



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*

*Ce rapport a été élaboré par la Direction de la politique stratégique de
la Direction générale de la santé de la population et de la santé
publique, avec le soutien de madame Treena A. Chomik, Ph.D. qui a
préparé les versions antérieures.*

Ebauche: Juillet 2001

*Santé Canada
Direction générale de la santé de la population et de la santé publique
Politique stratégique*

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

Santé Canada

Les opinions exprimées dans la présente publication sont celles des auteures,
et ne reflètent pas nécessairement le point de vue officiel de Santé Canada.

Table des matières

I.	Objet et utilité du Modèle de promotion de la santé de la population	1
II.	Santé de la population : définition et historique	3
III.	Structure du Modèle de promotion de la santé de la population.	3
	Figure 1. Éléments clés en santé de la population	7
	Tableau sommaire des éléments clés en santé de la population	8
IV.	Modèle intégral des éléments clés en santé de la population	9
	Élément clé 1 : Placer la santé des populations au centre des préoccupations	9
	1.1 Déterminer les facteurs de mesure de la santé	9
	1.2 Mesurer et analyser l'état de santé des populations et les inégalités dans l'état de santé des populations pour déterminer l'état de santé	10
	1.3 Analyser les conditions, les caractéristiques et les tendances du milieu	11
	Élément clé 2 : Examiner les déterminants de la santé et leur interaction	12
	2.1 Établir les indicateurs de mesure des déterminants de la santé.	13
	2.2 Mesurer et analyser les déterminants de la santé, et leur interaction, pour faire la corrélation entre les problèmes de santé et leurs déterminants	13
	Élément clé 3 : Fonder les décisions sur des données probantes.	16
	3.1 Employer les meilleures données probantes disponibles à toutes les étapes de l'élaboration des politiques et des programmes.	17
	3.2 Expliquer les critères d'inclusion ou d'exclusion des données.	18
	3.3 S'appuyer sur des sources de données variées	18
	3.4 Produire des données à partir de méthodes de recherche diversifiées	18
	3.5 Déterminer les interventions efficaces et les évaluer	19
	3.6 Diffuser l'information et en accroître la disponibilité	20
	Élément clé 4 : Accroître les investissements en amont	21
	4.1 Appliquer des critères à la sélection des priorités d'investissement	22
	4.2 Équilibrer les investissements à court et à long termes.	23
	4.3 Influencer les investissements dans d'autres secteurs	23
	Élément clé 5 : Miser sur des stratégies multiples	24
	5.1 Déterminer l'étendue des interventions	24

La modèle de promotion de la santé de la population :

5.2	Agir sur les déterminants de la santé et leur interaction	25
5.3	Mettre sur pied des stratégies pour réduire les inégalités en matière de santé entre les différents groupes démographiques	25
5.4	Utiliser un éventail complet d'interventions et de stratégies	25
5.5	Mettre en oeuvre des interventions qui abordent les problèmes de santé selon une démarche intégrée.	26
5.6	Mettre en oeuvre des méthodes qui améliorent la santé des individus au cours du cycle de la vie	26
5.7	Agir dans différents milieux	27
5.8	Créer un mécanisme de coordination pour orienter les interventions	27
Élément clé 6 : Favoriser la collaboration entre les divers paliers et secteurs		28
6.1	Mobiliser les partenaires au début du processus pour l'établissement de valeurs et de visées communes	29
6.2	Fixer des objectifs réalistes et mettre l'accent sur des résultats concrets.	30
6.3	Identifier et soutenir un chef de file	30
6.4	Investir dans un processus d'établissement d'alliances.	30
6.5	Générer l'appui politique et s'inspirer des facteurs positifs dans les politiques.	31
6.6	Partager l'autorité, les responsabilités et les succès avec les partenaires	32
Élément clé 7 : Prévoir des mécanismes encourageant la participation du public		32
7.1	Susciter l'intérêt du public.	34
7.2	Contribuer à l'accroissement du niveau de connaissances en santé	34
7.3	Mettre en oeuvre des stratégies de participation du public qui s'harmonisent avec l'objectif fondamental	35
Élément clé 8 : Démontrer une prise en charge des responsabilités quant aux résultats sur le plan santé		36
8.1	Créer un cadre de responsabilisation fondé sur les résultats	37
8.2	Déterminer les mesures de référence et fixer des objectifs d'amélioration de la santé	38
8.3	Institutionnaliser des systèmes d'évaluation efficaces	39
8.4	Promouvoir l'utilisation d'outils d'évaluation de l'impact sur la santé	40
8.5	Diffuser publiquement les résultats.	41
V.	Observations finales	42
	Notes	43
	Bibliographie	45

I. Objet et utilité du Modèle de promotion de la santé de la population

Le *Modèle de promotion de la santé de la population* sert à ordonner et à regrouper les connaissances actuelles en santé de la population. Le modèle décrit les processus et procédures nécessaires pour mettre en oeuvre une approche axée sur la santé de la population. Il sert de guide pour bien évaluer l'état de préparation et la capacité de mettre sur pied des projets en santé de la population. Parce qu'il s'appuie sur les progrès déjà réalisés en promotion de la santé et en santé publique, le *Modèle de promotion de la santé de la population* est une ressource précieuse pour ceux qui travaillent dans le domaine de la santé et dans d'autres secteurs et qui se consacrent à l'amélioration de la santé de la population.

Le *Modèle de promotion de la santé de la population* peut être utilisé par différents groupes à diverses fins :

- Les *stratèges et planificateurs de programmes* peuvent utiliser le modèle pour orienter et diriger la mise en oeuvre de politiques et de programmes de manière que les projets reflètent les éléments clés en santé de la population.
- Le modèle aide les *éducateurs en matière de santé* dans la création de programmes et de matériel de formation qui renforcent et appuient les démarches d'amélioration de la santé de la population.
- Le modèle peut offrir aux *évaluateurs* un ensemble de critères destinés à évaluer les programmes de santé par rapport aux éléments clés de la santé de la population.
- *Les personnes qui rédigent ou qui étudient les demandes de subventions* peuvent utiliser le modèle pour évaluer à quel point les demandes de financement s'accordent avec les concepts établis en santé de la population.
- Pour les *chercheurs et les professeurs d'université*, le modèle peut servir à vérifier les postulats et hypothèses en matière de santé de la population (et donc à faire progresser la théorie) et à soutenir la création de modèles et la mise en oeuvre d'outils en matière de santé de la population.

Santé Canada définit la santé de la population comme une approche et un élément fondamentaux pour l'élaboration de politiques et de programmes visant l'amélioration de la santé des Canadiens et des Canadiennes. Les concepts et les idées proposées dans ce rapport correspondent au projet de Santé Canada consistant à promouvoir une approche axée sur la santé de la population au Canada.

La modèle de promotion de la santé de la population :

Le rapport a comme principal objectif d'enrichir et de faire progresser notre connaissance de l'approche axée sur la santé de la population, ainsi que de susciter la discussion sur la nature de cette approche et sur la façon de la mettre en oeuvre. Étant donné que ce rapport expose les déterminants qui se manifestent à l'extérieur du secteur de la santé dans cette approche axée sur la santé de la population, il est donc détaillé et complet. Pour faciliter l'opérationnalisation d'une approche axée sur la santé de la population, un outil de mise en application qui réunit les concepts clés de ce rapport a également été créé.

II. Santé de la population : définition et historique

Aujourd'hui, lorsqu'on parle de santé, on parle généralement de « santé de la population », et ce discours a évolué au cours des deux dernières décennies et s'appuie sur une longue expérience dans le domaine de la santé publique, de la santé communautaire et de la promotion de la santé. Depuis le début des années 1970, le Canada a joué un rôle de chef de file dans l'élaboration de concepts en santé de la population par l'intermédiaire de ses travaux mondialement reconnus dans le secteur de la promotion de la santé. Le Canada jouit d'une solide réputation grâce à son importante contribution dans les secteurs de la santé communautaire, de la protection de la santé, des politiques de santé publique, et de son apport au mouvement Cités/communautés en bonne santé ⁽²²⁾.

Notre perception actuelle de la santé de la population reflète l'évolution de notre pensée sur la définition de la « santé ». Nous reconnaissons que la santé représente une capacité ou une ressource dans la vie de tous les jours qui nous permet de poursuivre nos objectifs, d'acquérir des compétences et de nous instruire, de croître et de réaliser nos aspirations personnelles ^(2,26). Cette vision de la santé est le fondement qui nous permet d'envisager une approche en santé de la population qui tient compte du fait que de multiples facteurs et éléments contribuent à l'amélioration de la santé. En 1997, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (CCSP) a défini la santé de la population de la manière suivante :

La santé de la population désigne la santé d'une population telle qu'elle est mesurée par des indicateurs de l'état de santé et telle qu'elle est influencée par les environnements social, économique et physique, les habitudes de santé personnelles, la capacité individuelle et les aptitudes à l'adaptation, la biologie humaine, le développement de la petite enfance et les services de santé.

Comme approche, la santé de la population est axée sur les conditions et facteurs interdépendants qui influent sur la santé des populations au cours d'une vie; elle repère les variations systématiques de fréquence de leur apparition, elle applique les informations qui en résultent à l'élaboration et à la mise en oeuvre de politiques et de mesures visant à améliorer la santé et le bien-être de ces populations. »

Une approche axée sur la santé de la population intègre la gamme complète de facteurs individuels et collectifs qui ont une incidence sur la santé. Les stratégies en santé de la population sont conçues pour s'adresser à la population entière ou à des groupes démographiques. Une telle approche a comme principaux objectifs de maintenir et d'améliorer l'état de santé de la population en général et de réduire les inégalités dans l'état de santé entre les différents groupes démographiques.

La modèle de promotion de la santé de la population :

Les résultats ou les avantages d'une approche axée sur la santé de la population bien au-delà de l'amélioration de la santé des populations. Une population qui jouit d'une meilleure santé contribue davantage, et de manière plus productive, au développement social dans son ensemble; elle exige aussi moins de soutien en matière de soins de santé et de prestations sociales et a un plus grand degré d'autosuffisance et d'autonomie à long terme ⁽¹⁷⁾. Les mesures qui entraînent une meilleure santé procurent aussi de grands avantages sur le plan social, économique et environnemental pour l'ensemble de la population. Ces avantages comprennent l'établissement d'un système de santé durable et équitable, le raffermissement de la cohésion sociale et de l'engagement des citoyens, la hausse de la croissance et de la productivité, et l'amélioration de la qualité de vie.

Contexte et historique en matière de santé de la population

Plusieurs publications et documents montrent l'évolution des concepts de promotion de la santé et de santé de la population et sont à l'origine de notre savoir actuel sur les conditions qui favorisent la santé des gens et sur celles qui les maintiennent en santé. La publication du rapport Lalonde¹, reconnu sur le plan international, en 1974 : *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*⁽³²⁾, suivi du rapport *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*^{2 (7)}, et de la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*^{3 (3)}, ont élargi le bagage de connaissances des Canadiens en cette matière en mettant l'accent sur les facteurs multiples et les mesures qui ont une incidence sur la santé.

En 1994, le CCSP a préparé un document de discussion, *Stratégies d'amélioration de la santé de la population - Investir dans la santé des Canadiens*, qui proposait un cadre national de discussion sur la santé de la population. Ce rapport signifiait aussi l'engagement officiel du Canada dans une approche axée sur la santé de la population. Depuis lors, les efforts du gouvernement pour faire progresser la santé de la population ont été appuyés par les travaux de plusieurs « groupes de réflexion » dans l'ensemble du Canada, et plus particulièrement par ceux de l'Institut canadien des recherches avancées (ICRA). Le Programme en santé de la population de l'ICRA est mondialement reconnu pour l'élaboration d'un cadre conceptuel qui fait la synthèse des connaissances provenant d'un large éventail de disciplines et qui reconnaît l'interaction complexe des déterminants de la santé.

Plus récemment, le CCSP a préparé le *Premier Rapport sur la santé des Canadiens et Canadiennes* (1996)⁽²³⁾ qui fournit un cadre général de présentation de comptes rendus sur la santé des Canadiens et représente la première étape en vue d'une évaluation globale de la santé de la population. Plus tard, en 1999, le CCSP a publié *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*. Ce rapport qui fait autorité en matière de politique publique traite de l'analyse et de l'organisation d'une approche axée sur la santé de la population. Il examine l'état de la santé et les principaux facteurs ou « déterminants » qui ont une incidence sur la santé des Canadiens, quel que soit leur âge, et traite des conséquences des conclusions de ce rapport dans l'élaboration d'une politique, dans la pratique et pour la recherche. Le rapport cerne des secteurs d'intervention prioritaires et les stratégies appropriées dans chaque secteur; ces stratégies peuvent être utilisées par différents acteurs aux niveaux fédéral, provincial et territorial. Enfin, un document de principes

Éléments clés et mesures qui caractérisent une approche axée sur la santé de la population

intitulé *Pour une population en meilleure santé : une action concrète*⁽²⁶⁾ (www.population-health.com) a été élaboré par Santé Canada pour permettre à ses employés de mieux connaître l'approche axée sur la santé de la population.

L'intérêt pour une approche axée sur la santé de la population n'existe pas seulement au Canada, il y a d'autres exemples sur la scène internationale en cette matière :

- Le Bureau régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS/Euro) a mis sur pied le « Projet Véronne » qui garantit une large diffusion et une adhésion généralisée à l'approche « Investissement pour la santé » de l'OMS/Euro. Il a produit le *Verona Benchmark*, qui détermine les caractéristiques qu'un pays, une région ou un secteur local devrait posséder pour créer, développer, maintenir et améliorer la santé de la population par l'intermédiaire d'une collaboration intersectorielle dans une stratégie sur la santé.
- Un des secteurs prioritaires de la Population Health Division d'Australie en 2000-2001 est l'intégration effective de l'approche axée sur la santé de la population à l'ensemble du système de santé australien et le partenariat avec le *National Public Health Partnership*. Cette entité a été créée pour améliorer et soutenir les efforts en santé de la population par des démarches axées sur l'ensemble de la population. Elle vise à réduire les inégalités dans l'état de santé entre les différents groupes démographiques et à influencer les déterminants sous-jacents sur le plan social, économique, physique et biologique.
- En Grande-Bretagne, le livre blanc *Our Healthier Nation* cerne les déterminants d'une approche axée sur la santé publique et sert de fondement à plusieurs rapports gouvernementaux qui déterminent les politiques ayant pour objet d'agir sur les déterminants de la santé; ces politiques sont les suivantes : *Independent Inquiry into Inequalities in Health and Policy*, *Inequalities and Public Health* du Health Development Agency.
- Le Groupe de travail sur la politique sociale de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économique) a mis sur pied un projet sur les *Politiques d'investissement en santé de la population (Population Health Investment Policies)*; il s'agit d'un examen du rôle des structures, des systèmes financiers et des éléments probants dans le soutien d'une approche axée sur l'amélioration de la santé de la population.

Objectifs d'une approche axée sur la santé de la population

- ◆ **Maintenir et améliorer l'état de santé de la population dans son ensemble**
- ◆ **Réduire les inégalités dans l'état de santé entre les différents groupes démographiques**

III. Structure du Modèle de promotion de la santé de la population

Comme il a été spécifié précédemment, le *Modèle de promotion de la santé de la population* est complet car il rassemble les connaissances clés dans ce domaine. Par ailleurs, ce modèle n'est pas exhaustif, c'est-à-dire qu'il ne peut contenir toutes les dimensions possibles d'une approche axée sur la santé de la population. Il constitue, pour une large part, une réflexion sur la nature évolutive de ce champ d'étude. Ce modèle continuera à évoluer, à s'ajuster et à s'améliorer lors de sa mise en oeuvre future dans différents milieux.

