticiens des données probantes fiables sur ce qui fonctionne et ne fonctionne pas en politique sociale (<http://www.srdc.org/>).

Partage des outils et de l'apprentissage

✳ Les conclusions sur le renforcement des capacités en recherche et en promotion de la santé dans le cadre de l'**Initiative canadienne en santé cardiovasculaire** figurent dans un récent supplément de *Promotion & Education* (N° 1, 2001), publié par l'Union internationale de promotion de la santé et de l'éducation pour la santé.

✳ Lancé en 1999, le **Projet Dividende de la prévention** vise à démontrer où réaliser de bons investissements en prévention et en intervention précoce, et à démontrer les outils et les méthodes permettant de calculer leur incidence économique. Le financement provient de divers secteurs, y compris le gouvernement fédéral (<http://www.prevention-dividend.com>).

✳ Pour obtenir de l'information à jour sur la promotion de la santé et la santé de la population, visiter le **site Web de la Santé de la population** de Santé Canada (<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/ddsp/>). 🌐



La chronique régulière « Le saviez-vous? » qui figure dans le Bulletin de recherche sur les politiques de santé porte sur les aspects de la recherche et des données sur la santé pouvant faire l'objet de méprise. Dans ce numéro, nous examinons certains mythes statistiques relatifs à la corrélation et à la cause.

La corrélation et la causalité démystifiées

Allan Pollock, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité, Santé Canada

Pratiquement tous ceux qui s'adonnent à la recherche statistique sont familiers avec le mantra suivant : la corrélation n'est pas la causalité.

Lorsqu'on tente d'évaluer l'efficacité des interventions en santé, il est souvent facile de trouver des changements dans les indicateurs de la santé ayant trait avec la mise en œuvre d'une intervention donnée en santé. Cependant, on peut déduire qu'il y a efficacité seulement dans une relation causale entre l'intervention et le résultat sur la santé. Malheureusement, il faut souvent beaucoup de temps pour constater les effets réels des interventions en promotion de la santé sur les résultats de la santé. En d'autres mots, il faut prendre en considération le temps écoulé entre l'intervention en promotion de la santé et les résultats sur la santé avant d'inférer un rapport causal entre eux.

L'objet de présent article consiste à expliquer les différences entre la corrélation et la causalité, et à expliquer en quoi les récents développements statistiques aident les chercheurs à établir des inférences sur les relations causales à partir des corrélations statistiques.

Les hôpitaux et la mortalité : Une corrélation mal interprétée

Un examen des données sur l'utilisation des hôpitaux indique clairement que les taux de mortalité sont plus faibles pour les gens n'ayant pas été admis dans un hôpital au cours d'une période donnée que ceux qui ont été hospitalisés. En termes statistiques, il existe une corrélation entre la probabilité de mortalité et l'hospitalisation.

Devriez-vous alors inférer une relation causale de cette corrélation statistique? Autrement dit, le fait d'aller à l'hôpital peut donc faire augmenter les risques de mourir. En examinant cette question, nous devons être au fait qu'il se trouve trois raisons pour lesquelles il peut y avoir corrélation entre la mortalité et l'hospitalisation :

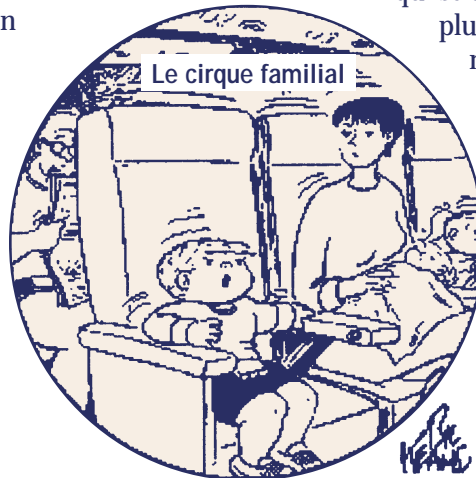
- un facteur peut être la cause de l'autre;
- les deux variables peuvent également se rattacher à une troisième variable, qui est peut-être cachée;
- la corrélation peut tout simplement découler du hasard.

Bien qu'on puisse recenser des cas de mortalité attribuables à une faute professionnelle médicale, il est très improbable que cela représente une proportion élevée de morts à l'hôpital. Cependant, une analyse plus étroite nous permettrait d'apprendre que les maladies graves conduisent souvent à la mort, et que les gens qui se trouvent à l'hôpital présentent de bien plus grandes probabilités d'être gravement malades que ceux qui ne sont pas à l'hôpital. Après avoir examiné adéquatement les rapports pertinents entre la maladie, l'hospitalisation et la mortalité, nous risquons de découvrir une situation opposée, c'est-à-dire que les hôpitaux *sauvent* des vies.

Les corrélations sont rarement simples

Le seul cas où l'on peut inférer sans risque de se tromper une relation causale est lorsque la corrélation découle d'une expérience aléatoire. Dans ce type d'expérience, la seule façon d'expliquer les différences entre le groupe témoin et le groupe expérimental est le traitement

lui-même. Puisque les expériences aléatoires sont coûteuses et parfois contraires à l'éthique, il faut fonder les estimations de la plupart des relations sur les données issues d'autres sources. Ce faisant, il peut être difficile d'établir des inférences causales, étant donné que la majorité des corrélations sont le résultat combiné d'une relation causale directe, d'un rapport indirect intégrant une troisième variable et d'une coïncidence.



J'aimerais bien qu'ils cessent d'activer le signal « Attachez votre ceinture ». À toutes les fois qu'ils le font, ça se met à brasser.

Ré-imprimé avec la permission de King Features Syndicate.

► Suite à la page 33



L'utilisation des DONNÉES relatives à la santé au Canada

L'utilisation des données relatives à la santé au Canada est une chronique régulière du Bulletin de recherche sur les politiques de santé qui met en lumière certaines méthodes couramment utilisées dans l'analyse des données sur la santé. Dans ce numéro, nous offrons un survol des mesures sommaires de la santé de la population.

Au-delà de l'espérance de vie ...

Ron Wall et Robyn Foster, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité, Santé Canada

On a fait un usage généralisé des mesures sommaires composites pour contrôler les changements dans la santé des populations et pour aider les décideurs à comparer l'incidence sur la santé de diverses interventions en promotion de la santé et autres. Cet article décrit certains indicateurs composites utilisés pour mesurer la durée et la qualité de vie, en commençant par la durée de vie. Il brosse un tableau des mesures clés et décrit comment on s'y prend pour les calculer.

Niveau et causes de la mortalité : Incidence des maladies et blessures mortelles

L'**espérance de vie** (EV) est la durée de vie moyenne pendant laquelle une personne peut s'attendre à vivre à partir d'un certain âge, si les taux de mortalité courants se maintiennent. Bien qu'on puisse la calculer à tout âge, l'espérance de vie à la naissance est la mesure sommaire la plus utile au plan de la mortalité pour comparer les populations, puisque cette mesure tient compte des différences dans la mortalité parmi les nourrissons et les très jeunes enfants.

Les **années potentielles de vie perdues** (APVP) pour cause de mortalité représentent une mesure importante de la mort prématurée qui compare l'âge de la mort à un âge arbitraire (p. ex. 75 ans) et fournit de l'information sur les causes

précises de la mortalité. L'APVP accorde aux blessures, qui entraînent la mort de beaucoup de jeunes gens, un poids plus important que les maladies du système circulatoire et les cancers, qu'on associe essentiellement à la mort parmi les personnes âgées. L'APVP est un outil utile au moyen duquel déterminer les priorités dans les programmes de prévention et de promotion de la santé. L'un des désavantages de cette mesure est qu'elle ne tient pas compte des années de vie vécues au-delà de l'âge arbitraire.

Invalidité et qualité de vie : Incidence des maladies non mortelles

L'**espérance de vie sans invalidité** (EVSI) réduit l'espérance de vie pour la période de temps pendant laquelle une personne vit avec une invalidité. Au Canada, les limites de l'activité déclarées par l'intéressé servent à calculer approximativement les invalidités.