Le *Modèle de promotion de la santé de la population* est formé de deux principales composantes : les *éléments clés* et les *mesures*. Les éléments clés sont nécessaires à la mise en oeuvre d'une approche axée sur la santé de la population et les mesures fournissent un aperçu des mesures qui sont nécessaires pour passer à l'action. La définition et la raison d'être de chaque élément clé et des mesures qui y sont associées sont incluses dans le texte sur le modèle.

A. Éléments clés

Le *Modèle de promotion de la santé de la population* comprend huit **éléments clés** qui sont : (1) placer la santé des populations au centre des préoccupations, (2) examiner les déterminants de la santé et leurs interactions, (3) fonder les décisions sur des données probantes, (4) accroître les investissements en amont, (5) miser sur des stratégies multiples, (6) favoriser la collaboration entre les divers paliers et secteurs, (7) prévoir des mécanismes qui encouragent la participation du public, et (8) démontrer une prise en charge des responsabilités quant aux résultats sur le plan santé. Bien que *tous ces huit éléments soient nécessaires* pour mettre en oeuvre une approche axée sur la santé de la population, les éléments clés un et deux reflètent fidèlement la définition de l'approche, tandis que les éléments trois à huit traduisent les répercussions de cette approche et les facteurs associés à des bonnes pratiques de gestion. Ces huit éléments sont présentés dans la figure qui suit.

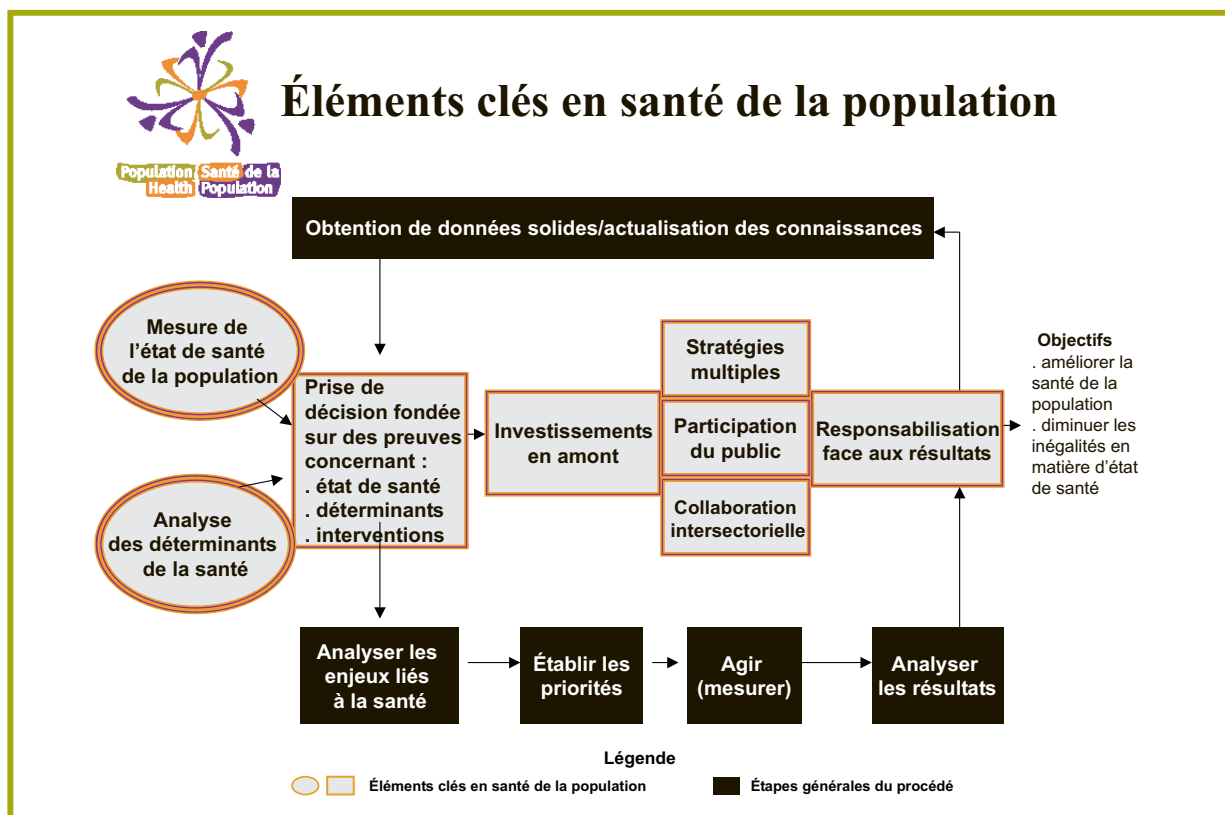


Figure 1. Éléments clés en santé de la population

B. Mesures

Chacun des éléments clés du modèle est présenté en détail avec la description et la raison d'être des mesures nécessaires pour instaurer une approche axée sur la santé de la population. Les éléments clés et les mesures sont résumés dans le tableau qui suit. Bien que tous les efforts nécessaires aient été déployés pour maintenir le caractère exclusif des mesures proposées les unes par rapport aux autres, il subsiste quelques redondances à cause d'un renvoi répétitif aux caractéristiques principales comme le travail intersectoriel et le fait de tenir compte des déterminants multiples de la santé.

Veillez noter qu'il n'est pas nécessaire qu'une organisation prenne à elle seule toutes ces mesures; elle peuvent être prises par différents intervenants. Un outil de mise en oeuvre d'utilisation facile, qui s'inspire des concepts clés de ce rapport, a été créé. Le tableau sommaire ci-dessous est suivi d'une description détaillée des composantes du modèle.

La modèle de promotion de la santé de la population :

Tableau sommaire des éléments clés en santé de la population

L'approche axée sur la santé de la population vise à maintenir et à améliorer l'état de santé de la population dans son ensemble et à réduire les inégalités en matière de santé entre différents groupes démographiques.

Élément clé	Actions
1. Placer la santé des populations au centre des préoccupations	1.1 Déterminer les indicateurs de mesure de la santé 1.2 Mesurer et analyser l'état de santé des populations et les inégalités dans l'état de santé des populations pour déterminer les problèmes de santé 1.3 Analyser les conditions, les caractéristiques et les tendances du milieu
2. Examiner les déterminants de la santé et leur interaction	2.1 Établir les indicateurs de mesure des déterminants de la santé 2.2 Mesurer et analyser les déterminants de la santé, et leur interaction, pour faire la corrélation entre les problèmes de santé et leurs déterminants
3. Fonder les décisions sur des données probantes	3.1 Employer les meilleures données probantes disponibles à toutes les étapes de l'élaboration des politiques et des programmes 3.2 Expliquer les critères d'inclusion ou d'exclusion des données 3.3 S'appuyer sur des sources de données variées 3.4 Produire des données à partir de méthodes de recherche diversifiées 3.5 Déterminer les interventions efficaces et les évaluer 3.6 Diffuser les résultats de recherche et faciliter leur prise en compte dans les politiques
4. Accroître les investissements en amont	4.1 Appliquer des critères à la sélection des priorités d'investissement 4.2 Équilibrer les investissements à court et à long termes 4.3 Influencer les investissements dans d'autres secteurs
5. Miser sur des stratégies multiples	5.1 Déterminer l'étendue des interventions 5.2 Agir sur les déterminants de la santé et leur interaction 5.3 Mettre sur pied des stratégies pour réduire les inégalités en matière de santé entre les différents groupes démographiques 5.4 Mettre en oeuvre un ensemble complet d'interventions et de stratégies 5.5 Mettre en oeuvre des interventions qui abordent les problèmes de santé selon une démarche intégrée 5.6 Mettre en oeuvre des méthodes qui amélioreront la santé des individus au cours de la vie 5.7 Agir dans différents milieux 5.8 Créer un mécanisme de coordination pour orienter les interventions
6. Favoriser la collaboration entre les divers paliers et secteurs	6.1 Mobiliser les partenaires au début du processus pour le partage des valeurs et de visées communes 6.2 Fixer des objectifs réalistes et mettre l'accent sur des résultats concrets 6.3 Identifier et soutenir un chef de file 6.4 Investir dans le processus d'établissement d'alliances intersectorielles 6.5 Générer l'appui politique et s'inspirer des facteurs positifs dans les politiques 6.6 Partager l'autorité, les responsabilités et les succès avec les partenaires
7. Prévoir des mécanismes qui encouragent la participation du public	7.1 Susciter l'intérêt du public 7.2 Contribuer à l'accroissement du niveau des connaissances en santé 7.3 Mettre en oeuvre des stratégies de participation du public qui s'harmonisent avec l'objectif fondamental
8. Démontrer une prise en charge des responsabilités pour les résultats sur le plan santé	8.1 Créer un cadre de responsabilisation fondé sur les résultats 8.2 Déterminer les mesures de base et fixer des objectifs d'amélioration de la santé 8.3 Institutionnaliser des systèmes d'évaluation efficaces 8.4 Promouvoir l'utilisation d'outils d'évaluation de l'impact sur la santé 8.5 Diffuser publiquement les résultats

IV. Modèle intégral des éléments clés en santé de la population

Élément

clé 1 : *Placer la santé des populations au centre des préoccupations*

Une approche axée sur la santé de la population évalue l'état de santé et les inégalités dans l'état de santé des populations au cours du cycle de la vie entre différents groupes démographiques ou pour la population entière.

Définition et raison d'être de l'élément clé 1

Une approche axée sur la santé de la population évalue l'état de santé et les inégalités de l'état de santé pour l'ensemble d'une population (et pour les groupes démographiques qui la composent), au cours du cycle de la vie, selon ses caractéristiques sur le plan géographique, de l'âge, du sexe, de la culture ou d'autres éléments qui définissent ces groupes. L'approche mesure la santé de la population de manière constante dans le temps, dans les différentes provinces, et quels que soient les problèmes de santé; elle ne saisit pas uniquement les données liées aux maladies ou aux blessures, mais elle mesure aussi les éléments positifs reliés à la santé (par exemple la bonne forme physique). Elle fait également le lien entre les mesures sur l'état de santé et celles liées aux déterminants de la santé pour démontrer leur interaction (voir l'élément clé 2). Comme la *population* et non l'individu est l'unité d'analyse, les mesures pour améliorer la santé – d'après les meilleures données recueillies – portent sur l'ensemble de la population. aux niveaux national, provincial, régional, communautaire, familial et individuel (voir l'élément clé 5).

Mesures mobilisatrices de l'élément clé 1

1.1 Déterminer les facteurs de mesure de la santé

Une approche axée sur la santé de la population détermine des indicateurs pour (a) l'état de santé de la population en général et/ou pour des groupes démographiques. Les indicateurs de la santé sont conçus pour fournir des données comparables en santé d'une région aux niveaux provincial, territorial et national, et ils sont fondés sur des définitions et méthodes standardisées. Ces indicateurs aident à mesurer les changements ou les progrès réalisés.

Les indicateurs de l'état de santé les plus courants jusqu'à maintenant sont le taux de mortalité (p. ex. la mortalité infantile, l'espérance de vie, le décès causé par un cancer, le suicide, la mort par blessure accidentelle, le décès causé par le SIDA) et, à un moindre degré, le taux d'hospitalisation. Bien que ces indicateurs soient primordiaux, ils ne représentent

La modèle de promotion de la santé de la population :

qu'une partie de la situation sur la santé de la population. Pour en avoir une idée complète, il faut pouvoir compter sur de meilleures mesures de la morbidité : les causes de la baisse de la qualité de vie liée à des problèmes de santé ou à une invalidité et, de manière plus importante, des données sur les aspects positifs relatifs à la santé. Dans certains cas, l'information sur les indicateurs est déjà disponible ou doit seulement être mieux diffusée. Dans d'autres cas, il faut mener de nouvelles recherches pour obtenir l'information requise.

Une des étapes importantes pour mieux mesurer la santé de la population est le développement d'une nouvelle génération d'indicateurs, les « indicateurs globaux de la santé », qui réunirait les données sur la mortalité, la perte d'autonomie ou de la qualité de la vie, de manière que des problèmes très différents puissent être comparés de manière uniforme. Ces nouveaux « indicateurs globaux de la santé » nous permettront de comparer de manière rationnelle les conséquences de problèmes de santé et de stratégies qui sont très différents et de mieux comprendre la manière dont ces différents facteurs interagissent pour améliorer ou détériorer la santé. Ces nouveaux indicateurs sont la « longévité pondérée par l'invalidité (DALY), « l'espérance de vie pondérée par la qualité de l'existence » (HALE) et « la longévité pondérée par qualité de vie » (QALY). Ces mesures visent à répondre à un enjeu important en matière de politique de santé auquel font face les pays industrialisés occidentaux : certaines interventions en santé peuvent ajouter des années de maladie à la vie d'une personne au lieu d'ajouter des années de santé à sa

1.2 Mesurer et analyser l'état de santé des populations et les inégalités dans l'état de santé des populations pour déterminer l'état de santé

La mesure de la santé de la population permet de déterminer les problèmes émergents de santé, d'établir les enjeux à long terme et de faire un choix éclairé entre priorités divergentes. Elle donne des réponses aux questions suivantes : « Quel est l'état de santé de la population et son état de santé s'améliore-t-il? », « Dans la population, qui est en santé et qui ne l'est pas? », « Que pouvons-nous apprendre des tendances actuelles pour nous aider à nous préparer pour l'avenir? » et « Quels sont les principaux problèmes en santé? » Pour fixer des priorités de façon rationnelle quant aux interventions et pour évaluer les progrès dans l'amélioration de la santé, il faut mesurer et comparer l'état de santé de la population au fil du temps et dans l'ensemble du cycle de la vie. Le cycle de vie est fondamental à l'étude de l'état de santé, car il est à la base des changements biologiques chez tout organisme.

La surveillance des strates de population est la collecte, l'analyse et l'interprétation systématiques des données nécessaires pour la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation d'une approche axée sur la santé de la population⁽⁴⁷⁾. La surveillance permanente est particulièrement importante pour dépister les inégalités dans l'état de santé entre différents groupes démographiques. Les systèmes d'information basés sur la population comprennent des indicateurs sur l'état de santé (p. ex. l'espérance de vie, le degré d'adaptation au stress et les maladies cardiovasculaires), des données épidémiologiques et socioéconomiques et des données sur l'utilisation des services de santé.

Bien qu'il soit nécessaire de créer de nouveaux groupes d'indicateurs en santé, d'importantes sources de données sont actuellement disponibles (p. ex. l'Enquête nationale sur la santé de la population) et peuvent être utilisées pour cerner les principaux problèmes de santé qui exigent une intervention immédiate et pour obtenir un classement quantitatif des problèmes de santé fondé sur des données probantes. Ces problèmes de santé incluent les causes principales de décès et d'hospitalisation, les années potentielles de vie perdues (APVP), les maladies à déclaration obligatoire les plus courantes, les maladies chroniques les plus souvent signalées dans l'Enquête nationale sur la santé de la population et les facteurs cités dans l'Enquête comme ayant la corrélation la plus étroite avec une perte d'autonomie, d'une part, ou le maintien d'une bonne santé, d'autre part. Dans le cas de certains problèmes de santé, il est souhaitable de mettre sur pied de nouvelles enquêtes; mais s'il est trop dispendieux de mettre en oeuvre ces nouvelles enquêtes ou si elles requièrent trop de ressources humaines, d'autres méthodes peuvent être envisagées. Par exemple, les enquêtes ou les questionnaires de recensement existants peuvent être enrichis de questions spécifiques pour recueillir des ensembles de données plus complets qui incluraient les risques et les conditions sur le plan socioéconomique. Les données administratives ou sur la gestion de la santé fournissent aussi des renseignements utiles sur la surveillance en l'absence ou en remplacement d'une collection de données primaires par le biais d'enquêtes auprès de la population.