L'**espérance de vie pondérée par la qualité de l'existence** (EVPQE) est une mesure plus vaste de l'espérance de santé qui fait progresser la mesure en ajustant l'espérance de vie pour la qualité de vie vécue à un fonctionnement déficient sur le plan physique, mental ou social. Au moyen de cette approche, les années passées dans une forme de santé moins qu'optimale peuvent être agrégées aux années passées en bonne santé.

La **longévité pondérée par l'invalidité** (LPI) calcule les années de vie saine perdue en raison de maladies et blessures en combinant les années de vie perdues en raison d'une mortalité prématurée avant un âge arbitraire aux années vécues avec une invalidité. Les mesures de pondération utilisées pour agréger les années vécues avec une invalidité témoignent des préférences pour différents états d'invalidité. Contrairement au classement fondé sur la mortalité prématurée, le LPI tient compte des effets sur la santé des problèmes de santé non mortels. On a également produit des estimations de l'espérance de vie sans invalidité (EVSI) en ajustant l'espérance de vie et la prévalence d'une invalidité selon les conditions de santé par groupe d'âge et la pondération estimative pour chaque type d'invalidité. La LPI et l'EVSI sont limitées par la disponibilité et la qualité des données épidémiologiques.



Tableau 1 : **Calcul des mesures sommaires de la santé de la population**

Mesure sommaire	Mode de calcul
Espérance de vie (EV) : indicateur généralisé de la durée de vie.	Indicateur formulé au moyen des méthodes des tables de survie, qui appliquent des données sur la mortalité courante par âge et par sexe d'une population pour une période d'observation donnée, habituellement l'année civile, pour estimer la survie d'une cohorte hypothétique avec le temps.
Années potentielles de vie perdues (APVP) : indice des années de vie possibles perdues par suite d'une mortalité prématurée.	L'âge moyen de la mort par cause dans chaque groupe âge et de sexe est soustrait de 75 (ou 70) et multiplié par le nombre de morts.
Espérance de vie sans invalidité (ESVI) : durée de vie raccourcie en raison des années vécues avec une invalidité.	Les enquêtes sur la santé et les recensements fournissent des données sur la fréquence des invalidités par âge et par sexe. La proportion de gens avec une invalidité est alors appliquée à la table de survie décrite ci-dessus.
Espérance de vie pondérée par la qualité de l'existence (EVPOE) : durée de vie raccourcie en raison des années vécues avec un fonctionnement déficient sur le plan physique, mental et social.	Les enquêtes sur la santé menées depuis 1990 offrent des données sur la fréquence des états de santé propres à l'âge et au sexe — p. ex. le pointage global de <i>McMaster Health Utilities Index Mark III</i> sur la qualité de vie reliée à la santé. Les pointages moyens sont alors appliqués à la table de survie décrite ci-dessus.
Longévité pondérée selon l'invalidité (LPI) : années de vie possibles perdues et années vécues avec une invalidité.	Les données épidémiologiques sont combinées aux facteurs de pondération utilisés évaluer les années de vie perdues en raison d'une invalidité résultant d'un incident en ce qui a trait à certains problèmes de santé. Cette estimation s'ajoute aux années de vie perdues en raison d'une mort prématurée.

Suite de la page 31




@ [Veuillez cliquer ici pour consulter les références pour L'Utilisation des Données relatives ...](#)

La façon dont les chercheurs traitent du problème de la troisième variable (comme la gravité d'une maladie) dépend de la possibilité d'observer la variable en profondeur. Dans le cas de la mortalité à l'hôpital, l'accès aux données sur la gravité de la maladie menant à la mort chez les personnes à l'intérieur et hors de l'hôpital permettrait aux chercheurs d'appliquer le rapport tel qu'illustré ci-dessus. Toutefois, s'il n'existe pas de données individuelles détaillées ou si la cause de la mort ne peut être déterminée pour chaque personne, la situation est plus problématique.

Existence de nouvelles techniques

Les récents développements dans les méthodes statistiques, comme les variables instrumentales, la différence à l'intérieur des différences et d'autres méthodes consistant à

exploiter des « expériences naturelles », ont débouché sur plusieurs techniques pour s'attaquer aux problèmes empiriques liés aux variables cachées. Toutes ces techniques ont été conçues dans l'espoir de simuler une expérience aléatoire, ce qui aiderait les chercheurs à établir des inférences sur les relations causales sans mener une expérience vraiment aléatoire.