Une autre source de données actuellement disponibles est celle des *Indicateurs de santé*. Il s'agit d'une publication électronique offerte gratuitement sur les sites Web de Statistique Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé. Ces sites fournissent un ensemble d'indicateurs organisés en quatre catégories : état de la santé (incluant les maladies, les taux de mortalité, les mesures liées au bien-être), les déterminants de la santé qui ne sont pas d'ordre médical (caractéristiques socioéconomiques et attitude envers la santé), la performance du système de santé (mesures liées à l'accessibilité, au caractère adéquat et à l'efficacité des services de soins de santé), et les caractéristiques du système de santé et du système communautaire (information contextuelle). Les données locales sur ces indicateurs sont disponibles auprès des autorités régionales de santé dans l'ensemble du Canada.

1.3 Analyser les conditions, les caractéristiques et les tendances du milieu

Les populations évoluent dans des macro-environnements caractérisés par des conditions et des circonstances prédominantes qui peuvent influencer les efforts de mobilisation d'une approche axée sur la santé de la population. Un engagement politique solide est un atout important. Néanmoins, les gouvernements et les responsables des secteurs de la santé semblent plus enclins à lancer des projets en santé de la population, par exemple, pendant des périodes de croissance économique, et sont plus portés à respecter le statu quo au cours de périodes de contraintes ou de déficit sur le plan économique.

La modèle de promotion de la santé de la population :

Dans une approche axée sur la santé de la population, on examine le contexte et les tendances actuels pour évaluer les conditions de mise en oeuvre de l'approche. Les périodes de changements et de transition associées à une réforme de la santé peuvent, par exemple, fournir une conjoncture favorable pour instaurer de nouvelles façons de considérer la santé et les facteurs qui l'influencent et d'intervenir à cet égard. L'examen du contexte actuel a pour objectif de fournir une vue d'ensemble pour l'analyse des conditions et des tendances qui caractérisent le milieu d'intervention, et comprend notamment :

- Le profil *démographique* ou des données caractéristiques comme la taille, la distribution, la diversité, le sexe et l'âge d'une population donnée (voir l'information contextuelle des *Indicateurs de santé* cités précédemment).
- Les *caractéristiques sur le plan politique* comme l'idéologie politique, la volonté politique, les processus d'élaboration des politiques, les programmes et les priorités politiques, le lobbying des groupes d'intérêt, l'approche participative en matière politique, et les questions liées aux compétences fédérales-provinciales.
- Les conditions socioéconomiques comme la croissance économique, les politiques financières et la cohésion sociale.
- Les *caractéristiques physiques* en ce qui a trait au milieu naturel et au milieu bâti.
- Les *conditions dans le secteur de la santé* comme le niveau actuel de satisfaction du consommateur en ce qui a trait au système de santé et le rythme selon lequel le système de santé évolue ou se réforme.
- Les *caractéristiques culturelles* sous-jacentes incluant les valeurs, les croyances, les préférences et les traditions.

Élément clé 2 : *Examiner les déterminants de la santé et leur interaction*

Une approche axée sur la santé de la population mesure et analyse l'ensemble complet des facteurs, qui ont une influence sur la santé et qui contribuent au maintien de la santé, ainsi que leur interactions. Ces facteurs sont connus comme étant les déterminants de la santé et ils incluent : les environnements social, économique et physique, les habitudes de santé personnelles, la capacité d'adaptation personnelle, le patrimoine biologique, le développement de la petite enfance et les services de santé.

Définition et raison d'être de l'élément clé 2

Notre compréhension de ce qui rend et maintient les gens en santé continue d'évoluer. Une approche axée sur la santé de la population intègre la gamme complète de facteurs et de conditions caractérisant un individu et la collectivité et leur interdépendance, dont on a démontré la corrélation avec l'état de santé. L'éventail complet de déterminants de la santé ainsi que leur interaction - et non

seulement ceux qui sont apparentés à la santé - sont reconnus et pris en considération. On trouvera plus loin (éléments clés 5, 6 et 7) les mesures d'intervention particulières qui découlent de la mesure et de l'analyse des déterminants de la santé dont il est question dans la présente section.

Mesures mobilisatrices de l'élément clé 2

2.1 Établir les indicateurs de mesure des déterminants de la santé

Une approche axée sur la santé de la population établit des indicateurs de déterminants de la santé, ainsi que les liens qui existent entre eux, pour faciliter la mesure du changement ou du progrès (voir le texte sur les indicateurs à l'élément clé 1). Tout comme pour les indicateurs de l'état de santé, l'établissement des déterminants de la santé exige souvent de nouvelles recherches pour recueillir l'information nécessaire (élément clé 3).

2.2 Mesurer et analyser les déterminants de la santé, et leur interaction, pour faire la corrélation entre les problèmes de santé et leurs déterminants

Lorsque nous nous demandons pourquoi les gens contractent une maladie ou souffrent d'une blessure - ou pourquoi ils restent en bonne santé - nous n'attendons pas de réponse simple, unidimensionnelle. Les recherches démontrent que plusieurs facteurs d'ordre biologique, comportemental, environnemental et socioéconomique interagissent pour « amener » la santé ou la maladie. Un facteur de risque unique (le fait d'être inactif physiquement ou d'avoir été victime de violence pendant son enfance) peut entraîner une multitude de problèmes, tout autant qu'un facteur de protection important (bonne nutrition ou le fait d'avoir le soutien d'un ami) peut aider à prévenir plusieurs problèmes de santé. Dans la même veine, le chemin qui mène à un état de santé particulier peut être très différent d'un groupe de population à l'autre.

On dispose de plus en plus de données sur les facteurs qui maintiennent les gens en santé et sur la façon dont ces facteurs influent sur la santé. Une approche axée sur la santé de la population utilise les données provenant de la recherche et d'autres sources pour faire la corrélation entre les principaux problèmes de santé et leurs déterminants et pour préciser la dynamique selon laquelle ces facteurs s'unissent pour procurer la santé ou causer la maladie. Ces données sont de diverses sources : (a) documentation publiée dans les bases de données universitaires ou gouvernementales, (b) enquêtes sur la population, (c) données provenant d'autres provinces, et (d) comme il est indiqué précédemment, études des conditions et des tendances à l'échelon macrosocial. (Voir aux éléments clés 5 et 6 les mesures à prendre pour agir sur les déterminants de la santé).

Voici les déterminants de la santé qui sont connus et dont il faut tenir compte :

Environnement socioéconomique

- ➔ *Revenu, répartition du revenu et statut social* : les recherches indiquent que le revenu et le statut social constituent le plus important déterminant de la santé. Les études démontrent que l'état de santé croît avec le revenu ou le statut social. De plus, les sociétés qui sont raisonnablement prospères et qui ont une répartition équitable

La modèle de promotion de la santé de la population :

de la richesse ont les populations qui sont le plus en bonne santé, sans égard aux sommes dépensées en soins de santé.

- *Réseaux de soutien social* : une bonne santé est associée au soutien de la famille, des amis et de la communauté. Certaines études démontrent que les effets des relations sociales sur la santé peuvent avoir autant d'importance que les facteurs de risque connus comme le fait de fumer, l'obésité, une pression artérielle élevée ou un style de vie sédentaire.
- *Scolarité* : l'état de santé s'améliore au fur et à mesure que le niveau d'instruction et de connaissances s'élève, y compris la perception d'être en bonne santé ou les indicateurs d'une mauvaise santé comme des limites sur le plan physique ou la perte de journées de travail. L'instruction augmente les possibilités d'un meilleur revenu et niveau de sécurité d'emploi et donne aux gens le sentiment qu'ils ont la maîtrise de leur vie - et des facteurs clés qui ont des conséquences sur leur santé.
- *Emploi et conditions de travail* : les gens qui ont une meilleure maîtrise de leur situation de travail et qui subissent moins de stress au travail sont en meilleure santé. Les accidents ou les blessures en milieu de travail sont parmi les causes importantes de problèmes de santé. Par surcroît, le chômage est associé à une mauvaise santé.
- *Environnements sociaux* : les valeurs et les règles qui régissent une société ont des effets sur la santé des individus et des populations. Une stabilité sur le plan social, la reconnaissance de la diversité culturelle, la sécurité, des relations humaines harmonieuses et une cohésion dans la communauté ont pour résultat un milieu social favorable qui réduit les causes susceptibles de nuire à la santé de la population.

Environnement physique

- Les facteurs physiques liés au milieu naturel comme la qualité de l'air, de l'eau et des sols ont une influence primordiale sur la santé. Les facteurs liés au milieu bâti comme la conception des bâtiments, la sécurité en milieu de travail, l'état des routes et des infrastructures sont aussi très importants.

Développement de la petite enfance

- Les effets des incidents ayant eu lieu avant la naissance ou durant la petite enfance sur la santé d'un individu à un âge plus avancé, sur son bien-être, sur sa capacité d'adaptation et sur ses habiletés sont très puissants. Par exemple, un faible poids à la naissance peut entraîner des problèmes de santé et des problèmes sociaux tout au long de la vie. En outre, plus le revenu de la mère augmente, plus elle aura un enfant dont le poids sera élevé à la naissance, en moyenne, en comparaison avec les femmes dont le revenu est inférieur.

Habitudes de santé personnelles

- Les habitudes personnelles comme le fait de fumer ou de consommer de l'alcool ou des drogues, de se nourrir sainement, de faire de l'activité physique ou tout autre comportement, ont des répercussions sur la santé et le bien-être des individus. Nombre de ces problèmes les plus courants sont liés à des habitudes personnelles.

Capacité d'adaptation personnelle

- Un environnement social qui permet d'adopter un style de vie harmonieux, de faire des choix sains, et qui permet aux gens de développer les connaissances, la volonté, les comportements et la capacité d'adaptation nécessaires pour faire face à la vie de façon saine aura des conséquences positives importantes sur la santé de ces personnes.

Patrimoine biologique et génétique

- Le patrimoine fondamental d'un individu sur le plan biologique et organique est à la base des déterminants de la santé. Les prédispositions dont il a hérité en cette matière ont une incidence sur la manière dont il sera touché par des maladies ou des affections particulières.

Services de santé

- Les services de santé, spécialement ceux qui sont conçus pour maintenir et promouvoir la santé, prévenir les maladies et les blessures, aider à recouvrer la santé et contribuer à la santé de la population en général sont des déterminants de la santé.

Il est reconnu que la **culture** et le **sexe** influencent sous bien des aspects tous les autres déterminants de la santé.

- Le sexe se rapporte à tous les différents rôles, traits de la personnalité, attitudes et comportements des individus ainsi qu'aux influences et aux pouvoirs relatifs que la société attribue à chacun des deux sexes. Les individus d'un même sexe ont des problèmes de santé spécifiques ou peuvent être affectés de manière différente par le même problème de santé.
- Les conséquences liées à la culture et à l'origine ethnique viennent aussi bien des antécédents personnels de l'individu que de facteurs situationnels, sociaux, politiques, géographiques et économiques plus importants.

La liste des déterminants de la santé pourrait changer à mesure que les recherches en santé de la population nous révéleront de nouvelles idées expliquant les facteurs et les conditions qui ont une incidence sur la santé ou qui contribuent à son maintien.

Élément

clé 3 : *Fonder les décisions sur des données probantes*

Une approche axée sur la santé de la population se caractérise par une « prise de décisions fondées sur des données probantes ». Les données probantes sur l'état de santé, les déterminants de la santé et l'efficacité des interventions sont utilisées pour évaluer la santé, fixer des priorités et élaborer des stratégies visant à améliorer la santé de la population.

Définition et raison d'être de l'élément clé 3

Au cours de la dernière décennie, on a fait de plus en plus pression sur les stratèges et les praticiens en santé pour qu'ils prennent des décisions en s'appuyant sur des données probantes. Dans une approche basée sur la santé de la population, le processus décisionnel fondé sur les données probantes sert à toutes les étapes du cycle d'élaboration des politiques et des programmes. Et dans le contexte de ce modèle, la prise de décisions fondées sur des données probantes renvoie à une *approche selon laquelle l'information de base ou la masse de renseignements est acceptée comme étant véridique après avoir été soumise à un processus d'examen rigoureux et exhaustif*. – Ainsi, chaque décision, qu'il s'agisse de déterminer les facteurs de mesure de l'état de santé à l'ensemble des interventions nécessaires pour résoudre un problème de santé, devrait se fonder sur les meilleures données disponibles et le raisonnement. Les éléments justificatifs, combinés à un solide raisonnement et à de bons principes d'évaluation, permettent de déterminer pourquoi on en est arrivé à la décision.

Dans une démarche décisionnelle fondée sur des données probantes, il importe de s'interroger sur la nature des données qui conviennent pour un type particulier de décision ou un autre. Dans les ouvrages traitant de données probantes, les termes « données » et « faits » peuvent mettre l'accent sur les données statistiques (p. ex. le taux de mortalité) et les résultats d'enquêtes scientifiques classiques (p. ex. les essais cliniques aléatoires) comme seuls éléments de preuve valables. Pour répondre à la question « pourquoi en êtes-vous arrivé à cette décision ? », on fait grandement appel à la collecte formelle et informelle d'éléments quantitatifs et qualitatifs, et notamment à des méthodes de collecte de données qualitatives comme les entrevues d'intervenants clés, les études de cas et les consultations auprès d'experts des disciplines de l'étude des populations.

Il est difficile de prendre des décisions au sujet de l'efficacité des interventions dans le domaine des politiques et des programmes sociaux et de promotion de la santé, car souvent on ne peut déterminer de façon inéquivoque ce qui fonctionne ou ce qui ne fonctionne pas. Actuellement, les évaluations fondées sur les données probantes se limitent dans une large mesure aux interventions médicales individuelles. Toutefois, dans une étude sur l'emploi des éléments probants pour décider des politiques sur les inégalités en matière de santé en Grande-Bretagne^{aa}, on en arrive à la conclusion que l'existence de plus d'information sur les interventions individuelles ne signifie pas que les interventions visant les collectivités dans leur ensemble ne sont pas efficaces. Elle révèle plutôt la pénurie d'études de qualité sur les interventions plus « en amont ». Les auteurs concluent que les différences de santé entre les divers groupes sociaux, ou entre les pays bien nantis et les démunis, ne résultent pas principalement de raisons médicales et exigent des interventions à un palier différent.

Un des aspects fondamentaux d'une approche axée sur la santé de la population est la recherche continue pour enrichir le bagage de données probantes en ce qui a trait à l'état de santé, aux déterminants de la santé et à l'efficacité des interventions en vue d'améliorer la santé. Non seulement faut-il bien diffuser les nouvelles données probantes auprès des décideurs, il faut en outre instaurer une stratégie de transfert de la recherche pour amener ces décideurs à utiliser les résultats de la recherche.

Mesures mobilisatrices de l'élément clé 3

3.1 Employer les meilleures données probantes disponibles à toutes les étapes de l'élaboration des politiques et des programmes

Une approche axée sur la santé de la population se fonde sur les données probantes à toutes les étapes du cycle d'élaboration des politiques et des programmes : pour la sélection des problèmes ou des possibilités à étudier (éléments clés 1 et 2); pour la sélection des interventions à élaborer et à utiliser (mesure 3.5); pour les décisions de mise en oeuvre (élément clé 4); et pour la décision de poursuivre la démarche entreprise (élément clé 8).

Le processus décisionnel fondé sur les données probantes pour l'élaboration des politiques et des programmes consiste à employer les meilleures données disponibles, quantitatives et qualitatives, pour déterminer les façons de maintenir et d'améliorer la santé des populations. Pour cela, il faut combiner l'expertise en matière de politiques et de programmes des analystes, des décideurs, des organismes communautaires et des autres intervenants avec les meilleures données disponibles d'une recherche jugée par les pairs pour élaborer une base d'information qui peut résister à un examen critique général. Les nouvelles données peuvent infirmer les méthodes d'évaluation et d'intervention sur la santé de la population employées jusqu'ici, pour les faire remplacer par de nouvelles méthodes plus solides, plus précises, plus efficaces et plus sûres.

^a Macintyre S, Chalmers I, Horton R, Smith, R. Using evidence to inform health policy: case study. *British Medical Journal* 2001; 322: 222-225 (27 janvier)

3.2 Expliquer les critères d'inclusion ou d'exclusion des données

Dans une approche axée sur la santé de la population, il faut recourir à des méthodes transparentes et systématiques de collecte, de sélection et d'examen des données pertinentes pour réduire au minimum tout risque de distorsion. Une approche axée sur la santé de la population présente clairement le matériel, les méthodes et les critères sur lesquels on se fonde pour inclure ou exclure des éléments d'information donnés dans la prise de décision. Dans nombre de domaines, il n'y a pas de réponse inéquivoque à la question « qu'est-ce ce qui fonctionne ? ». L'absence de données ne signifie pas pour autant qu'il ne faudrait pas élaborer de programmes en se fondant sur la logique et le bon sens; toutefois, dans ces cas, il faut expliquer clairement l'absence de données empiriques et la possibilité que la mise en oeuvre des recommandations puisse ne pas avoir les résultats escomptés.

3.3 S'appuyer sur des sources de données variées

Une approche axée sur la santé de la population s'appuie sur toutes les *catégories de données* – qualitatives et quantitatives – ainsi que sur les données provenant de secteurs autres que celui de la santé. Les catégories de données incluent les données environnementales, celles liées au style de vie, les statistiques de l'état civil, les données dans le domaine social, économique et épidémiologiques, les données sur le système de santé et les données sur la consommation et les données démographiques. L'approche utilise aussi différentes *sources de données* dont les données du recensement, l'enregistrement des données de l'état civil et les systèmes ou quasi-systèmes de réglementation.

Comme nous l'avons indiqué précédemment, dans une approche axée sur la santé de la population, les recherches vont souvent au-delà des banques de données établies pour mener des enquêtes qui ciblent les déterminants plus généraux de la santé. Cette information est le fondement d'un système d'information axé sur la santé de la population qui permet la surveillance continue des changements de l'état de santé et des autres indicateurs de la santé.

De plus, une approche axée sur la santé de la population vise à recueillir des données de qualité tout en reconnaissant qu'aucune donnée n'est « parfaite ». Par exemple, certaines données peuvent être incomplètes car, dans bien des cas, il faut dix ans ou plus pour pouvoir mesurer les bénéfices réalisés d'un investissement en amont dans le domaine de la promotion de la santé ou de la prévention de la maladie.

3.4 Produire des données à partir de méthodes de recherche diversifiées

Une approche axée sur la santé de la population appuie des recherches qui portent sur l'ensemble des problèmes qui touchent la santé ou le bien-être de la population. Ces recherches exigent un riche mélange de compétences interdisciplinaires qui couvrent un large éventail de connaissances en recherche, sur le plan qualitatif et quantitatif, incluant : les sciences biomédicales traditionnelles, les sciences en santé communautaire, l'épidémiologie, la biostatistique, tout l'éventail des sciences sociales (dont la sociologie, la psychologie, l'économie, l'administration publique et les sciences politiques), les politiques sur la santé, l'économie de la santé et les autres disciplines d'étude de la population. Les méthodes

spécifiques pour la collecte de données probantes incluent : la méta-analyse, les études pilotes sur des échantillons aléatoires, les études de cas, les analyses sur le rapport entre les risques et les avantages, les enquêtes, les enquêtes par sondage auprès de la population, l'élaboration de modèles de prévisions et des méthodes économiques comme des analyses coût-avantage et l'analyse des valeurs. Les données recueillies pour enrichir le bassin de données probantes proviennent aussi d'exposés, de notes d'information et de la présentation de documents écrits sur des sujets spécifiques par des professeurs d'université ou d'autres experts dans des disciplines axées sur la population.

Bien que l'approche axée sur la santé de la population valorise le développement de nouvelles connaissances, elle ne s'appuie pas uniquement sur la production de données. Elle reconnaît aussi que ces données doivent être examinées d'un oeil critique en permanence. La corrélation de la collecte de données à un examen de ces données sur une base régulière favorise la création de nouveaux outils et de nouveaux modèles comme les lignes directrices sur les « pratiques exemplaires ».

3.5 Déterminer les interventions efficaces et les évaluer

Pour améliorer la prise de décisions, une approche axée sur la santé de la population analyse les données probantes disponibles qui déterminent quelles interventions ou groupes d'interventions seront le plus efficaces pour modifier des résultats de santé spécifiques, diminuer les inégalités en santé, améliorer l'état de santé de la population en général ou apporter des changements aux déterminants de la santé. On le fait pour répondre à la question suivante : est-il possible de s'attaquer de façon efficace à ce problème? Les méthodes employées pour examiner et évaluer l'efficacité des interventions incluent : une synthèse des évaluations des interventions en santé et promotion de la santé de la population produites au cours des dix dernières années au Canada (en portant une attention spéciale aux études basées sur des données quantitatives) et une comparaison avec d'autres pays dont l'expérience peut s'appliquer au Canada. Dans les cas où les données probantes sont insuffisantes, les stratèges peuvent avoir recours à d'autres moyens pour justifier l'utilisation de ressources en santé de la population, dont l'opinion des experts, des programmes-pilotes avec des évaluations à mi-mandat ou une évaluation des risques et des avantages du projet.

Il existe des divergences d'opinions sur ce qui représente l'efficacité des interventions. Les politiciens, les économistes et les gestionnaires de budget, la population qui profite de l'intervention, les chercheurs universitaires et les praticiens ont souvent une opinion divergente quant l'importance qu'ils accordent au processus, au coût et à la valeur concrète d'une intervention nécessaire pour atteindre les résultats souhaités. Ces divergences se reflètent dans la large gamme de méthodes utilisées actuellement (qu'elles soient qualitatives, quantitatives, économiques ou participatives) ou dans les mesures (mesures comportementales ou des changements dans les déterminants) utilisées pour démontrer l'efficacité. La preuve de l'efficacité d'une intervention est aussi étroitement liée au point de départ du projet (problème, population ou milieu) ainsi qu'au type d'intervention adopté.

La modèle de promotion de la santé de la population :

Comme le fait remarquer l'*International Union for Health Promotion and Education* (IUHPE), il ne peut y avoir de méthode ou de mesure unique et « infaillible » pour évaluer l'efficacité des interventions, et il n'y a pas de données probantes « absolues ». Les désaccords qui proviennent des différentes interprétations quant à la signification de « l'efficacité » vont subsister. Néanmoins, les économistes, les stratèges et les gestionnaires de budget doivent être en mesure de juger du succès (ou du succès probable) des interventions pour pouvoir allouer des ressources et pour rendre compte des décisions prises à ce sujet. Bien qu'il existe actuellement un manque d'analyses coûts-avantages traditionnelles sur les interventions en promotion de la santé et en santé de la population, il existe tout de même un nombre croissant de rapports synthèses qui sont disponibles en cette matière (consultez par exemple le rapport de l'IUHPE : *The Evidence of Health Promotion Effectiveness*) qui démontrent que les investissements en santé rapportent et que leur pertinence est clairement démontrée en santé et sur le plan social, économique et politique. Un des grands défis est de mettre en oeuvre un système de mesure qui soit encore plus fiable et valable que le système actuel pour évaluer le succès des interventions en santé et améliorer la qualité et l'étendue des données probantes disponibles pour orienter la prise de décisions.

3.6 Diffuser l'information et en accroître la disponibilité

Une démarche axée sur la santé de la population élabore et met en oeuvre des systèmes visant à trouver l'information et les résultats de recherche qui ont trait à l'état de santé, aux déterminants de la santé et à l'efficacité des interventions pour les diffuser auprès des stratèges, des praticiens en santé et du public. Transposer les résultats de recherches en des données qui sont utilisables par les gens qui conçoivent les politiques et les programmes fait partie intégrante du rôle de l'approche axée sur la santé de la population. Pour s'assurer que les données de recherche sur les déterminants de la santé servent à éclairer l'élaboration des politiques et la prise de décisions, il faut instaurer des stratégies efficaces de transmission du savoir et de mise en oeuvre des politiques. Ces stratégies doivent indiquer les besoins d'information des décideurs et amener ces derniers à utiliser les résultats de la recherche.

En vue d'établir un éventail de stratégies pour le transfert du savoir, l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) a examiné les stratégies de transfert des connaissances de dix-sept organismes oeuvrant dans le domaine de la recherche et/ou des politiques sociales et de santé (*Analyse de la conjecture des stratégies de transfert de la recherche*, www.cihi.ca/Roadmap/CPHI/Documents.shtml). En se fondant sur l'étude, on en a conclu que les résultats de recherche doivent être diffusés auprès d'un large éventail de particuliers et d'organismes, notamment :

- les ministères axés sur la santé et les services sociaux : collaborateurs potentiels.
- les organismes d'élaboration de politiques qui mènent des recherches similaires : réseaux de communications établis avec les décideurs.
- les organismes internationaux : ajout de crédibilité et de prestige

Éléments clés et mesures qui caractérisent une approche axée sur la santé de la population

- ➔ *les organismes professionnels* (particulièrement dans le domaine de la santé) : accès à de nouveaux auditoires.
- ➔ *le grand public* : défenseurs des décideurs.
- ➔ *les organismes communautaires* : offrent l'appui communautaire et contribuent à la diffusion.
- ➔ *le monde des affaires* : influence majeure dans le milieu de travail.
- ➔ *les autorités sanitaires régionales et les fournisseurs de soins de santé* : répartissent les services de soins de santé et déterminent les groupes-cibles pour la diffusion de l'information et la prestation des services.

La rapidité de diffusion est un élément essentiel du transfert des résultats de recherche en santé. Selon l'analyse de conjecture de l'ISPC, il faudrait engager les décideurs très tôt dans le processus et maintenir la communication à toutes les étapes de la recherche, objectif que l'on peut atteindre en faisant un usage continu des groupes de travail conjoints.

L'analyse a également indiqué qu'il fallait créer un éventail de produits adaptés aux divers auditoires-cibles. De plus, elle a souligné certains moyens de promouvoir l'intégration des résultats de la recherche par les décideurs, notamment :

- ➔ faire bon usage des sites Web;
- ➔ intégrer une stratégie de transfert des connaissances pour chaque projet de recherche;
- ➔ établir des liens et des partenariats officiels avec les décideurs;
- ➔ recourir à des spécialistes du transfert des connaissances;
- ➔ parrainer des études empiriques sur le transfert des résultats de recherches.

Élément

clé 4 : *Accroître les investissements en amont*

On peut maximiser les possibilités d'amélioration de la santé de la population en intensifiant les efforts et les investissements en « amont » destinés à maintenir la santé et à examiner les causes premières de la santé et de la maladie, ce qui permettra d'instaurer un système de santé plus équilibré et viable.

Définition et raison-d'être de l'élément clé 4

Dans une approche axée sur la santé de la population, les données probantes sur « ce qui crée et maintient la santé chez les gens » et sur l'efficacité des interventions guident l'établissement des priorités quant aux mesures à entreprendre. Les données probantes dictent les paramètres pour la prise de décisions en matière de santé. Selon l'approche axée sur la santé de la population, les

La modèle de promotion de la santé de la population :

ressources investies dans le cadre d'une telle approche sont allouées aux secteurs les plus aptes à exercer une incidence positive sur l'état de santé de la population. Elle cherche aussi à réaliser au maximum une économie des coûts reliés à la santé. Il s'agit d'une approche qui prend racine dans la notion que plus on intervient tôt dans les causes à l'origine des problèmes, meilleures sont les chances de réaliser des gains en faveur de la santé de la population. Toutefois, selon l'objectif, les interventions « en amont » pourraient ne pas s'avérer le meilleur choix sur le plan efficacité. Le choix doit se fonder sur les meilleures données disponibles plutôt que sur la croyance « qu'il vaut toujours mieux aller plus en amont ». Dans bien des cas, les interventions en amont appellent l'inclusion des interventions touchant les conditions sociales, économiques et environnementales qui sont liées à une mauvaise ou à une excellente santé.

Pour cette raison, les interventions effectuées « en amont » comme la promotion de la santé, la protection et la prévention des maladies ou des blessures sont acceptées comme étant des responsabilités primordiales d'un programme en santé de la population. La clé est de discerner les stratégies qui auront le plus d'efficacité en amont. Une autre étape, tout aussi importante, est de décider quels sont les types d'intervention à effectuer, qui devrait les effectuer, à qui ces interventions s'adresseront, et à quel moment elles seront mises en oeuvre pour parvenir le mieux possible aux résultats souhaités (voir l'élément clé 5).

Mesures mobilisatrices de l'élément clé 4

4.1 Appliquer des critères à la sélection des priorités d'investissement

Les décideurs dans le domaine de la santé n'accepteront probablement pas de faire des investissements en amont, à moins que les avantages potentiels ne soient clairement démontrés. Une approche axée sur la santé de la population utilise les meilleures données probantes disponibles pour démontrer le rendement des investissements sur les interventions. Les méthodes à employer pour amener les décideurs à soutenir un projet en amont exigent une quantification de rentabilité et la description des résultats positifs prévus en santé.

Lorsque les interventions disponibles et leur efficacité relative ont été déterminées (voir l'élément clé 3), on fixe des priorités d'investissement en se fondant sur les résultats d'un processus d'évaluation stratégique. Le processus d'évaluation nous permet de comparer les éléments et de choisir les investissements les plus aptes à exercer une influence positive sur la santé. Les critères servant à orienter les décisions d'investissement incluent les éléments suivants, sans toutefois s'y limiter :

- **Ampleur du problème** (gravité et portée des répercussions du problème, menace pour la santé des Canadiens, et fardeau actuel ou anticipé sur le plan économique et de la santé?);
- **Situation de l'intervention actuelle** (Quelles mesures sont prises? Sont-elles efficaces? Quelles sont les mesures à prendre?);

- **Capacité de produire un changement** (Les résultats en santé sont-ils modifiables? Quelles sont les répercussions possibles? Quelle est la possibilité de régler plusieurs problèmes de santé à la fois par l'intermédiaire d'un ensemble d'interventions intégrées? L'investissement pourrait-il s'avérer dommageable? Les interventions proposées s'appuient-elles sur des preuves empiriques systématiques et/ou des arguments convaincants? L'intervention est-elle réalisable sur le plan technique, financier et politique? Les intervenants clés sont-ils prêts à agir? ont-ils la capacité d'agir? Les Canadiens sont-ils prêts à assumer ce changement? Quelles sont les probabilités de retirer des bénéfices ailleurs que dans le domaine de la santé?);
- **Pertinence de l'engagement** (Cadre-t-il avec le mandat et les rôles de l'organisation? Les leviers nécessaires sont-ils disponibles? Quelle est l'importance de la valeur ajoutée? Est-il facile à mobiliser? Avons-nous l'appui du public?); et
- **Rentabilité** (Amélioration possible de la santé par rapport à l'investissement effectué?).

Dans une approche axée sur la santé de la population, les critères qui guident les décisions d'investissement sont élaborés et convenus par des groupes d'investisseurs soucieux d'améliorer la santé.

4.2 Équilibrer les investissements à court et à long termes

Dans une approche axée sur la santé de la population, il y a concurrence entre les buts à court terme et ceux à long terme. Les problèmes de santé doivent être traités immédiatement, mais en même temps, les investissements en amont s'avèrent nécessaires pour aider les gens à rester en santé. Ces investissements en amont requièrent un soutien constant et leurs répercussions ne seront visibles qu'à moyen et à long termes. Les *projets à court terme*, par exemple, visent à répondre aux préoccupations des citoyens au sujet de la qualité et de l'accessibilité des soins de santé, de la sécurité des aliments et des médicaments et des plans d'intervention d'urgence. Les *projets à moyen terme* incluent les programmes favorisant l'équité, comme redistribuer les ressources et les programmes pour investir dans l'enfance, ou les occasions de développement social. L'investissement dans les sources d'énergie de remplacement ou d'autres technologies qui visent à protéger davantage l'environnement physique constitue un exemple de *projet à long terme*. Une approche axée sur la santé de la population s'efforce d'atteindre un équilibre acceptable entre les différents investissements à chacun des niveaux.