Bien que l'exemple de la mortalité à l'hôpital semble à la fois extrême et évident, il met en lumière un aspect crucial de l'application de toute méthode statistique, à savoir qu'aucune technique statistique ne peut engendrer d'estimations fiables d'une relation causale si elle n'est pas appliquée dans un cadre théorique pertinent. 



Nouvelles notables est une chronique régulière du Bulletin de recherche sur les politiques de santé qui met en lumière la recherche stratégique de l'heure dans le domaine de la santé.

Priorités de recherche des services de santé des sous-ministres

Au printemps 2001, les sous-ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont défini leurs priorités conjointes en matière de services de santé et de recherche stratégique connexe. Ces priorités seront mises en commun avec les intervenants canadiens dans un rapport consolidé intitulé *À l'écoute*, qu'on peut consulter sur les sites suivants :

- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé — <http://www.fcrss.ca>
- Instituts de recherche en santé du Canada — <http://www.irsc.ca>
- Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé — <http://www.ccohta.ca>
- Institut canadien d'information sur la santé — <http://www.icis.ca>

Outil politique nouveau et puissant

Un nouvel outil politique — le modèle de microsimulation de l'impôt au titre de la santé (Health-Tax Microsimulation Model (HTSIM)) — permet aux décideurs de simuler des changements dans le traitement fiscal des dépenses liées à la santé et d'évaluer les répercussions sur la répartition et les coûts de tels changements. Ce modèle illustre les changements survenus au niveau du revenu et l'incidence sur la répartition de mesures suivantes : la modification des paramètres fiscaux des mesures existantes telles que le crédit d'impôt pour dépenses médicales; l'attribution de (nouveaux) avantages imposables; l'évaluation des nouvelles manières d'offrir une aide pour les menues dépenses en santé et même, la modification des programmes existants de soutien du revenu ou l'adoption de nouveaux programmes du genre. La Division de la modélisation par microsimulation et de l'analyse de données (DMMAD) et le milieu politique de Santé Canada unissent leurs efforts pour formuler des options viables de santé dans le cadre du régime fiscal. Pour de plus amples détails, communiquez avec Anil Gupta à anil_gupta@hc-sc.gc.ca

CD-Rom Éco-Santé OCDE 2001



L'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) a diffusé sa version 2001 de son CD-Rom Éco-Santé, qui contient des données relatives à la santé des pays membres. Le CD-Rom permet à ses utilisateurs de faire des comparaisons entre plusieurs pays sur des enjeux tels que la mortalité, la morbidité, les ressources et l'utilisation des soins de santé, ainsi que le financement et la rémunération. Les résultats sont disponibles en divers formats et peuvent être exportés dans Excel® et autres documents. Pour obtenir de plus amples détails, visitez le site Web de l'OCDE à <http://www.oecd.org>

Financement de la recherche sur la politique en matière de santé

Le Programme de recherche sur la politique en matière de santé (PRPS) est un programme de contribution stratégique et ciblé de la Direction de la recherche appliquée et de l'analyse (DRAA). Il permet de produire de la recherche extra-muros pertinente à la politique et conçue pour répondre aux besoins du Ministère. Le PRPS appuie les projets de recherche et de développement, les projets pertinents à la politique, les ateliers, séminaires et conférences, ainsi que les partenariats fédéral-provinciaux-territoriaux en recherche. Les demandes de propositions dans les secteurs prioritaires de Santé Canada seront affichées sur le site Web de la DRAA (<http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>) aux dates suivantes :

- recherche et synthèse primaire — annuellement, les 15 janvier, 15 septembre et 15 novembre
- ateliers et séminaires — annuellement, les 1^{er} mars, 1^{er} octobre et 1^{er} décembre

Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs

Un nouveau guide des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis dans lequel sont décrits les éléments clés des programmes anti-tabagisme efficaces au niveau des états, y compris les programmes destinés aux collectivités, aux écoles et à l'état entier. Ce document (*Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs*), publié en août 1999,



met à profit les leçons apprises pour donner suite à l'incidence de divers programmes visant à réduire le fardeau des maladies reliées au tabac. On peut obtenir le guide à l'adresse suivante : <http://www.cdc.gov/tobacco/interv.htm>