4.3 Influencer les investissements dans d'autres secteurs

L'approche axée sur la santé de la population tient compte du fait que pour agir sur les déterminants de la santé sur le plan social, économique et environnemental, il faut influencer la manière dont les autres secteurs font la répartition de leurs ressources. Investir des ressources pour agir sur ces déterminants généraux de la santé peut aller à l'encontre des intérêts établis des leaders politiques, de certains professionnels de la santé et d'autres

La modèle de promotion de la santé de la population :

groupes qui profitent du statu quo ⁽¹³⁾. Il est donc important d'entreprendre des projets d'information ou d'éducation pour expliquer et justifier l'allocation des investissements qui soutiennent les programmes en santé de la population.

Élément

clé 5 : *Miser sur des stratégies multiples*

Une approche axée sur la santé de la population intègre les activités dans tout l'éventail des interventions qui forment le continuum de la santé : des soins de santé à la prévention, à la protection, à la promotion de la santé et aux interventions touchant les déterminants plus généraux de la santé.

Définition et raison d'être de l'élément clé 5

La vision actuelle selon laquelle la santé des populations est reliée à des facteurs qui ont leur origine aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du système de santé établit le cadre d'adoption de nouvelles démarches pour l'amélioration de la santé. Cette approche exige la mise en oeuvre de stratégies et d'interventions innovatrices et interdépendantes qui portent sur l'éventail complet des déterminants de la santé. Un ensemble de stratégies, fondé sur l'analyse de données probantes, doit être mis en oeuvre pour produire la plus grande incidence positive possible sur la santé de la population. Ces interventions sont mises sur pied dans différents milieux comme la maison, l'école, le milieu de travail et la communauté.

Mesures mobilisatrices de l'élément clé 5

5.1 Déterminer l'étendue des interventions

L'élaboration et la mise en oeuvre d'une approche stratégique claire définissent de façon plus précise les interventions axées sur la santé de la population. Selon les recherches en cette matière, bien qu'une variété d'approches stratégiques puissent être mises en oeuvre, il a été démontré que la *dimension progressive et globale* est l'approche qui réussit le mieux à faire avancer les objectifs de santé de la population. Les interventions effectuées dans un continuum progressif et global nous incitent à nous poser la question suivante : « Quelle doit être l'ampleur de notre intervention? » « L'approche progressive » est un processus graduel où, par exemple, on n'agira au départ que sur un ou sur quelques-uns des déterminants de la santé à la fois. Cette approche est amorcée lentement avec l'objectif d'élaborer des stratégies ayant trait aux autres déterminants au fil du temps. Une « approche globale » est une intervention qui porte sur l'ensemble des facteurs qui touchent la santé. Cette approche recouvre un large éventail de déterminants de la santé. Une approche axée sur la santé de la population tient compte directement de la dimension progressive et globale et détermine donc ce qui sera accompli aussi bien à court qu'à long terme.

5.2 Agir sur les déterminants de la santé et leur interaction

Parce que les déterminants de la santé sont interdépendants et qu'ils ont une influence les uns sur les autres, les interventions qui ne portent que sur un seul déterminant de la santé seront probablement moins efficaces, à moins qu'une mesure complémentaire ne soit prise pour agir sur un facteur connexe. Une approche axée sur la santé de la population reconnaît les interactions entre ces déterminants et elle vise aussi bien ceux qui sont du ressort individuel (p. ex. les habitudes de santé personnelles) que ceux qui sont moins liés à l'individu ou à son environnement immédiat (comme le revenu ou les conditions de travail).

5.3 Mettre sur pied des stratégies pour réduire les inégalités en matière de santé entre les différents groupes démographiques

Un des principes sous-jacents de l'approche axée sur la santé de la population est que les gens devraient tous avoir la même possibilité d'être en santé et de maintenir une bonne santé. Chaque groupe démographique a des exigences distinctes en matière de santé. Une approche axée sur la santé de la population évalue les besoins et élabore des stratégies qui répondent aux caractéristiques distinctives des groupes démographiques; ces caractéristiques peuvent être liées à la situation géographique, à une invalidité, au sexe ou à la culture. En outre, cette approche vise à enrayer les inégalités en matière de résultats de santé entre les différents groupes démographiques et à l'intérieur même de ces groupes, tout en reconnaissant que les ressources en matière de santé peuvent varier. Les écarts dans l'état de santé chez certains groupes démographiques sont souvent associés aux inégalités sur le plan social, économique et environnemental. Cette approche met donc en oeuvre des mesures et des politiques susceptibles de créer un environnement social et économique plus favorable qui peut entraîner un meilleur état de santé chez la population en général. L'amélioration de l'état de santé de tous les citoyens est le but ultime.

5.4 Utiliser un éventail complet d'interventions et de stratégies

Une telle approche devrait faciliter l'analyse et la prise de décisions quant à la contribution relative à la santé des investissements pour un éventail complet d'interventions en santé : à partir des soins de santé à la prévention, à la protection, à la promotion de la santé et aux interventions sur les déterminants plus généraux de la santé (sur le plan social, économique et environnemental)⁴. Ces types d'interventions en santé sont interreliées, montrent même un chevauchement dans certains secteurs, et elles sont complémentaires. L'analyse vise à déterminer le groupement d'interventions le plus approprié, que ce soit en promotion, en prévention, en protection, en soins et en initiatives stratégiques, dans le secteur de santé en question, en conjonction avec les interventions dans d'autres secteurs (p. ex. dans les domaines de l'éducation, des services sociaux, de l'industrie, des transports, des finances et de la justice), qui peut avoir une incidence sur la santé (voir l'élément clé 6).

Ces interventions renferment une série de stratégies visant à améliorer l'état de santé et à réduire les inégalités en santé. À titre d'exemple, on peut citer l'élaboration et la coordination de politiques, les mesures de réglementation, la recherche, l'action communautaire, le

La modèle de promotion de la santé de la population :

renforcement des capacités, les partenariats, l'éducation et la sensibilisation du public et les revues administratives et organisationnelles. Non seulement les stratégies, mais leurs diverses combinaisons doivent être analysées pour savoir lesquelles auront la plus grande incidence sur la santé de la population. Une mesure ne peut à elle seule être efficace; c'est plutôt la combinaison de mesures qui produit des résultats. Il faut donc regrouper ces interventions dans un projet exhaustif.

Les interventions peuvent être menées à différents niveaux. Actuellement, nos ressources et notre attention sont axées principalement sur des interventions individuelles au sein du système de santé et ont pour principal objectif le rétablissement de la santé. Le défi est de voir au-delà de l'individu et de considérer la famille, la communauté, la région et la société canadienne dans nos interventions et d'accroître les investissements en amont pour s'attaquer aux sources des problèmes de santé, et non seulement aux symptômes de la maladie. Dans une approche axée sur la santé de la population, les stratégies peuvent être mises en oeuvre à différents niveaux, en fonction des interventions à faire pour améliorer la santé de la population. Certaines stratégies sont mises en pratique pour l'ensemble de la communauté et visent tous les citoyens alors que d'autres ciblent un sous-groupe de la population. L'élément à retenir est que ces interventions doivent être effectuées en collaboration à tous les niveaux et être complémentaires.

5.5 Mettre en oeuvre des interventions qui abordent les problèmes de santé selon une démarche intégrée

Une approche axée sur la santé de la population utilise la recherche pour faire le lien entre les principaux problèmes de santé et leurs déterminants et pour comprendre la dynamique selon laquelle ces facteurs s'associent pour produire la santé ou la maladie (voir élément clé 2). Étant donné que plusieurs problèmes de santé sont interreliés à cause de facteurs de risque ou de protection communs chez les gens, du même style ou milieu de vie, de leur susceptibilité aux mêmes types d'interventions, les mesures visant à régler ces problèmes peuvent faire partie d'une démarche intégrée. Dans ce contexte, il est possible d'effectuer des interventions visant à régler plusieurs problèmes de manière synergique et d'en tirer de multiples avantages. Nous savons, par exemple, que le diabète, les maladies cardiovasculaires et le cancer ont en commun plusieurs facteurs de risque et facteurs de protection. Le fait d'agir de façon concertée sur ces facteurs communs aurait pour effet de mieux protéger la population contre ces trois maladies, et probablement plus efficacement que si trois programmes de prévention distincts et non coordonnés, spécifiques à ces maladies, étaient mis sur pied.

5.6 Mettre en oeuvre des méthodes qui améliorent la santé des individus au cours du cycle de la vie

Bien que l'approche axée sur la santé de la population vise la collectivité plutôt que l'individu, elle prend en compte les expériences individuelles vécues au cours du cycle de la vie et tient compte du lien entre les expériences de l'individu sur le plan santé et l'état de santé à l'échelon du groupe ou de la population. Une approche axée sur la santé de la population tient compte du fait que les événements de la vie et les transitions sont influencées par le statut social, les

considérations d'ordre économique, le sexe, le soutien communautaire et les autres déterminants de la santé. Elle tient également compte du fait que les divers déterminants de la santé ont des incidences différentes au cours du cycle de la vie. Les expériences et les épisodes de la vie, comme le passage de l'enfance à l'adolescence, les changements d'emploi, le mariage, la famille, la retraite ou la deuil peuvent influencer sur la santé et le bien-être⁽⁵⁵⁾. Il est donc important de promouvoir les interventions qui permettent de s'attaquer aux problèmes de santé qui se manifestent durant ces périodes de transition dans l'ensemble du cycle de la vie.

5.7 Agir dans différents milieux

L'approche axée sur la santé de la population prend en considération le milieu où vit la population et tient compte de la contribution de ce milieu en évaluant la santé et les interventions dans ce domaine. Les programmes et les politiques sont élaborées et mises en oeuvre dans les milieux où les gens vivent, s'instruisent, travaillent et se divertissent. Le but est de créer un environnement social et physique propice à l'amélioration de la santé dans le quotidien. Par exemple, mentionnons (a) la promotion d'une réglementation pour un milieu de travail sécuritaire et positif, (b) l'amélioration de la conception des écoles et de leur fonctionnement pour procurer une meilleure santé aux élèves et aux professeurs, (c) le soutien à des programmes comme Villes-santé par l'intermédiaire d'une gestion et d'une planification urbaines saines, (d) une meilleure sensibilisation du public à un environnement bâti sécuritaire, et (e) une réglementation visant à protéger l'environnement naturel.

5.8 Créer un mécanisme de coordination pour orienter les interventions

Une approche axée sur la santé de la population comprend un mécanisme de coordination pour guider l'élaboration et la mise en oeuvre d'interventions à facettes multiples selon une démarche intégrée, pour agir sur les déterminants de la santé et influencer leur interaction. Les recherches démontrent qu'il faut pouvoir compter sur un soutien suffisant pour que les mécanismes de coordination soient efficaces⁽⁶⁾. Ces mécanismes exigent par exemple (a) *l'expertise*, c'est-à-dire qu'ils doivent disposer de personnes qui ont les connaissances et l'expertise pertinentes et qui sont secondées par un personnel de soutien compétent; (b) *l'appui politique*, c'est-à-dire l'approbation des leaders sur le plan politique et communautaire; et (c) *l'autonomie*, c'est-à-dire le pouvoir de prendre des décisions quant aux mesures à entreprendre pour atteindre les objectifs en santé. Les mécanismes de coordination doivent aussi être fondés sur de solides principes de gestion. Pour que les interventions soient efficaces et aient des répercussions positives sur la santé de la population, les mécanismes de coordination doivent permettre aux responsables d'assumer les responsabilités fondamentales en cette matière comme le financement, l'assistance technique, l'organisation, la gestion, l'éducation, les communications, le leadership et la promotion. (voir élément clé 6).

Élément

clé 6 : Favoriser la collaboration entre les divers paliers et secteurs

Une approche axée sur la santé de la population reconnaît la nécessité de faire de l'amélioration de la santé une responsabilité partagée entre les divers paliers et secteurs dont les activités ont des répercussions directes ou indirectes sur la santé ou sur les facteurs ayant une incidence sur la santé.

Définition et raison d'être de l'élément clé 6

La « collaboration intersectorielle » est l'action conjointe du secteur de la santé et des autres secteurs gouvernementaux, ainsi que des représentants du secteur privé, des bénévoles et des groupes sans but lucratif, en vue d'améliorer la santé de la population. Elle nécessite une coordination et une intervention au sein du secteur de la santé tout en cherchant à obtenir la participation des secteurs à l'extérieur de la santé.

La collaboration intersectorielle se fonde sur le principe que la santé est tributaire de nombreux facteurs qui sont en interaction et que pour amener et maintenir la santé, il faut l'intervention des groupes dont les activités peuvent exercer une influence sur les différents déterminants de la santé. Dans une approche axée sur la santé de la population, le secteur de la santé travaille en collaboration avec les autres secteurs non seulement pour mettre en oeuvre des interventions pouvant améliorer la santé, mais aussi pour aider ces secteurs à atteindre leurs buts. La collaboration intersectorielle permet le regroupement des forces, des connaissances et des moyens pour comprendre et résoudre des problèmes complexes qu'un secteur ne peut résoudre à lui seul.

La collaboration intersectorielle peut prendre différentes formes, comme des projets de coopération, des alliances, des coalitions ou des partenariats. Elle a deux dimensions. La *dimension horizontale* établit le lien entre le secteur de la santé et différents secteurs à un niveau donné. Cette dimension comprend les liens entre le secteur de la santé et les autres secteurs gouvernementaux comme l'économie, la justice, l'environnement et l'éducation; elle comprend aussi le lien avec les représentants d'organismes non gouvernementaux des secteurs bénévoles, des organismes sans but lucratif et du secteur privé. Le partenariat horizontal favorise l'établissement de buts communs et assure une coordination dans la planification, l'élaboration et la mise en oeuvre des politiques, programmes et services des partenaires sectoriels. La collaboration horizontale est renforcée lorsque des liens verticaux sont aussi établis.

La *dimension verticale* établit le lien entre les différents *paliers* d'un secteur donné (p. ex. lorsque des homologues locaux, régionaux, provinciaux/territoriaux ou nationaux s'engagent dans une action commune). De bonnes relations verticales soutiennent et favorisent les relations horizontales et la collaboration entre deux secteurs donnés. La collaboration selon la dimension verticale assure une meilleure coordination des interventions et la correspondance des objectifs entre différentes entités, par exemple (a) les différents niveaux d'une organisation comme les employés de première ligne et les

décideurs de l'administration centrale, (b) les différents paliers de gouvernement comme les homologues au niveau municipal ou provincial, ou (c) les différentes régions géographiques d'un pays comme la région de l'Atlantique ou le Centre du Canada. Les relations horizontales, les relations verticales et la collaboration sont toutes essentielles pour qu'une approche axée sur la santé de la population ait des résultats positifs sur la santé des gens.

Mesures mobilisatrices de l'élément clé 6

Dans son document de discussion *Actions intersectorielles... Pour un avenir en santé (1999)*, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (CCSP) énumère quelques conditions pour réussir une collaboration intersectorielle s'inspirant de la recherche et de la pratique internationales dans ce domaine.

6.1 Mobiliser les partenaires au début du processus pour l'établissement de valeurs et de visées communes

Pour réussir des projets intersectoriels visant à améliorer la santé, il faut susciter l'engagement des partenaires potentiels venant de secteurs extérieurs à celui de la santé tôt dans le processus, tout comme la participation des responsables de différentes disciplines ou secteurs au sein du secteur de la santé. Lorsque les participants ont des objectifs clairs, fondés sur des valeurs et des intérêts communs, la collaboration est plus efficace. Il importe de noter que les priorités en ce qui a trait aux secteurs à privilégier peuvent varier d'un partenaire à l'autre. Par exemple, les représentants du secteur de la santé valorisent les éléments relatifs à la santé, alors que ceux des autres secteurs valorisent davantage les enjeux sociaux, les réalisations sur le plan économique ou le développement humain durable. Le but de ce travail de collaboration est d'établir des bases communes et d'agir en collaboration pour améliorer la santé.

Le fait de fixer des objectifs communs permet aux partenaires de voir comment cette participation les aidera à atteindre leurs propres objectifs, tout en contribuant au bien commun collectif. De plus, le consensus formé à propos d'objectifs communs au tout début du cycle de planification des programmes favorise des relations de travail efficaces qui seront essentielles à la réussite de la mise en oeuvre de programmes, de politiques et de services de santé dans l'avenir (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1999).

La collaboration intersectorielle devrait être vue comme une situation où les deux parties sont gagnantes, par opposition à un exercice où les deux parties sont en concurrence et qui est fondé sur un « impérialisme » sectoriel, où un secteur est considéré comme profitant des ressources de l'autre partie pour atteindre ses propres objectifs ⁽⁶⁾. La collaboration en vue d'améliorer la santé en est facilitée si l'on : (a) s'attaque aux problèmes qui ont une signification et une importance pour les parties qui collaborent, (b) embauche des personnes ayant des compétences diversifiées et complémentaires, (c) encourage la comparabilité des attitudes et des perspectives sociales entre les membres, et (d) favorise l'établissement de

liens personnels enrichissants entre les membres. Ces facteurs aident à former des équipes stables et efficaces où les gens travaillent ensemble de manière constructive.

6.2 Fixer des objectifs réalistes et mettre l'accent sur des résultats concrets

La collaboration intersectorielle doit traduire les objectifs communs en résultats spécifiques à atteindre. Les recherches indiquent que les projets intersectoriels fructueux mettent l'accent sur des objectifs concrets qui décrivent clairement un plan d'action détaillé. L'articulation claire de buts en matière de santé de la population procure plusieurs avantages. Les buts et objectifs liés à la santé (a) décrivent de façon explicite les résultats attendus d'un investissement en santé, (b) favorisent le soutien politique et communautaire, (c) aident les systèmes de santé à se réorienter pour passer de services axés sur les soins de santé à des services axés sur la prévention, (d) soutiennent l'orientation de la politique, (e) présentent les gains en santé à court et à long termes, et (f) favorisent l'évaluation des incidences sur les programmes et les politiques sur la santé (évaluation des incidences sur la santé)^(46,38,39,6). Les buts et objectifs aident les partenaires engagés dans un travail intersectoriel à déterminer les interventions à effectuer, comment on procédera, qui fera ces interventions et à quel moment.

6.3 Identifier et soutenir un chef de file

Pour assurer une bonne collaboration intersectorielle, il importe également d'établir et de soutenir un chef de file. Même si le terme « chef de file » désigne ordinairement une personne, il peut aussi s'appliquer à un groupe ou à une collectivité. Les chefs de file sont le symbole public des projets entrepris en matière de santé de la population. Ils suscitent l'intérêt et l'engouement pour les questions de santé publique et mobilisent le soutien de la population pour faire progresser les programmes de santé publique. Selon les recherches, au moins trois éléments caractérisent un chef de file efficace ⁽⁵⁾:

- Le chef de file est digne de confiance, respecté et non partisan (c'est-à-dire qu'il n'est lié à aucun intérêt politique particulier), et il travaille de manière efficace avec les dirigeants politiques.
- Le chef de file est fermement déterminé à respecter la philosophie relative aux déterminants de la santé.
- Le chef de file accepte, soutient et véhicule avec succès des points de vue multiples et variés pour articuler un programme de santé de la population.

6.4 Investir dans un processus d'établissement d'alliances

La collaboration intersectorielle entre les divers paliers et secteurs dans un contexte de santé de la population exige des ressources humaines et financières. Pour que cette collaboration soit efficace, les partenaires doivent être en mesure d'y consacrer des ressources humaines et financières. Dans l'ensemble, la collaboration intersectorielle est améliorée lorsque le dosage approprié (quantité et diversité) de ressources est investi dans un processus d'établissement d'alliances.

Lorsque le personnel est bien formé, qu'il est assigné de manière spécifique aux tâches liées à la santé de la population et qu'il se compose de gens provenant d'une multitude de disciplines et de professions, la collaboration intersectorielle en est facilitée ⁽³¹⁾. Le temps consacré pour entreprendre ce travail est aussi important. La collaboration intersectorielle exige :

- un plan de gestion des ressources humaines commun bien étayé et sur lequel tous les partenaires s'entendent;
- la détermination des besoins d'expertise et des occasions de formation et de développement;
- le partage d'exemples de méthodes de travail innovatrices.

La collaboration intersectorielle doit lutter contre des pratiques budgétaires « cloisonnées » qui découragent le regroupement de ressources en vue de travailler à des objectifs communs. Cette collaboration exige (1) un consensus sur le partage des coûts entre les groupes participants et (2) la détermination et l'élimination des obstacles qui nuisent à l'élaboration de budgets communs.

6.5 Générer l'appui politique et s'inspirer des facteurs positifs dans les politiques

Étant donné que les gouvernements sont les principaux partenaires de l'intervention intersectorielle et que les politiques gouvernementales et la politique ont des répercussions sur les partenaires à l'extérieur du gouvernement, une approche axée sur la santé de la population est tributaire de l'appui politique et d'un cadre des politiques publiques qui favorise la collaboration intersectorielle.

Le succès d'un projet intersectoriel est davantage assuré lorsqu'il existe un lien explicite avec le secteur politique. Ce lien peut être établi grâce à l'engagement direct des politiciens dans les projets de santé de la population (p. ex. en étant membres d'un comité), ou par un lien clair au niveau politique coordonné par les cadres supérieurs de l'administration. Un engagement et un soutien visibles au niveau politique font progresser la collaboration intersectorielle en favorisant et en soutenant la participation des partenaires et en assurant un accès à des appuis indispensables.

Dans la collaboration intersectorielle en santé, il est aussi nécessaire de tenir compte du contexte actuel des politiques publiques, et les partenaires doivent s'adapter à ce contexte. Les gouvernements pourraient, par exemple, accorder plus d'attention aux répercussions sur la santé d'une décision stratégique lorsque le contexte financier est favorable. De plus, les Canadiens seraient plus enclins à appuyer des programmes qui profitent aux personnes les plus vulnérables de la société dans des périodes de prospérité économique. Une bonne compréhension et une bonne évaluation des contextes des politiques publiques sont des atouts essentiels pour les partenaires qui collaborent à un projet intersectoriel.

6.6 Partager l'autorité, les responsabilités et les succès avec les partenaires

Le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (1999) reconnaît les défis à relever en ce qui a trait au leadership dans les projets intersectoriels. Le terme leadership traduit davantage un rôle visant à orienter et à influencer les mesures à prendre que le fait de maintenir un contrôle sur le groupe.

Le secteur de la santé peut assumer un de deux rôles dans la collaboration intersectorielle, soit celui de *leader* ou de *facilitateur* ⁽⁵⁾. Ordinairement, le secteur de la santé assume le rôle de leader dans les projets de santé de la population qui se rapprochent le plus de son mandat et qui correspondent à son champs d'expertise. Ces projets englobent notamment : promotion de la santé, habitudes de santé et capacité d'adaptation personnelles, gestion du risque, surveillance médicale et services de santé. Le secteur de la santé prend le rôle de facilitateur lorsque la portée des projets en santé de la population s'étend au-delà des intérêts ou des compétences du secteur de la santé. Les projets qui traitent des questions d'éducation, de transport ou d'emploi, par exemple, seraient pris en charge par des organismes ou des ministères représentant ces secteurs. Dans ce contexte, le secteur de la santé encourage le partenariat et coordonne des projets multi-sectoriels et compte sur les représentants des autres secteurs pour régler de problèmes qui dépassent ses compétences.

En outre, dans le contexte d'une collaboration intersectorielle en santé de la population, les responsabilités doivent être partagées en ce qui a trait aux résultats attendus. Les secteurs et les paliers travaillent de concert pour atteindre les buts et objectifs fixés (c'est-à-dire les résultats attendus) sur lesquels ils ont formé un consensus. De même, il va de soi que l'on partage les succès avec les partenaires. Les interventions en santé qui sont planifiées et mises en oeuvre par de multiples partenaires offrent des retombées positives et des avantages aux secteurs et paliers qui y ont consacré leurs énergies.

Élément clé 7 : *Prévoir des mécanismes encourageant la participation du public*

Une approche axée sur la santé de la population encourage la participation du public à l'élaboration de stratégies visant à améliorer leur santé. Les citoyens se voient offrir de véritables occasions de contribuer à l'établissement de priorités et de stratégies en matière de santé et à l'examen des résultats atteints.

Définition et raison d'être de l'élément clé 7

Une approche axée sur la santé de la population favorise l'engagement des citoyens dans un processus de participation publique qui reconnaît le rôle et la contribution des intervenants, des citoyens et des gouvernements, et le partage des responsabilités entre ces différents acteurs, dans l'élaboration de politiques gouvernementales visant l'amélioration de la santé de la population. Le *public* désigne les personnes, les consommateurs, les citoyens, les groupes d'intérêt, l'industrie et les

Éléments clés et mesures qui caractérisent une approche axée sur la santé de la population

associations scientifiques et professionnelles. La *participation* signifie le niveau de participation dans un continuum. Toute participation le long du continuum représente une contribution valable. Et le degré de participation varie selon les objectifs de l'exercice et le degré d'intervention ou d'influence publique souhaité.

On retrouve trois activités dans le continuum de participation du public : (a) les communications, (b) la consultation, et (c) l'engagement des citoyens.

Les communications : on fait appel à des stratégies de communications lorsque l'objectif de la démarche est d'informer ou d'éduquer le public, de communiquer des enjeux ou des résultats, ou de préparer les citoyens en vue de projets futurs qui nécessiteront une plus grande participation de leur part. La première étape qu'il importe de suivre dans tout processus de participation du public consiste à fournir de l'information claire et précise pour que le public soit pleinement informé des questions traitées. Les citoyens ont aussi l'occasion de donner leur opinion, d'apprendre des autres et de travailler en collaboration pour établir des bases communes pour l'amélioration de la santé.

La consultation : en général, on fait appel à la consultation lorsqu'il faut recueillir l'opinion des intervenants, ou fournir une occasion aux citoyens de discuter de problèmes ou d'activités importants qui les touchent ou qui sont d'un grand intérêt pour eux. À cette étape, il est encore possible de prendre en compte des opinions des citoyens dans un contexte de démarche décisionnelle commune, de partenariat pour la mise en oeuvre de solutions ou d'établissement des orientations.

L'engagement des citoyens : on parle d'engagement des citoyens lorsque ceux-ci participent en tant que partenaires importants à l'élaboration de programmes et de politiques qui touchent aux valeurs et aux choix sociétaux. L'engagement des citoyens vise les groupes pour lesquels une politique ou un programme est prévu, spécialement les groupes qui ont été auparavant privés de leurs droits de représentation. Les citoyens acceptent le défi de trouver des solutions et d'élaborer des stratégies pour l'amélioration de leur santé et travaillent avec le gouvernement à la mise en oeuvre des solutions proposées. En général, l'engagement des citoyens porte sur des projets communautaires émanant du public, où le gouvernement n'assume qu'un rôle de facilitateur ou d'animateur. Pour décider de la participation des citoyens à un niveau élevé du continuum, il faut examiner la situation, et déterminer si l'initiative porte sur l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques et de programmes peuvent susciter des conflits de valeurs ou d'identité, comporter des choix ou des compromis difficiles, ou avoir des répercussions importantes sur la vie des citoyens ⁽⁴⁰⁾.

La modèle de promotion de la santé de la population :

La participation du public a comme principal avantage de rehausser la confiance du public à l'égard de la prise de décision et du partage de l'information, car les citoyens qui sont le plus touchés par le problème de santé contribuent à l'élaboration des solutions au tout début du processus de planification. Une participation réelle du public entraîne bien d'autres avantages comme :

- Instaurer une relation fondée sur la confiance, la transparence, la responsabilisation, l'ouverture et l'honnêteté.
- Faire place à une plus large gamme de besoins, d'intérêts et de préoccupations du public dans la prise de décision.
- Résoudre les problèmes de manière plus efficace, par une démarche de collaboration.
- S'assurer que les décisions et les solutions incluent la vision, les connaissances et l'expertise technique auxquelles on n'aurait pu avoir accès autrement.
- Considérer les problèmes et les projets sous une perspective plus large qui englobe des préoccupations sur le plan technique, social, culturel et éthique.
- Accroître le niveau d'acceptation et d'appropriation du public face aux décisions et aux politiques.

Une approche axée sur la santé de la population place les gens au coeur de la démarche et considère les citoyens comme des participants actifs dans la création et le maintien de la santé au cours du cycle de la vie ⁽⁵⁵⁾.

Mesures mobilisatrices de l'élément 7

7.1 Susciter l'intérêt du public

Une approche axée sur la santé de la population non seulement informe le public des questions portant sur la santé qu'il est en droit de connaître, mais également vise à susciter l'intérêt et l'engouement pour les questions de santé chez le public. Le « mouvement écologiste » des dernières décennies en est un bon exemple ⁽⁵⁵⁾. L'approche axée sur la santé de la population cherche à convaincre la population que la santé et les déterminants de la santé sont des concepts importants et durables et veut obtenir l'accord et l'appui de la population en général sur les questions et les programmes relatifs à la santé.

7.2 Contribuer à l'accroissement du niveau de connaissances en santé

En stimulant l'engagement des citoyens, une approche axée sur la santé de la population fait progresser les connaissances des personnes et des communautés en matière de santé. Par connaissances en santé, on entend les expériences, les découvertes, les valeurs, les attitudes, les croyances, les hypothèses et le savoir sur des questions touchant la santé de la

population.⁵ Les campagnes d'éducation du public sont couramment employées pour enrichir les connaissances en santé. De telles campagnes s'inspirent des concepts de marketing social et utilisent efficacement les différents outils de communication comme l'imprimé, la télévision, la radio ou l'internet. Elles utilisent aussi d'autres outils comme l'écriture en braille, les livres-cassettes et le sous-titrage codé pour malentendants à l'intention des personnes atteintes d'un handicap physique. L'accroissement des connaissances en santé fait que les citoyens sont mieux informés des questions sur la santé. Ils deviennent des consommateurs avisés de services de santé et font des choix judicieux pour leur santé et celle de leurs collectivités. Une approche axée sur la santé de la population, en plus de faire progresser les connaissances en santé, évalue le niveau actuel de connaissances en santé au sein de la population, dans le cadre de la démarche d'élaboration des politiques et des programmes, pour que les messages soient compris et bien accueillis par les groupes de citoyens.

7.3 Mettre en oeuvre des stratégies de participation du public qui s'harmonisent avec l'objectif fondamental

Une approche axée sur la santé de la population définit clairement la raison de la participation du public et met en oeuvre par la suite les stratégies nécessaires pour atteindre l'objectif souhaité. Elle détermine et met en pratique les stratégies et les techniques appropriées tout au long du continuum de participation du public en vue de répondre à la question suivante : « Quels sont les besoins et quelle est la meilleure stratégie pour y répondre? » Les stratégies de participation du public sont réparties en cinq niveaux :

Niveau 1 : *L'information et l'éducation* du public. Pour cette démarche, on fait appel aux mécanismes de communication en s'assurant que la communication et le niveau de langue utilisé sont adaptés à l'auditoire ou au groupe visé. C'est la stratégie privilégiée lorsqu'il s'agit d'informer le public d'une décision prise, des résultats d'un projet ou d'un processus, d'obtenir le soutien de la population quant à un projet ou à l'orientation d'une politique, ou pour préparer les gens à une consultation publique plus intensive qui aura lieu plus tard. Le niveau 1 inclut des techniques comme la publicité et le marketing social, les trousseaux d'information et les lignes téléphoniques d'information sans frais.