Le modèle de promotion de la santé de la population

Le modèle de promotion de la santé de la population : Éléments clés et mesures qui caractérisent une approche axée sur la santé de la population est une ressource visant à promouvoir la compréhension de l'approche en santé de la population. Ce travail en cours de Santé Canada organise et consolide les connaissances actuelles sur la santé de la population sous huit « éléments clés ». Le modèle a divers usages, y compris l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de programmes; la formation et l'éducation; et l'évaluation. Il a servi à élaborer un cadre d'analyse pour les *Études de cas pour la mobilisation régionale de l'approche santé de la population*. Les documents sont offerts sur le site Web de la Santé de la population à <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/ddsp/ressources/index.html>



Numéros spéciaux de l'American Journal of Health Promotion

L'incidence financière de la promotion de la santé (The Financial Impact of Health Promotion) est l'objet d'un numéro spécial de l'*American Journal of Health Promotion* (mai-juin 2001, vol. 15, n° 5). La publication présente des points de vue stratégiques de l'entreprise et du gouvernement fédéral, et aborde les défis méthodologiques. On y trouve également des analyses documentaires de l'incidence financière des programmes de promotion de la santé et du tabagisme sur les coûts reliés à la santé. Pour une table des matières plus détaillée, visitez le site Web de la publication (<http://www.healthpromotionjournal.com/>). Surveillez également des les numéros spéciaux à venir sur les stratégies les plus efficaces en matière de promotion de la santé et l'incidence sur la santé des activités de promotion de la santé.

Indicators that Count! — Measuring Population Health at the Community Level

Cette ressource du centre de promotion de la santé de l'Université de Toronto définit un cadre d'évaluation de la santé à l'échelle communautaire. Le cadre englobe un vaste éventail d'indicateurs. Les auteurs concluent que,

pour que les indicateurs aient un sens et soient profitables à l'échelon local, ils doivent avoir de la pertinence quant aux valeurs, aux objectifs et aux enjeux locaux. De plus, il faut les élaborer selon un processus qui met à contribution les décideurs et le public. Pour de plus amples détails, visitez le site Web <http://www.utoronto.ca/chp/p-titles.htm>

An Ounce of Prevention ... What are the Returns?

Les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis ont produit un document intitulé *An Ounce of Prevention ... What Are the Returns?* (2^e édition, 1999), qui offre un compte rendu sur 19 stratégies de prévention des maladies et de styles de vie sains afin de promouvoir la santé et le bon sens économique. Une compilation de sommaires d'une page est offerte à l'adresse <http://www.cdc.gov/epo/prevent.htm>

Les dispensateurs de soins au Canada

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) vient de publier un rapport intitulé *Les dispensateurs de soins au Canada*. Ce rapport spécial est le premier du genre et présente une compilation factuelle des recherches actuelles, des tendances historiques, ainsi que des nouvelles données, constatations et analyses sur les dispensateurs de soins au Canada. Bien que le projet englobe les dispensateurs réglementés, les dispensateurs non réglementés et les aidants naturels, il vise surtout le premier groupe en raison des données plus riches dont on dispose et de l'intérêt public et politique croissant. Le rapport est accessible sur <http://www.cihi.ca/french/findex.htm>

Inégalité socioéconomique et maladies cardiaques

Inequality Is Bad for Our Hearts: Why Low Income and Social Exclusion Are Major Causes of Heart Disease rassemble les plus récentes données probantes sur le rôle que le faible



revenu joue dans le développement de maladies cardiovasculaires. L'incidence du revenu se manifeste par des processus de privation matérielle, le stress psychologique excessif et l'adoption de comportements malsains. On y énonce les raisons du taux croissant de Canadiens ayant un faible revenu, et on y offre des solutions politiques. Réalisé à la demande du North York Heart Health Network et rédigé par Dennis Raphael de l'Université York, ce rapport est accessible à <http://depts.washington.edu/eqhlth/paperA15.html>

Faites une croix sur votre calendrier



Quoi	Où	Thème
6^e Congrès canadien sur la promotion de la santé	Du 7 au 10 avril 2002 Victoria (Colombie-Britannique) http://www.hp2002.uvic.ca	La façon dont les partenariats interdisciplinaires et intersectoriels peuvent faciliter et soutenir le changement
E-Health 2002: A New Era of Health Delivery	Du 20 au 23 avril 2002 Vancouver (Colombie-Britannique) http://www.e-health2002.com	La façon dont les innovations et les collaborations en santé électronique améliorent la planification de la santé, la prestation des soins de santé, la pratique de la santé et les décisions
6^e Conférence mondiale sur la prévention et le contrôle des traumatismes	Du 12 au 15 mai 2002 Montréal (Québec) http://www.trauma2002.com/indexfr.htm	Améliorer la sécurité des populations par la réduction du nombre de blessures, attribuables aux suicides ou à des événements interpersonnels violents
10^e Conférence canadienne sur la recherche en économie de la santé (ACRES)	Du 22 au 25 mai 2002 Halifax (Nouvelle-Écosse) http://www.chera.ca/cgi-bin/WebObjects/ConferenceManagement.woa	Stabilité et changement dans le système de soins de santé au Canada
International Union for Health Promotion and Education 5th European Conference on Effectiveness and Quality of Health Promotion	Du 11 au 13 juin 2002 London (Royaume-Uni) http://www.newdimensions2002.co.uk	Nouvelles dimensions dans la promotion de la santé : lier les programmes de promotion de la santé aux politiques publiques
7th International Symposium for Health Information Management Research	Du 26 au 28 juin 2002 Sheffield (Royaume-Uni) http://www.shef.ac.uk/~is/research/chimr/shimr/index.htm	Le défi consistant à utiliser la technologie de l'information dans les systèmes d'information au profit des professionnels de la santé, des gestionnaires, des planificateurs, des patients et du public
93^e Conférence annuelle de l'Association canadienne de santé publique	Du 7 au 10 juillet 2002 Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest) http://www.cpha.ca	Notre santé environnementale — des départs sains, la mondialisation, la liaison de l'environnement et de la santé, l'évolution des gouvernements en matière de santé
Conférence nationale de la recherche sur les politiques de 2002	Du 23 au 25 octobre 2002 Ottawa (Ontario) http://www.policyresearch.gc.ca/	Tendances futures : risques — l'importance de comprendre et de gérer les risques dans l'élaboration des politiques

Références

Références pour « Promotion de la santé : De quoi s'agit-il » (p. 5)

1. Santé Canada. « Pour une compréhension commune : Une clarification des concepts clés de la santé de la population », document de travail rédigé par le Sous-groupe sur le cadre conceptuel de la santé de la population pour le Groupe de travail sur une stratégie sur la santé de la population, 1996. <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/ddsp/docs/common/index.html>

Références pour « Enjeux et défis liés à l'évaluation de l'efficacité de la promotion de la santé » (p. 10)

1. I. Rootman et al. *Evaluation in health promotion: Principles and perspectives* (European Series, N° 92). Danemark : Publications régionales de l'Organisation mondiale de la santé, 2001, p. vii.
2. E.J. Posavac, Carey, R.G. *Program evaluation methods and case studies* (5^e édition). Upper Saddle River : Prentice Hall, 1997.
3. K.M. Emmons. Health behaviors in a social context. Dans : Berkman L.F., Kawachi I. (eds) *Social epidemiology*. New York : Oxford University Press, 2000 : 242-266.
4. N. Mays, Pope, C. Qualitative Research: Rigour and Qualitative Research. *British Medical Journal*, 1995; 311 : 109-112.
5. E. Murphy, Dingwall, R. Qualitative methods in health services research. Dans : Black N., Brazier J., Fitzpatrick R., Reeves B. (eds) *Health services research methods: A guide to best practice*. London : BMJ Books, 1998 : 129-138.
6. S. Macintyre, Ellaway, A. (2000). Ecological approaches: Rediscovering the role of the physical and social environment. Dans : Berkman L.F., Kawachi I. (eds) *Social epidemiology*. New York : Oxford University Press, 2000 : 332-348.

Références additionnelles :

M.F. Drummond, O'Brien, B., Stoddart G.L., Torrance G.W. *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (2^e édition). New York : Oxford University Press, 1997.

D. Nutbeam. « Health Promotion Effectiveness — The Questions to be Answered ». *The Evidence of Health Promotion Effectiveness — Shaping Public Health in a New Europe*. International Union for Health Promotion and Education, 1999.

C. Pope, Mays, N. Qualitative research: Reaching the Parts Other Methods Cannot Reach: An Introduction to Qualitative Methods in Health and Health Services Research. *British Medical Journal*, 1995; 311 : 42-45.

Références pour « Deux évaluations : PACE et PCNP » (p. 14)

1. M.H. Boyle, Offord, D.R. *Community Action Program for Children (CAPC) Proposal for a National Evaluation Framework*, Centre for Studies of Children at Risk, McMaster University Faculty of Health Sciences and Chedoke-McMaster Hospitals, 1995.
2. Santé Canada. Groupe d'évaluation, Direction de la planification stratégique et de l'examen, *Canada Prenatal Nutrition Program Evaluation Framework*, rédigé par Gail V. Barrington and Associates, Calgary, 1996.
3. Santé Canada. Division ministérielle d'évaluation de programme, *Module 3 : Performance Measurement Training Series. Case Study on the CPNP Data Collection System*, rédigé par le Barrington Research Group, Inc., Calgary (Alberta), 2001.
4. M.H. Boyle. *Community Action for Children (CAPC) National Impact Evaluation: Preliminary Findings Interim Report*, 1999.
5. Santé Canada. *Participants au PCNP PPHB — National Frequency Report, January 1995-May 2001*, rédigé par le Barrington Research Group, Inc., Calgary (Alberta) 2001.

6. M.H. Boyle. *Community Action Program for Children (CAPC) National Evaluation: Impact Analysis*, 2000. Pour une analyse nationale complémentaire, voir : Palacio-Quintin, E., *Community Action Program for Children (CAPC) National Impact Evaluation: New Analysis*, 2001 à i.
7. Santé Canada. *Programme canadien de nutrition prénatale. Rapport de QC 2000*, rédigé à la demande de Santé Canada par Barrington Research Group, Inc., Calgary (Alberta), 2000.
8. L. Guyn. *Canada Prenatal Nutrition Program: Measuring the level of Implementation*, Document non publié rédigé par Barrington Research Group, Inc., Calgary (Alberta), 2001.
2. R. Colman. « La santé des femmes dans les provinces de l'Atlantique : données statistiques ». *Bulletin de recherche des centres d'excellence pour la santé des femmes*, vol. 1, n° 1, automne 2000 : 5.
3. *La politique de Santé Canada en matière d'analyse comparative entre les sexes*, op. cit. p. 1.
4. Pour des exemples de recherche participative en promotion de la santé, voir M. Denton, M. Hakjukowski-Ahmed et al., *Women's Voices in Health Promotion*. Canadian Scholars Press, Toronto, 1999; et les ressources produites jusqu'en 1999 par le biais du McMaster Research Centre for Promotion of Women's Health (<http://www.mcmaster.ca/mrcpowh/index.html>). Voir également les projets de recherche financés par le biais des Centres d'excellence pour la santé des femmes de Santé Canada (<http://www.cewh-cesf.ca>).

Références pour « Partenariat pour un changement social : Campagne Dodo sur le dos! » (p. 19)

1. Santé Canada. *Benchmark Survey on Awareness, Knowledge and Behaviors Relating to Sudden Infant Death Syndrome (SIDS)*, rédigé par Environics Research Group, mars 1999.
2. Santé Canada. *Sudden Infant Death Syndrome: A Tracking Survey on Awareness, Knowledge and Behaviors*, rédigé par Environics Research Group, juin 2001.

Références pour « Le rôle du sexe : Évaluer l'efficacité de la promotion de la santé » (p. 22)

1. La *Stratégie pour la santé des femmes de Santé Canada* (Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1999) recense 64 engagements se rapportant à la santé des femmes et aux analyses comparatives entre les sexes. Pour des définitions pratiques des termes clés, voir également : *La politique de Santé Canada en matière d'analyse comparative entre les sexes*. (Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2000); et T.M. Wizemann et M. Pardue, eds. *Exploring the Biological Contributions to Human Health: Does Sex Matter*. Institute of Medicine : National Academy of Sciences, 2001. Pour une liste des ressources pertinentes à cet article, voir le site Web du Bureau pour la santé des femmes : <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/femme>
5. D^r Wilfreda Thurston. Communication personnelle, novembre 2001. W.E. Thurston, Crow, B.A., Scott, C.M. *The role of women's organizations in health policy development, implementation and dissemination*. Rapport soumis à Santé Canada, Direction de la promotion et des programmes de santé, 1998.
6. T. Horne, Kirby, S. Trudeau, J. *Final Evaluation Report of Catching Our Breath Too*. Women's Health Clinic. Winnipeg, février 1999.
7. K. Grant. GBA: Beyond the Red Queen Syndrome. Présentation à l'occasion de la rencontre sur l'analyse comparative entre les sexes tenue à Ottawa le 31 janvier 2002. Voir aussi P. Armstrong, Amaratunga, C., Bernier, J. et al., *Exposing Privatization: Women and Health Care Reform in Canada*. Toronto : Garamond Press, 2001.
8. Voir E. Baume, Juarez, M. et Standing, H. *Gender and Health Equity Network: Gender and Health Equity Resource Guide*. Institute of Development Studies, Sussex. 2001; Condition féminine Canada. *Gender and Performance Measurement: A Summary Review and Report*. (avril 2001). Comprend une bibliographie utile sur les guides d'évaluation tenant compte des disparités entre les sexes.

Références pour « Trouver la bonne combinaison » (p. 24)

1. T.O. Tengs et al. *Five Hundred Life-Saving Interventions and Their Cost Effectiveness*, Harvard Centre for Risk Analysis, 1994. Tengs et al. met en relief l'efficacité des interventions « médicales » comparativement aux interventions dans d'autres secteurs, et le coût relativement élevé de la prévention primaire par opposition à la prévention secondaire et tertiaire.
2. Ce concept est parfois résumé au moyen du terme « intégralité » dans la promotion de la santé. Le défi consiste à tenir parole quant à ce concept.
3. M.S. Allen, Navigant Consulting. *Business Portfolio Management*, John Wiley and Sons, New York, 2000. Si Santé Canada était une organisation du secteur privé, elle serait décrite comme un conglomérat ou un groupe parce c'est la somme de plusieurs petites organisations avec des cultures et des mandats distincts.
4. Ibid. p. 13.
5. C. Lochhead. La programmation des enfants : répercussions d'ordre social et sur la santé du report de la naissance d'un premier enfant, *Isuma : revue canadienne de recherche sur les politiques*, volume 1, numéro 2, automne 2000, p. 33-37.

Références pour « L'utilisation des données relatives à la santé au Canada » (p. 32)

Références additionnelles :

Manuel D.G., Goel V., Williams J.I., Corey P. Espérance de vie ajustée selon l'état de santé à l'échelon local en Ontario. *Maladies chroniques au Canada* 2000; 21(2) : 73-80.

Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé. Faits saillants des indicateurs sélectionnés. *Indicateurs de la santé*, 2001a; 2001(3) : numéro de décembre.

Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé. La santé de la population canadienne : santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. *Rapports sur la santé*, 2001; 12(3) : numéro spécial.

Wolfson M.C. Espérance de vie ajustée sur la santé. *Rapports sur la santé* 1996; 8(1) : 43-49.

Banque mondiale. *Rapport sur le développement dans le monde 1993 : investir dans la santé*. Washington, D.C. : Banque mondiale, 1993.

Organisation mondiale de la santé. *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2001.

Organisation mondiale de la santé. *Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2001.

Autres lectures : pour l'application des indicateurs sportant sur l'EV, les APVP et l'EVSI, voir : Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé (2001a, 2001b); sur l'EVPQE, voir Manuel et al. (2000), Wolfson (1996); pour la LPI, voir la Banque mondiale (1993) et l'Organisation mondiale de la santé (2001).