Niveau 2 : *La collecte de l'information et des opinions*. Les techniques du niveau 2 sont utilisées lorsque l'objet de la consultation publique est d'écouter les gens et de recueillir de l'information sur un sujet donné, d'obtenir leur opinion sur des décisions stratégiques à venir, et d'obtenir des commentaires sur des questions dans le cas où aucun engagement ferme n'a encore été pris à ce sujet (les participants sont informés du but de l'intervention dès le début du processus, de manière à pouvoir canaliser les attentes). Les techniques de participation du public du niveau 2 incluent les réunions bilatérales avec les intervenants, des rencontres dans la communauté ou des réunions publiques et des questionnaires remplis par les citoyens.

Niveau 3 : *La discussion et la participation* au moyen d'une consultation.⁵ Les techniques du niveau 3 constituent la stratégie privilégiée lorsqu'il faut établir un dialogue et que les personnes et les groupes sont touchés par le résultat final et devraient, d'après les attentes,

La modèle de promotion de la santé de la population :

influencer ce résultat. Les comités consultatifs, les commissions ou conseils consultatifs, les groupes de discussion en ligne et les serveurs de listes, ainsi que les ateliers de travail, sont des exemples d'applications des techniques de niveau 3.

Niveau 4 : L'engagement des citoyens. L'engagement des citoyens est recherché lorsqu'il est nécessaire d'obtenir leur participation pour traiter de problèmes complexes qui portent sur des valeurs sociétales, et lorsqu'ils peuvent contribuer à l'élaboration de politiques et à la prise de décisions qui les touchent. Comme exemples de techniques de niveau 4, on note la méthode Delphi, les séances de réflexion et les tables rondes.

Niveau 5 : Le partenariat avec les citoyens. Les techniques du niveau 5 pour la participation du public sont particulièrement utiles lorsque l'objectif est de donner aux citoyens et aux groupes le pouvoir de gérer la planification/le processus d'élaboration de la politique. Le partenariat est aussi efficace lorsqu'il existe une entente entre les groupes de citoyens et le gouvernement pour la mise en oeuvre conjointe des solutions proposées. Parmi les exemples de techniques du niveau 5, on retrouve les panels d'experts de citoyens et les groupes d'études.

De nombreux facteurs influencent le choix d'une stratégie de participation du public. Ils comprennent : (a) la nature et la complexité du problème, (b) le but et l'étape de la planification/processus d'élaboration d'une politique, (c) le degré d'influence attendu des participants, (d) le profil des participants (p. ex. une pluralité de citoyens par opposition aux représentants d'un groupe d'intérêt), (e) l'expérience antérieure des facilitateurs par rapport aux techniques de participation du public, (f) les délais, les coûts, les ressources humaines et l'expertise, (g) le niveau de collaboration intersectorielle, et (h) le niveau de soutien accordé au processus de participation du public par les intervenants et les partenaires gouvernementaux.

Élément clé 8 : *Démontrer une prise en charge des responsabilités quant aux résultats sur le plan santé*

L'approche axée sur la santé de la population privilégie les résultats et cherche à déterminer le degré de changement réellement attribuable aux interventions.

Définition et raison d'être de l'élément clé 8

Par le passé, la responsabilisation portait davantage sur les moyens (ressources utilisées), les méthodes (activités) et les produits. Dans une approche axée sur la santé de la population, elle porte beaucoup plus sur les résultats en matière de santé et sur le degré de changement qui peut réellement être attribué à une intervention. Cette orientation a une influence sur la planification et sur le processus de détermination des buts aussi bien que sur le choix des stratégies d'intervention utilisées. Lors de la prise de décisions sur le meilleur investissement des ressources, les stratégies qui donneront les *meilleurs* gains de santé dans les limites acceptables d'utilisation des ressources, seront retenues en priorité.

L'évaluation des résultats est une fonction essentielle d'une approche axée sur la santé de la population. Elle sert à évaluer les changements à long terme sur l'état de santé et sur les déterminants de la santé. Ces changements peuvent porter sur les connaissances, la sensibilisation et les comportements, le contexte social, économique et environnemental, ainsi que sur l'infrastructure du réseau de santé et les politiques gouvernementales. L'évaluation des résultats cherche aussi à mesurer la réduction des iniquités en matière de santé entre les différents sous-groupes de la population. Il est important de définir les résultats à court, moyen et long termes pour assurer un soutien continu et la pertinence des activités des partenaires dont les programmes sont axés davantage sur le court terme.

Nombre des responsables des politiques et des programmes de santé peuvent mal accepter ou craindre la responsabilisation en raison des nombreux facteurs indépendants de leur volonté qui peuvent influencer les résultats sur le plan santé. Ils devraient être rassurés du fait que l'approche recommandée ici prend en compte l'éventail complet des éléments qui peuvent permettre ou empêcher d'atteindre un objectif. Si le taux de suicide monte, cela ne signifie pas nécessairement que le programme a échoué, et vice versa. Il faut plutôt chercher à savoir ce qui se produisait en même temps qui a également eu un impact sur le résultat.

L'évaluation des résultats à plus long terme est nécessaire afin d'effectuer une évaluation exhaustive du programme, qui comprend aussi l'évaluation des processus (pour déterminer si une politique et un programme atteignent les buts fixés ou s'ils rejoignent le public cible) et pour mesurer les répercussions des interventions (c'est-à-dire évaluer les résultats concrets d'un programme ou d'une politique). La communication et le partage réguliers des résultats atteints, en temps opportun, avec les partenaires et les Canadiens font partie intégrante d'une approche axée sur la santé de la population.

Mesures mobilisatrices de l'élément clé 8

8.1 Créer un cadre de responsabilisation fondé sur les résultats

Une approche axée sur la santé de la population encourage l'élaboration d'un cadre de responsabilisation fondé sur les résultats, qui définit de façon claire les responsabilités et les mesures de la performance au début des programmes et activités relatifs à la santé. Les principaux partenaires s'entendent sur le cadre de responsabilisation fondé sur les résultats et ils incluent dans ce cadre les éléments suivants :

- une définition claire des rôles et responsabilités des partenaires principaux qui participent à la mise en oeuvre de la politique, du programme ou du projet (donc une structure claire pour la conduite des affaires);
- un modèle d'exécution logique et clair qui fait le lien entre les ressources allouées et les résultats attendus (p. ex. un modèle logique axé sur les résultats qui présente dans leur ordre logique l'affectation des ressources, les grands objectifs, les activités, les produits et les principaux résultats de la politique, du programme ou du projet);

La modèle de promotion de la santé de la population :

- une description de la stratégie de mesure de la performance, y compris l'information sur les coûts et le rendement attendu (indicateurs clés) qui feront l'objet d'un suivi (pour permettre aux gestionnaires d'évaluer les progrès réalisés, de mesurer les résultats atteints, d'appuyer le travail d'évaluation subséquent, de tirer des leçons et, en même temps, de faire des ajustements nécessaires pour constamment s'améliorer;
- le plan d'exécution des principaux travaux d'évaluation qui doivent être effectués;
- un aperçu des rapports à produire pour garantir la transparence et montrer la prise en charge de ses responsabilités auprès du public, des intervenants et des bailleurs de fonds du programme qui veulent connaître (et doivent connaître) les progrès (ou le peu de progrès) accomplis dans la mise en oeuvre du programme.

Un cadre de responsabilisation et de gestion axé sur les résultats devrait démontrer de manière concluante l'intention et la capacité de mesurer la performance du projet en fonction des engagements pris quant aux principaux résultats attendus, en permanence (mesure continue de la performance) et périodiquement (évaluations). Une bonne stratégie de mesure de la performance devrait comporter les éléments suivants :

- les principales activités du programme (quelles activités auront lieu?)
- Les clients ou les populations ciblés (Qui profitera du programme?)
- Les résultats attendus (quelles seront les réalisations?)
- Les indicateurs de performance (comment pouvons-nous objectivement mesurer les résultats?)
- Les sources de données (où recueillerons-nous l'information?)
- La méthodologie (comment ferons-nous l'évaluation et l'analyse des données et quels seront les coûts?)

8.2 Déterminer les mesures de référence et fixer des objectifs d'amélioration de la santé

La collecte des données de référence, l'établissement d'objectifs et les buts visés sur le plan santé sont des aspects importants d'une approche axée sur la santé de la population. Les mesures de référence représentent les statistiques courantes sur les indicateurs relatifs à la santé. Les objectifs sont des données quantifiées portant sur le niveau/l'importance, l'orientation et le moment des changements souhaités pour un indicateur. Les indicateurs sont des mesures statistiques qui sont généralement exprimées en pourcentages^(5,13). En général, l'expression « buts visés sur le plan santé »⁶ est utilisée dans un sens large et fait référence à un cadre de planification qui inclut habituellement les grands objectifs, les indicateurs, les objectifs et les stratégies.

Sans la détermination d'objectifs spécifiques pour orienter les interventions en santé, les attentes quant aux gains demeurent vagues. Les objectifs précisent l'importance et l'échéance des changements souhaités pour un indicateur, et définissent les paramètres du succès.

L'articulation des buts et des objectifs en santé comprend l'indication précise des stratégies à mettre en oeuvre et les personnes responsables d'atteindre ces objectifs.

La documentation internationale révèle cinq façons de fixer des objectifs : (a) par *comparaisons dans le temps* lorsque les objectifs sont fondés sur l'extrapolation de niveaux futurs pour un indicateur à partir des niveaux passés et présents, (b) par *comparaisons normatives* lorsque les objectifs sont fondés sur le niveau de performance atteint pour un d'indicateur donné dans le cadre d'un programme, d'une intervention ou d'une politique similaire, dans des administrations ou des cadres comparables (les normes standard sont souvent appelées des étalons), (c) par *normes théoriques*, lorsque les objectifs sont fondés sur ce que les recherches et la théorie suggèrent comme étant raisonnablement atteignables, (d) par *normes idéales ou absolues*, lorsque les objectifs visent l'éradication du problème ou l'atteinte complète des buts en matière de santé, et (e) par *normes de solution par compromis*, lorsque les objectifs sont fixés par négociation d'un compromis entre les moyens utilisés dans les quatre autres méthodes ^(5,33). Le choix d'une méthode pour fixer les objectifs dépend de plusieurs facteurs, comme le niveau actuel des connaissances (connaissances théoriques disponibles sur le sujet) et la disponibilité d'ensembles de données comparables.

Le fait d'établir des mesures de référence et de fixer des objectifs facilite le suivi des indicateurs au cours d'une période donnée, ce qui permet d'évaluer plus facilement l'efficacité des différents programmes, politiques ou interventions et, par le fait même, d'accroître la prise en charge des responsabilités liées à l'investissement de ressources (celui du gouvernement par exemple). En outre, la détermination et le suivi des objectifs ont un important effet de persuasion auprès de ceux qui doivent constater un changement ou une amélioration, pour pouvoir justifier leur soutien à un programme durable en santé de la population.

Les recherches démontrent que l'élaboration d'objectifs en ce qui a trait aux déterminants de la santé, qui englobent souvent des secteurs autres que celui de la santé, est difficile à réaliser ⁽⁵⁾⁷. Toutefois, l'expérience dans plusieurs administrations révèle que les efforts consacrés à régler les problèmes liés à l'élaboration des objectifs sont justifiés par les bénéfices escomptés. Dans une approche axée sur la santé de la population, les buts en matière de santé contribuent à faire progresser l'élaboration de politiques, la planification et l'évaluation de programmes, la réaffectation des ressources, les méthodes de planification axées sur la population et le contrôle du système de santé et de l'état de santé de la population ^(13,39,43,5).

8.3 Institutionnaliser des systèmes d'évaluation efficaces

Les méthodes d'évaluation s'étendent à toute la gamme d'évaluations de processus, de répercussions et de résultats ⁽¹⁸⁾. Une approche axée sur la santé de la population reconnaît le cycle de planification-évaluation, accentue le rôle de l'évaluation dans la surveillance de l'état de santé et instaure des systèmes visant à institutionnaliser les méthodologies d'évaluation. Une stratégie d'évaluation efficace favorise une approche axée sur la santé de la population : (a) en justifiant des stratégies ou des mesures spécifiques en matière de santé, (b) en instaurant un mécanisme de correction interne pour signaler les changements à apporter aux

La modèle de promotion de la santé de la population :

stratégies, et (c) en mobilisant le soutien politique pour des interventions spécifiques et l'obtention des ressources nécessaires. De cette manière, les systèmes d'évaluation peuvent soutenir le maintien de projets pour la santé de la population en faisant connaître clairement les répercussions positives des différentes activités et divers programmes sur l'état de santé de la population.⁸

Des interventions spécifiques pour faciliter l'élaboration et la mise en oeuvre de mécanismes d'évaluation en matière de santé de la population sont exposés dans les travaux récemment publiés par le Bureau régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS/Euro) (1999). Dans son rapport « *Health Promotion Evaluation: Recommendations to Policymakers* », le groupe de travail suggère les mesures suivantes :

- Favoriser une approche participative à l'évaluation qui encourage la participation active de ceux qui s'intéressent au projet ou qui pourraient en bénéficier.
- S'entendre pour réserver un pourcentage du total des ressources financières au travail d'évaluation.
- Encourager l'utilisation de plusieurs méthodes d'évaluation afin de pouvoir évaluer les données sur les processus et les résultats.
- Financer la recherche sur les approches et les outils à employer pour les évaluations de la santé de la population.
- Créer une infrastructure de formation et d'éducation pour établir l'expertise en évaluation de projets sur la santé de la population.
- Mettre sur pied et soutenir la tenue de forums et le réseautage en vue du partage de l'information sur les problèmes et les méthodes d'évaluation en santé de la population.

8.4 Promouvoir l'utilisation d'outils d'évaluation de l'impact sur la santé

Une approche axée sur la santé de la population crée et utilise des outils de responsabilisation qui ont été testés et qui ont été mis en application, dont *l'évaluation des effets sur la santé*. Comme pour les évaluations des incidences environnementales, les outils d'évaluation des effets sur la santé favorisent une plus grande prise en charge des responsabilités pour les interventions et les investissements en santé. Ils y parviennent en établissant des critères servant à déterminer les *effets sur la santé* des programmes et politiques courants ou proposés, aussi bien dans le secteur de la santé que dans les autres secteurs, ce qui a pour avantage d'instaurer une démarche uniforme d'un secteur à l'autre pour l'examen des impacts sur la santé et de mobiliser des secteurs qui ne se pencheraient normalement pas sur les effets qu'ont leurs décisions sur la santé. Toutefois, à moins que cette démarche ne soit instituée à un haut niveau (p. ex. par le Vérificateur général), elle ne sera probablement pas efficace.

8.5 Diffuser publiquement les résultats

La diffusion publique des résultats des projets en santé de la population est une des pierres angulaires d'une approche axée sur la santé de la population. Comme nous l'avons indiqué précédemment, la participation du public et de partenaires provenant de multiples secteurs à des projets visant l'amélioration de l'état de santé (et ayant une incidence sur les indicateurs des déterminants de la santé) exige une stratégie de communication efficace, susceptible de capter l'attention du public ⁽²⁵⁾. Par exemple, on peut penser à : (a) un « bilan de santé » de la population aux paliers national, provincial, régional et municipal, (b) un répertoire des « pratiques exemplaires » et à la diffusion de ces pratiques, et (c) des rapports d'étude de cas qui illustrent avec exactitude la manière de mettre sur pied des projets en santé de la population de façon durable. La diffusion des résultats peut aussi être ciblée pour rejoindre des groupes démographiques déterminés, plus précisément ceux dont la situation est particulière ou qui présentent des facteurs de risque importants. Les rapports peuvent être axés, par exemple, sur les femmes, les enfants, les immigrants, les réfugiés, les populations autochtones ou les personnes handicapées.

En outre, il faut mettre en place des stratégies efficaces de transfert du savoir et de mise en oeuvre des politiques sur les résultats de la recherche et les résultats des évaluations pour influencer les décideurs et accroître le bagage de données probantes (voir la mesure 3.6).

V. Observations finales

Un des objectifs sous-jacents du *Modèle de promotion de la santé de la population* est de favoriser la discussion et l'action en matière de santé de la population. Le modèle présente huit éléments clés et plusieurs interventions afférentes pour guider la création et la mise en oeuvre de politiques et de programmes qui correspondent aux concepts et aux principes établis en matière de santé de la population.

L'emploi du *Modèle de promotion de la santé de la population* suppose diverses choses. Par exemple, différents groupes d'utilisateurs (comme les stratèges, les planificateurs de programme et les praticiens) peuvent constater que certains aspects du modèle s'appliquent davantage à leur travail que d'autres. En outre, les projets qui visent à régler des problèmes de santé spécifiques peuvent mettre davantage l'accent sur certains éléments clés. Parmi les autres facteurs et conditions qui ont une influence sur la mise en oeuvre du modèle, on note : (a) le but principal du projet, (b) le public cible, (c) les résultats attendus, et (d) les ressources disponibles. La mise en oeuvre du *Modèle de promotion de la santé de la population* peut donc varier d'un projet à l'autre. Les utilisateurs auraient donc grand avantage à se familiariser avec toute la gamme des éléments qui le composent, pour ensuite faire un choix judicieux quant à la meilleure manière de mettre ce modèle en application, en tenant compte de leurs objectifs, de leurs attentes et de leurs besoins.

Notes

- 1 Le rapport Lalonde, nommé d'après le ministre fédéral de la Santé et du Bien-être social d'alors, Marc Lalonde, marque la première fois où un État important reconnaît publiquement que la médecine et les systèmes de soins de santé ne jouent qu'un rôle partiel dans la détermination de l'état de santé. Ce rapport examine comment des facteurs autres que ceux liés aux soins de santé peuvent avoir une incidence sur la santé et présente des éléments tels que la biologie humaine, le style de vie, l'environnement et l'accessibilité aux services de santé, comme des facteurs déterminants.
- 2 Diffusé par Jake Epp, ministre fédéral de la Santé et du Bien-être social, comme suite au rapport Lalonde, ce document dresse un tableau des enjeux, des mécanismes et des stratégies de promotion de la santé et met davantage en relief les déterminants plus généraux de la santé ⁽²³⁾.
- 3 Adoptée en 1986 lors de la première Conférence internationale sur la promotion de la santé, tenue à Ottawa, la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* a défini cinq stratégies principales pour la promotion de la santé et une « nouvelle politique gouvernementale », à savoir l'élaboration d'une politique gouvernementale pour la santé de la population, la création de milieux favorables, le renforcement de l'action communautaire, le développement des compétences personnelles et une réorientation des services de santé ⁽²⁵⁾. Certains experts considèrent la Charte d'Ottawa comme étant le catalyseur de l'approche écologique de la promotion de la santé ⁽¹⁷⁾.
- 4 Par « déterminants plus généraux » de la santé, on fait généralement référence aux facteurs sociétaux comme les conditions sociales, économiques et environnementales.
- 5 Quelle que soit la méthode utilisée, les mécanismes de consultation devraient (a) offrir une place équitable aux parties qui sont visées ou potentiellement visées et définir clairement les critères qui guident le choix des groupes ou des individus qui participeront à la consultation, (b) prendre en considération aussi bien l'ampleur de la représentation (l'éventail d'intervenants consultés), que l'étendue de la représentation (l'étendue de l'apport fourni par chaque partie consultée), et (c) s'adapter aux différents niveaux de consultation exigés tout au long de l'étape de mise en oeuvre d'un projet en santé de la population ⁽⁴³⁾.
- 6 En général, l'expression « buts visés sur le plan santé » est utilisée dans son sens large et fait référence à un cadre de planification qui inclut ordinairement les buts, les grands objectifs, les indicateurs, les objectifs et les stratégies. De manière plus spécifique, les « buts » font référence à un énoncé global des résultats souhaités et qui sont potentiellement réalisables à long terme. Les « grands objectifs » sont des énoncés d'intention spécifiques et mesurables qui définissent les changements désirés et qui visent à répondre aux questions suivantes : « qui veut-on atteindre? », « quelle est l'importance des changements? » « quels sont les changements? » et « quand veut-on ces changements? ». Les « indicateurs » sont des mesures ou des statistiques qui permettent de mesurer les changements ou les progrès. Les « objectifs » sont des énoncés quantifiés qui traduisent l'ampleur ou le moment du changement désiré pour un indicateur donné. Ils sont habituellement exprimés sous forme de pourcentages et précisent la date à laquelle l'autorité espère voir un changement. Les « étalons » sont des points de référence, une constante qui sert à établir les mesures et les comparaisons. Les « stratégies » ou « mesures prioritaires » comprennent les mesures spécifiques entreprises ou les méthodes utilisées pour atteindre les buts fixés ⁽⁵⁾.

La modèle de promotion de la santé de la population :

- 7** La difficulté que pose l'établissement des objectifs pour les déterminants de la santé provient : (a) d'une pénurie de données pertinentes dans les secteurs à l'extérieur de celui de la santé, ou (b) de la réticence de la part des collègues des autres secteurs à partager l'information qui aiderait à l'établissement des objectifs. Les recherches démontrent aussi que même si les dirigeants politiques donnent généralement leur soutien aux mesures de responsabilisation, ils hésitent souvent à quantifier les objectifs, car cela peut (a) nécessiter l'affectation de fonds supplémentaires, (b) les pousser à prendre des décisions difficiles sur la réaffectation des ressources et (c) s'avérer embarrassant sur le plan politique pour le gouvernement en place (si les objectifs ne sont pas atteints) ^(5,6).
- 8** Même s'il existe beaucoup d'exemples d'approches axées sur la santé de la population dans la documentation internationale, leur efficacité est moins bien documentée. La rareté des travaux de recherche sur les évaluations est due en grande partie à la durée limitée des projets en santé de la population. Il faut qu'un projet en santé de la population soit d'une assez longue durée pour qu'on soit en mesure d'évaluer son efficacité quant aux résultats attendus. Ceci ne devrait pas toutefois retarder l'élaboration actuelle de méthodologies d'évaluation pour des projets futurs .
- 9** Les outils d'évaluation des effets sur la santé varient en fonction des critères d'évaluation. Ces critères comprennent (a) les effets probables des interventions proposées (politique, programme, activité) sur l'état de santé actuel et futur de la population, (b) les probabilités de réduire les inégalités en matière de santé entre les différents groupes démographiques, (c) le nombre probable de gens qui profiteront des interventions ainsi que leurs caractéristiques, (d) la mesure dans laquelle l'intervention proposée cadre avec les objectifs en matière de santé (en relation avec l'état de santé et les déterminants), (e) l'efficacité de l'intervention, (f) les besoins de ressources pour effectuer l'intervention, et (g) les difficultés de mise en oeuvre ⁽²⁵⁾.

Bibliographie

1. Colombie-Britannique. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors. (1996). *A report on the health of British Columbians: Provincial Health Officer's annual report*.
2. Colombie-Britannique. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors. (1997). *Health Goals for British Columbia*.
3. Association canadienne de santé publique. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa (Ontario): Auteur.
4. Association canadienne de santé publique. (1992). *Caring about health: Issue paper on federal/provincial/territorial arrangements for health policy*. Ottawa (Ontario): Auteur.
5. Chomik, T.A. (1998). *Case study of health goals development in the province of British Columbia*. Mémoire de doctorat. University of British Columbia.
6. Chomik, T.A. & Frankish, C.J. (1999). Factors that facilitated and challenged the development of health goals and targets: The British Columbia experience. *Revue canadienne de santé publique*, novembre-décembre, S39-42.
7. Epp, J. (1986). *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Ottawa (Ontario): Santé et Bien-être social Canada.
8. Evans, R., & Stoddard, G. (1990). Producing health, consuming health care. *Social Science and Medicine*, 31, 12.
9. Evans, R., Barer, M., & Marmor, T. (1994). *Why are some people healthy and others not?: The determinants of the health of populations*. New York: Aldine de Gruyter.
10. Eyles, J., & Birch, S. (1993). A population needs-based approach to health-care resource allocation and planning in Ontario: A link between policy goals and practice? *Revue canadienne de santé publique*, mars-avril, 112-117.
11. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. (1994). *Stratégies d'amélioration de la santé de la population - Investir dans la santé des Canadiens*. Rapport préparé pour la rencontre des ministres de la Santé : Halifax, N.-É., 14 et 15 septembre 1994. Ottawa (Ontario): Santé Canada.
12. Frank, J. (1995). Why population health? *Revue canadienne de santé publique*, mai-juin, 162-164.
13. Frankish, C.J., Green, L.W., Ratner, P.A., Chomik, T.A., & Larsen, C. (1996a). *Health impact assessment as a tool for population health promotion and public policy*: Rapport soumis à la Direction générale de santé de la population et de la santé publique, Santé Canada. Vancouver, C.-B.: University of British Columbia, Institute of Health Promotion Research.
14. Frankish, C.J., Green, L.W., Ratner, P.A., Green, L.W., Chomik, T.A., Larsen, C., & Olsen, L. (1996b). *Building regional health objectives: An application of the PRECEDE model for health promotion planning*. (Manuscrit non publié).

La modèle de promotion de la santé de la population :

15. Green, L. W., Wilson, R. W., & Bauer, K. G. (1983). Data requirements to measure progress on the objectives for the nation in health promotion and disease prevention. *American Journal of Public Health*, 73(1): 18-24.
16. Green, L.W. (1994). Refocusing health care systems to address both individual care and population health. (Conference Proceedings). *Clinical Investigative Medicine*, 17(2), 133-41.
17. Green, L.W. (1996). Bringing people back to health. *Promotion & Education*, 3, 23-26.
18. Green, L.W. & Ottoson, J.M. (1999). *Community and population health*. (8th ed.). New York: WCB/McGraw-Hill.
19. Hamilton, N. & Bhatti, T. (1996). *Promotion de la santé de la population : Modèles d'intégration de la santé de la promotion de la santé*. Direction générale de santé de la population et de la santé publique, Santé Canada.
20. Hayes, M. & Dunn, J. (1998). *Population health in Canada: A systematic review*. Ottawa (Ontario): Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Étude H01.
21. Hayes, M. & Glouberman. (1999). Population health, sustainable development and policy future. Ottawa (Ontario): Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Étude H/01.
22. Health Targets and Implementation Committee. (1988). *Health for all Australians. Report to the Australian Health Ministers' Advisory Council*. Canberra, AUT: Australian Government Publishing Service.
23. Santé Canada. (1996a). *Premier rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes*. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population.
24. Santé Canada. (1996b). *Pour une compréhension commune : une clarification des concepts clés de la santé de la population*. Rapport de discussion.
25. Santé Canada. (1998a). *In the Name of Health: Canada's Experience in Adopting and Implementing a Population Health Perspective*. Document de référence pour les participants au Cambridge International Health Leadership Program, "Improving Population Health: Management Issues and Actions." Judge Institute of Management Studies, University of Cambridge.
26. Santé Canada. (1998b). *Pour une population en meilleure santé : une action concrète. Document de principes de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique*.
27. Santé Canada. (1999). *Pour un avenir en santé : deuxième rapport sur la santé des Canadiens et Canadiennes*. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population.
28. Santé Canada. (2000). *Policy toolkit for public involvement in decision making*. Division de la consultation ministérielle, Direction générale de la politique de la santé et des communications.
29. Hertzman, C. & Keating, D., Eds. (1999). *Developmental Health and the Wealth of Nations*. New York, Guilford Publications, Inc.
30. Kickbusch, I. (1996). Keynote address presented on the occasion of the Healthy People 2000 Consortium Meeting, *Building the prevention agenda for 2010: Lessons learned*. New York, Novembre.
31. Labonte, R. (1998). *Population health and health system restructuring: Has our knowledge of social and environmental determinants of health made a difference?* Document synthèse préparé pour l'unité de synthèse et diffusion, Direction générale de la promotion et des programmes de santé, Santé Canada.

32. Lalonde, M. (1974). *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Ottawa (Ontario): Santé et Bien-être social Canada.
33. McGinnis, J.M. (1984). "Setting National Objectives in Disease Prevention and Health Promotion: The United States Experience." In W. Holland, R. Detels, & G. Knox (Eds.). *Oxford textbook of public health*. Volume 3. (pp. 385-401). Oxford, New York, Toronto: Oxford University Press.
34. McKinlay, J.B., McKinlay, S.M. & Beagehole, R. (1989). A review of the evidence concerning the impact of medical measures on recent mortality and morbidity in the United States. *International Journal of Health Services*, 19, 181-208.
35. McLeroy, K., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351-377.
36. Miles, M. B., Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis*. (2nd ed.). London: Sage.
37. Ministre d'Approvisionnement et Services Canada. (1994). *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : investir dans la santé des Canadiens*. Ottawa (Ontario): Approvisionnement et Services Canada.
38. Nutbeam, D., Wise, M. Bauman, A., Harris, E., & Leeder, S. (1993). *Goals and targets for Australia's health in the year 2000 and beyond*. Portland, OR: International Specialized Books Services. (Also published by Canberra: Australian Government Publishing Service).
39. Nutbeam, D., & Wise, M. (1996). Planning for Health for All: International experience in setting health goals and targets. *Health Promotion International*, 11(3), 219-226.
40. O'Hara, Kathy. 1997. "Securing the Social Union: Next Steps," *Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Réflexion*, 2 Novembre 1997.
41. Pinder, L. (1994). "The Federal Role in Health Promotion: Art of the Possible." In A. Pederson, M. O'Neill, & I. Rootman (Eds.). *Health promotion in Canada: Provincial, national and international perspectives* (pp. 92-106). Toronto: W.B. Saunders Canada.
42. Rafuse, J. (1995). Population-health concept challenges dominance of clinical medicine. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 152(2), 242-245.
43. Ratner, P., Green, L., Frankish, J., Chomik, T., & Larsen, C. (1997). Setting the stage for health impact assessment. *Journal of Public Health Policy*, 18(1), 67-79.
44. Roos, N. (1995). From research to policy: What have we learned from designing the population health information system. *Medical Care*. Vol 33, Number 12, 132-145, Supplement.
45. Roos, N., Black, C., Frohlich, N., & DeCoster, C. (1996). Population health and health care use: An information system for policy makers. *The Milbank Quarterly*, Vol. 74, No. 1., 3-31.
46. Spasoff, R. (1987). Health goals and the public health. *Revue canadienne de santé publique*, 78, 291-292.
47. Sherman, G., Mathias, R. (1996). Surveillance support for population health decision making. *Revue canadienne de santé publique*, juillet-août, 221-222.
48. Tannen, L., & Liebman, J. (1988). Population based planning as a tool for health plan development. *American Journal of Health Planning*, 3(3), 48-54.

La modèle de promotion de la santé de la population :

49. US Department of Health and Human Services. (1991). *Healthy people 2000: National health promotion and disease prevention objectives*. Department of Health and Human Services, Public, Health Service, Washington, DC.
50. Organisation mondiale de la santé. (1978). *Alma-Ata. Primary health care*. Genève: Author. (Health for All Series, No.1)
51. Organisation mondiale de la santé. (1981). *Global strategy for health for all*. Geneva: Auteur.
52. Organisation mondiale de la santé. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Copenhague: Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé.
53. Organisation mondiale de la santé. Bureau régional de l'Europe. (1991). *Targets for health for all*. Copenhague: Auteur.
54. Organisation mondiale de la santé. Bureau régional de l'Europe. (1999). *The Verona Benchmark: System characteristics for implementation of investment for health approaches*. Copenhague: Auteur.
55. Zollner, H. & Lessof, S. (1998). *Population health-Putting concepts into action*. Pour l'Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe.