

L'Institut de la santé publique et des populations
et l'Initiative sur la santé de
la population canadienne

Recueil de cas de recherche interventionnelle en santé des populations



L'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC), qui fait partie de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), étudie la santé au sein des groupes de population et entre ces groupes pour promouvoir une meilleure compréhension des facteurs qui influent sur la santé des individus et des communautés. L'ISPC recherche et résume de l'information sur ce qui donne des résultats au niveau des politiques et des programmes pour réduire les inégalités, pour améliorer la santé et le bien être Canadiens et des Canadiennes et pour contribuer aux améliorations du système de santé du Canada. Visitez le site Web de l'ISPC pour plus d'information sur nos produits et nos activités : www.cihi.ca/cphi.

L'Institut de la santé publique et des populations (ISPP) est un des 13 Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), le principal organisme fédéral qui subventionne la recherche dans le domaine de la santé. L'ISPP a pour but d'améliorer la santé des populations et de promouvoir l'équité en santé au Canada et dans le monde par la recherche et par son application dans les politiques, les programmes et la pratique en santé publique et dans les autres secteurs. Les interventions en santé des populations sont une des quatre priorités stratégiques en recherche de l'ISPP. Au cours des 10 dernières années, les investissements dans la recherche interventionnelle en santé des populations se sont accrus. Visitez le site Web de l'ISPP pour plus d'information sur les priorités stratégiques de l'Institut : www.cihr-irsc.gc.ca/e/13777.html.

Cette publication a été produite par :

Instituts de recherche en santé du Canada
160, rue Elgin, 9^e étage
Indice de l'adresse 4809A
Ottawa (Ontario) K1A 0W9 Canada
<http://www.cihr-irsc.gc.ca/>

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Tél. : 613-241-7860
Télec. : 613-241-8120
www.cihi.ca

Pour distribution et demande de permission, communiquez avec :

Instituts de recherche en santé du Canada - Institut de la santé publique et des populations (IRSC-ISPP) par courriel à ipp-h-ispp@uottawa.ca ou par téléphone au 613-562-5800, poste 8414.

Citation recommandée pour ce document :

Instituts de recherche en santé du Canada - Institut de la santé publique et des populations, Institut canadien d'information sur la santé - Initiative sur la santé de la population canadienne.
Recueil de cas de recherche interventionnelle en santé des populations, 2011.

Aussi affiché sur le Web en formats PDF et HTML
© Sa Majesté la Reine du chef du Canada (2011)
N° de cat. MR21-156/2011F-PDF
ISBN 978-1-100-96878-0

Table des matières

REMERCIEMENTS	2
AVANT PROPOS	3
RECHERCHE INTERVENTIONNELLE EN SANTÉ DES POPULATIONS : INTRODUCTION DES CAS	5
QUESTIONS POUR DISCUSSION	11
PARTIE 1 : PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE PROPICES À LA RECHERCHE INTERVENTIONNELLE EN SANTÉ DES POPULATIONS	12
Développement des examens de l'information et application des connaissances	13
Cas 1 - Apprécier le contexte et la collaboration dans la recherche interventionnelle en santé des populations : un examen réaliste des approches de traitement communautaire pour les adultes itinérants avec troubles concomitants	13
Contribution à la compréhension des impacts de l'urbanisme sur la population	17
Cas 2 - Outil pratique pour déterminer l'impact de l'urbanisme sur la santé	17
Créer des outils de planification en santé des populations	21
Cas 3 - Présentation du Tableau de bord des communautés de l'Estrie : mieux connaître pour mieux agir	21
PARTIE 2 : ÉVALUATION DE PROGRAMMES DANS DES CONTEXTES SPÉCIFIQUES	25
Évaluation assumée par les communautés et partenariat intersectoriel	26
Cas 4 - <i>Transitions saines</i> : promouvoir la résilience et la santé mentale chez les jeunes adolescents	26
Extension d'un projet pilote basé dans des écoles	31
Cas 5 - H2K – Le programme <i>Heart Healthy Kids</i>	31
PARTIE 3 : ÉTUDE D'INTERVENTIONS MULTI ÉLÉMENTS DANS TOUTE UNE COMMUNAUTÉ	35
Travailler avec les communautés et avec le secteur privé dans l'Arctique canadien	36
Cas 6 - Le programme interventionnel de nutrition et de style de vie <i>Healthy Foods North</i> : un programme interventionnel basé sur la communauté et sur l'information dans des communautés inuites et inuvialuites de l'Arctique canadien	36
Établir des partenariats aux niveaux de la recherche, des politiques et de la pratique	41
Cas 7 - Intervention auprès des jeunes enfants dans la communauté... c'est logique, mais est ce que ça fonctionne vraiment? Constatations de notre étude de trois ans en collaboration	41
Donner aux communautés le pouvoir de soutenir la nutrition dans les écoles	45
Cas 8 - Programmes de nutrition dans les écoles de communautés isolées des Premières nations de la région de l'ouest de la baie James : impact, défis et possibilités	45
COMMENTAIRE SUR LE RECUEIL DE CAS DE RECHERCHE INTERVENTIONNELLE EN SANTÉ DES POPULATIONS	49

Remerciements

L'Institut de la santé publique et des populations (ISPP) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) aimeraient remercier les personnes suivantes pour avoir généreusement contribué de leur temps et de leurs connaissances au Recueil de cas de recherche interventionnelle en santé des populations :

- Les principaux responsables de la mise en œuvre du projet et rédacteurs en chef du Recueil de cas, Emma Cohen (IRSC ISPP) et Andrew Taylor (ICIS ISPC), ainsi que les autres membres de l'équipe responsable de la mise en œuvre, Kelly Hogan (ICIS ISPC), Emily Maddocks (ICIS ISPC), Ashley Page (IRSC ISPP) et Sarah Viehbeck (IRSC ISPP).
- Le Comité consultatif du Recueil de cas : François Benoit (Centre de collaboration national sur les politiques publiques et la santé), Tim Hutchinson (Agence de santé publique du Canada), Yumna Choudhry (Instituts de recherche en santé du Canada) et Brenda Roche (Wellesley Institute).
- Les examinateurs des résumés du Recueil de cas : Jino Distasio, Hillel Goelman, Carolyn Gotay, Scott Leatherdale, Florence Morestin, Cameron Norman, Candace Nykiforuk, Louise Potvin, Dawn Sheppard et Sarah Viehbeck.
- Les auteurs, les équipes de recherche et les communautés qui ont participé aux huit cas présentés dans le Recueil.
- Les commentateurs experts de l'extérieur : Ted Bruce (Vancouver Coastal Health) et Penny Hawe (Université de Calgary).
- Erica Di Ruggiero, directrice associée, IRSC ISPP, Nancy Edwards, directrice scientifique, IRSC ISPP, Keith Denny, gestionnaire, ICIS ISPC et Jean Harvey, directrice, ICIS ISPC, pour leurs conseils, leurs commentaires, leur leadership et leur soutien.
- Les auteurs qui ont fourni des photos. Photos utilisées avec permission.

La production de ce Recueil a été rendue possible grâce aux contributions financières des Instituts de recherche en santé du Canada et de Santé Canada. Les opinions exprimées ne sont pas nécessairement celles des Instituts de recherche en santé du Canada, de l'Institut canadien d'information sur la santé ni de Santé Canada.

Le contenu de cette publication peut être reproduit en tout ou en partie, pourvu qu'on ne compte pas s'en servir pour des fins commerciales et qu'on reconnaisse entièrement la contribution des Instituts de recherche en santé du Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Avant propos

La recherche interventionnelle en santé des populations examine les impacts des politiques, des programmes et des approches de répartition des ressources sur la santé de l'ensemble de populations. C'est un domaine de recherche en devenir d'importance critique pour faire progresser les efforts visant à réduire les inégalités dans le secteur de la santé. La recherche interventionnelle en santé des populations tire parti de plusieurs décennies de recherche dans des domaines d'importance comme la promotion de la santé, l'éducation sur la santé et les interventions dans les communautés.

Ce Recueil de cas présente des recherches interventionnelles en santé des populations réalisées au Canada. Il vaut la peine de souligner que ces études de cas sélectionnées grâce à un processus d'examen par les pairs révèle certaines des questions fascinantes restant pourtant encore souvent sans réponse qui entourent ce genre de recherche, par exemple comment la ou les questions de recherche ont été soulevées, comment les partenaires s'y sont intéressés, comment le contexte local a influé sur les interventions et quels défis il a fallu relever pour développer et pour soutenir les interventions.

Ce Recueil de cas est une initiative conjointe de l'ISPP des IRSC et de l'ISPC de l'ICIS.

L'ISPP et l'ISPC s'emploient en partenariat à promouvoir, soutenir et favoriser la recherche sur la santé des populations et sur la santé publique, le développement des infrastructures, le renforcement de la capacité et l'échange des connaissances en vue d'améliorer la santé des individus, des communautés et de l'ensemble des populations. Ils mettent également en œuvre des relations externes proactives durables avec les chercheurs dans le domaine de la santé des populations et de la santé publique, les organismes de financement de la recherche et les organisations de recherche dans toutes les disciplines et tous les secteurs. Cette approche en partenariat facilite le développement d'un réseau pancanadien dynamique de recherche sur la santé des populations.

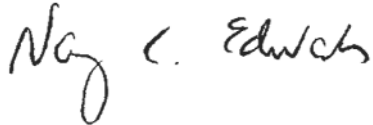
Une des principales activités de nos organisations consiste à faire connaître les expériences des chercheurs et chercheuses ou de ceux et celles qui s'efforcent de résoudre les problèmes de santé des populations. Le présent Recueil de cas décrit des recherches sur le poids santé et sur la santé mentale visant à découvrir les programmes et les interventions stratégiques qui se sont révélés efficaces ou pas pour remédier aux injustices en matière de santé au niveau des populations. Il montre également que la recherche interventionnelle en santé des populations est encore en gestation. Il soulève d'importantes questions, comme de savoir ce qu'une approche interventionnelle en santé des populations signifie quand nous ciblons des populations vulnérables, comment nous soutenons une recherche nécessitant des interventions complexes dans des secteurs autres que celui de la santé ou des interventions multipaliers transcendant les systèmes socioécologiques et quelles sortes d'approches de synthèse des connaissances sont les plus appropriées pour ce genre de recherche. Nous espérons que ce Recueil contribuera à alimenter les discussions sur ces importantes questions entre les chercheurs qui appliquent et conçoivent des méthodes pour répondre à de telles questions, de même qu'entre les décideurs qui se servent de l'information ainsi générée pour prendre des décisions difficiles sur la manière optimale d'employer des ressources très limitées en vue d'améliorer de façon plus équitable la santé de tous.

Nous aimerions profiter de cette occasion pour reconnaître la contribution de ceux et celles qui ont généreusement donné de leur temps et de leur compétence à la production de ce Recueil, y compris les membres du personnel de l'ISPP et de l'ISPC, ceux du Comité consultatif du Recueil de cas de recherche interventionnelle en santé des populations et les examinateurs du groupe de pairs des résumés des cas. Nous aimerions aussi

remercier les auteurs, les équipes de recherche et les communautés qui ont participé aux huit cas présentés dans le Recueil. Enfin, nous tenons à remercier nos deux commentateurs, dont les réflexions sur la recherche interventionnelle en santé des populations soulèvent des questions d'importance critique pertinentes pour tous ceux et celles qui œuvrent dans ce domaine de recherche.

Nous espérons que ce Recueil de cas deviendra une ressource utile pour sensibiliser le public, tant au Canada qu'à l'étranger, à l'information générée par la recherche sur la santé des populations.

Nancy Edwards



Directrice scientifique, Institut de la santé publique et des populations
Instituts de recherche en santé du Canada

Jean Harvey



Directrice, Initiative sur la santé de la population canadienne
Institut canadien d'information sur la santé

Recherche interventionnelle en santé des populations : Introduction des cas

Une optique de santé des populations envisage la santé au sens large, en posant des questions comme quels sont les plus importants facteurs qui influent sur la santé des gens, pourquoi certains et certaines sont en meilleure santé que d'autres et que peut on faire pour améliorer la santé de tout le monde et de toutes les communautés? Les interventions en santé des populations sont censées déplacer les risques de populations ou de communautés entières, en se concentrant sur les communautés et sur les facteurs influant socialement sur la distribution des risques et de la maladie dans une société (Hawe et Potvin, 2009).

La recherche interventionnelle en santé des populations applique des méthodes scientifiques pour générer des connaissances sur les interventions dans les politiques et les programmes tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur de la santé¹ qui sont susceptibles d'avoir un impact sur la santé au niveau de la population (Hawe et Potvin, 2009). C'est un processus de recherche qui génère des connaissances consistant à concevoir et à tester des solutions, puis à les appliquer (Hawe et Potvin, 2009). Elle peut donc comprendre des aspects d'évaluation de programmes et des activités d'application des connaissances, mais elle fait invariablement fond sur ces activités, en leur donnant plus d'ampleur.

Au Canada, on a récemment investi à plusieurs reprises dans la recherche interventionnelle en santé des populations. Par exemple, l'Initiative de recherche interventionnelle en santé des populations pour le Canada (IRISPC) vise à accroître la quantité, la qualité et l'utilisation de cette recherche grâce à un alignement stratégique conscient des initiatives des principales organisations responsables de la recherche, des politiques et des activités de santé publique. En outre, plusieurs organisations nationales ont fait des investissements stratégiques dans la recherche interventionnelle en santé des populations. C'est le cas de l'ICIS, des IRSC, de la Fondation des maladies du cœur du Canada et de l'Agence de santé publique du Canada (Di Ruggiero, Rose et Gaudreau, 2009). Qui plus est, l'Agence de santé publique du Canada a investi dans six centres nationaux de collaboration en santé publique chargés d'un mandat de synthèse, d'échange et d'application des connaissances susceptible de promouvoir la recherche interventionnelle en santé des populations.

Les objectifs de ce projet de Recueil de cas figurent dans l'encadré suivant.

Objectifs du Recueil de cas

- Faire mieux connaître et mieux comprendre l'importance de la recherche interventionnelle en santé des populations.
- Souligner différentes approches théoriques et méthodologiques de recherche interventionnelle en santé des populations.
- Illustrer les leçons apprises des initiatives couronnées de succès et moins fructueuses.
- Démontrer l'impact que la recherche interventionnelle en santé des populations peut avoir pour inspirer des changements de la recherche, des politiques, des programmes et des pratiques en vue d'améliorer la santé et l'équité en santé, et montrer « comment » cet impact se produit.
- Faciliter l'application des connaissances, y compris la participation à la recherche interventionnelle en santé des populations et son acceptation par un auditoire primaire de planificateurs de programmes et de décideurs stratégiques ainsi que par d'autres groupes.

¹ Par exemple, on met en œuvre des programmes de santé dans les écoles dans le secteur de l'éducation, tandis que les initiatives de santé au travail doivent faire participer les syndicats de même que les secteurs dans lesquels les populations sont employées.



Les exemples figurant dans ce Recueil sont représentatifs de toute la gamme de projets de recherche interventionnelle en santé des populations et font ressortir certaines des approches théoriques et méthodologiques de même que certains des outils employés dans le domaine. Les cas ne sont pas prescriptifs; ce sont des exemples censés stimuler la réflexion et la discussion. Chaque cas est la description d'un projet de recherche précisant l'impact et les leçons apprises avec la participation des planificateurs de programmes et des décideurs stratégiques, de même que les implications pour la recherche, les politiques et la pratique. La diversité des cas démontre que la recherche interventionnelle en santé des populations met en jeu une vaste gamme d'approches de recherche, d'application des connaissances et de santé des populations. Par exemple, certains cas décrivent des stratégies ciblées sur des populations vulnérables, tandis que d'autres reflètent une approche universelle.

Les auditoires primaires du Recueil sont les planificateurs de programmes et les décideurs stratégiques oeuvrant notamment dans le secteur de la santé et d'autres secteurs dans des organisations communautaires et dans des associations nationales/provinciales non gouvernementales, des travailleurs en première ligne et des fonctionnaires fédéraux, provinciaux, territoriaux et municipaux. Les auditoires secondaires sont composés d'étudiants, d'enseignants, de chercheurs, de responsables du financement de la recherche et d'autres personnes oeuvrant aussi bien dans le secteur de la santé que dans d'autres secteurs qui s'intéressent à la planification de programmes et à l'élaboration de politiques visant à améliorer la santé et le bien être des Canadiens et des Canadiennes. Nous espérons que le Recueil deviendra une ressource utile pour les diverses communautés de recherche interventionnelle en santé des populations au Canada et à l'étranger.

L'équité en santé est le thème global du Recueil. Elle signifie que nul ne devrait être empêché d'atteindre son plein potentiel de santé à cause de sa race, de son origine ethnique, de sa religion, de son sexe, de son âge, de sa classe sociale, de sa situation socioéconomique ou d'une autre raison (Dahlgren et Whitehead, 2006). Le manque d'équité en santé résulte des conditions de vie quotidienne et d'une distribution inéquitable de l'argent, des ressources et du pouvoir (Organisation mondiale de la santé, 2008), autrement dit de circonstances modifiables qu'on peut changer.

Au delà de l'équité en santé, les cas présentés dans ce Recueil explorent des systèmes de mise en œuvre. Les interventions en santé des populations sont mises en œuvre dans divers systèmes organisationnels, avec toutes sortes de politiques et de programmes d'exécution, pas seulement dans le secteur public de la santé. Les cas décrivent l'élaboration d'initiatives conçues pour enrichir l'infrastructure de recherche interventionnelle en santé des populations, la mobilisation communautaire, la recherche basée sur la communauté, les partenariats et la collaboration multiniveaux et intersectorielle, l'extension d'initiatives prometteuses et les cadres éthiques sous jacents à la recherche interventionnelle en santé des populations.

Notre appel original de résumés de cas stipulait que nous nous intéressions à des cas explorant la santé mentale et les poids santé, mais que nous allions envisager les cas qu'on nous présenterait sur d'autres aspects de la santé des populations et de la santé publique. Dans ce Recueil, le concept de santé mentale englobe la prévention de la santé mentale, la promotion de la santé mentale, la résilience des individus ou de la communauté et la façon des personnes, des familles ou des communautés saines de composer avec leur situation et de se développer. Le poids santé est également défini au sens large pour comprendre la prévention de l'obésité, la promotion du bien être, de la nutrition et de l'activité physique, la sécurité alimentaire et la prévention de troubles chroniques comme le diabète qui sont liés au surpoids et à l'obésité. Ces thèmes sont un point de départ pour faciliter la compréhension de la recherche interventionnelle en santé des populations, mais ce ne sont pas les seuls points d'intérêt dans ce domaine.

À la suite de l'appel de cas et du processus d'examen par des pairs experts, nous avons sélectionné huit cas pour présenter des exemples de recherche interventionnelle en santé des populations au Canada. Nous avons réparti les cas retenus en trois catégories pour structurer le contenu du Recueil :

- **Processus de mise en œuvre propices à la recherche interventionnelle en santé des populations**—Certains des cas montrent comment la recherche interventionnelle en santé des populations est facilitée par divers processus de mise en œuvre comme la collaboration intersectorielle, la synthèse des connaissances et l'élaboration d'outils décisionnels.
- **Évaluation de programmes dans des contextes spécifiques**—La recherche interventionnelle en santé des populations peut comprendre une évaluation systématique. Certains des cas démontrent des méthodes et des stratégies uniques d'évaluation des programmes visant à améliorer la santé dans des contextes scolaires.
- **Étude d'interventions multi-éléments dans toute une communauté**—Les cas restants montrent comment les chercheurs travaillent en partenariat avec des communautés pour étudier des interventions faisant appel à plusieurs stratégies avec des approches multiniveaux pour introduire des changements dans toute la communauté et améliorer la santé de populations défavorisées.

Ce processus a fait ressortir le fait que des chercheurs ayant des antécédents très différents s'identifient comme étant des chercheurs interventionnels en santé des populations. Nous espérons par conséquent que le Recueil de cas présentera différentes interprétations de la recherche interventionnelle en santé des populations et qu'il sera propice à l'inclusion dans le domaine.

Aperçu – Processus de mise en œuvre propices à la recherche interventionnelle en santé des populations

Une recherche du Centre for Research on Inner City Health de Toronto, en Ontario, examine des programmes communautaires conçus pour répondre aux besoins des adultes itinérants ayant des troubles de santé mentale et des problèmes de toxicomanie concomitants. Les auteurs ont choisi une approche intégrée d'application des connaissances résolument réaliste pour faire une synthèse de l'information en partenariat avec la communauté. À cette fin, ils ont examiné des évaluations de programmes basés sur la communauté en plus d'interroger les principaux informateurs pour cerner les stratégies de programmes prometteuses et les facteurs contextuels favorables au succès de ces stratégies.

La Région de Peel est une banlieue ontarienne où l'on trouve bon nombre d'immigrants fraîchement arrivés et de membres des minorités visibles; il s'y parle plusieurs langues, et ses taux de transport actif comptent parmi les plus faibles au Canada. Pour explorer les impacts sur la santé de l'urbanisme et créer un outil d'évaluation du nouveau développement urbain, un projet a été mené en collaboration dans la Région par des chercheurs et des représentants des services locaux de santé publique et d'autres partenaires municipaux. Le projet porte sur les défis liés aux environnements social et physique, à l'activité physique et à la vie active. Il consistait à étudier la littérature pour en dériver des éléments et des mesures de l'environnement bâti afin d'établir un outil initial, de tenir des consultations pour identifier les défis de la planification, puis de raffiner l'outil, d'examiner les normes et les règlements municipaux en vigueur et de mener des études pour valider l'outil et en évaluer l'applicabilité.

Le dernier cas dans cette catégorie porte sur la création d'un outil de recherche interventionnelle en santé des populations, qui s'est avéré efficace dans la région de l'Estrie au Québec, et qui pourrait être utile dans d'autres milieux qui s'intéressent au développement des communautés comme stratégie pour aborder le poids santé, la maladie mentale ou d'autres questions de santé des populations. Il s'agit d'un « tableau de bord » qui, en

présentant de l'information qualitative et quantitative sur la santé, le bien-être et les dynamiques communautaires dans un format convivial, aide à promouvoir le développement des communautés et favorise la collaboration intersectorielle. S'appuyant sur une approche de santé des populations, l'outil soutient aussi la mise en œuvre de politiques et de programmes qui agissent sur les structures de l'environnement social et physique, au lieu de cibler les compétences, les habitudes ou les comportements individuels, et contribue à promouvoir l'équité en santé en misant sur les dynamiques communautaires. Ce cas illustre comment des acteurs appartenant ou non au secteur de la santé conjuguent leurs efforts pour améliorer la santé et le bien-être des communautés.

Aperçu – Évaluation de programmes dans des contextes spécifiques

Transitions saines est un projet de recherche interventionnelle en promotion de la santé mentale basé dans les écoles à l'intention des jeunes d'Ottawa, en Ontario, réalisé grâce à une collaboration intersectorielle de professionnels de la santé et de l'éducation. Le programme comprenait des volets de présélection, d'aiguillage, d'éducation et d'évaluation. Des animateurs spécialement formés ont présenté des exposés en classe pour encourager les élèves à communiquer leurs idées et leurs sentiments. On a eu recours à des protocoles de présélection pour identifier les jeunes ayant besoin d'un soutien particulier ou d'aiguillage. Les parents et les enseignants se sont également fait offrir des ateliers éducatifs. Durant tout le programme, on a effectué des sondages pour surveiller le déroulement du projet et pour évaluer l'impact de l'intervention.

Le programme *Heart Healthy Kids* (H2K) a fait participer des écoles, des services de santé publique et des groupes de la communauté; il était destiné à des élèves de l'élémentaire d'Halifax, en Nouvelle Écosse. C'était une intervention d'activité physique basée dans les écoles qui avait recours à des défis d'activité, à des séances éducatives et au mentorat par des adultes et des pairs. L'aspect mentorat visait à accroître l'activité physique en introduisant un changement culturel et en créant des environnements plus favorables. Pour évaluer l'efficacité de l'intervention, les chercheurs ont employé une approche faisant appel à des méthodes mixtes pour mesurer les niveaux d'activité physique, la connaissance de la santé cardiaque et le conditionnement cardiovasculaire. Ils ont également organisé des activités qualitatives en groupe de réflexion pour déterminer l'efficacité du mentorat et pour explorer davantage les résultats en matière de santé.

Aperçu – Étude d'interventions multi-éléments dans toute une communauté

Le projet *Healthy Foods North* décrit une intervention à de multiples niveaux (personnes, ménages, communautés et environnement) axée sur la nutrition et le style de vie dans des communautés inuites et inuvialuites du Nunavut et des Territoires du Nord Ouest. Les chercheurs ont employé des méthodes mixtes dans la phase de recherche formative afin de comprendre les besoins et les préférences des populations à l'étude. Ensuite, ils sont passés à une démarche interventionnelle en santé des populations en partenariat avec des membres des communautés, des décideurs et des entreprises privées offrant des activités axées sur les magasins d'alimentation (par exemple des programmes d'éducation pour les encourager à offrir des aliments santé) et sur la communauté (par exemple des cours de cuisine). Pour évaluer l'impact de l'intervention, l'équipe de recherche a recueilli des données sur la santé avant et après l'intervention auprès des membres des communautés, en se servant d'outils à la fois quantitatifs et qualitatifs.

Le projet *KidsFirst* a évalué l'efficacité d'un programme d'intervention précoce ciblant les jeunes enfants vulnérables et leurs familles dans des communautés à risque de la Saskatchewan. Il faisait appel à la recherche interventionnelle basée sur la communauté avec une approche intégrée d'application des connaissances afin d'évaluer l'efficacité de *KidsFirst*, une intervention comprenant des visites intensives au foyer avec réorientation de la santé et prestation de services d'apprentissage et de garderie pour les jeunes enfants qui répondaient aux besoins fondamentaux des familles en les intégrant dans les communautés et en se concentrant sur le

développement communautaire. L'évaluation portait sur les effets interventionnels du projet et sur la façon de les obtenir en analysant les données du programme, les statistiques vitales, les données d'utilisation des soins de santé et les données recueillies grâce aux entrevues auprès des participants et aux groupes de réflexion.

Dans le nord de l'Ontario, des chercheurs ont mis en oeuvre des programmes de nutrition dans les écoles des communautés isolées des Premières nations de Fort Albany, Kashechewan et Attawapiskat pour promouvoir des poids santé et une meilleure nutrition. Ils ont commencé par évaluer le contexte des communautés et par surveiller les changements de consommation d'aliments et d'éléments nutritifs. Par la suite, avec des objectifs d'habilitation et de durabilité, l'équipe de recherche a adopté une approche axée sur la communauté pour mettre en oeuvre des programmes scolaires de nutrition consistant à offrir dans les écoles des aliments santé, à élaborer des politiques scolaires d'alimentation saine, à modifier les programmes d'enseignement des élèves et à offrir aux parents et à la communauté des programmes d'éducation. Les évaluations des processus et de l'impact de ces programmes et de ces politiques ont été basées sur une variété de méthodes, y compris la documentation des cas, des entrevues et des groupes de réflexion.

Observations générales

Les cas décrits dans ce Recueil reflètent toute une gamme d'approches novatrices, dont l'emploi de méthodes mixtes, la participation des communautés, des examens dans une optique réaliste et des analyses géospatiales. Elles varient également selon quelques autres paramètres, puisque les projets étaient de petite à grande échelle, s'adressaient à des auditoires allant de sous groupes de populations à des populations et à des communautés entières dans des milieux et des contextes différents, dans des écoles, des régions rurales et éloignées et dans des communautés entières de tout le Canada. La gamme des cas présentés dans ce Recueil contribue à illustrer le continuum de mobilisation ou d'expansion potentielle susceptible de résulter des projets de recherche interventionnelle en santé des populations. Certains projets se développent afin d'appliquer une recherche analogue dans d'autres contextes ou dans d'autres communautés, tandis que d'autres laissent entendre qu'ils tendent à faire changer des activités et des orientations d'ordre stratégique.

Bref, ces cas font ressortir certaines grandes leçons et considérations importantes pour la recherche, la pratique et la politique interventionnelles en santé des populations de demain au Canada.

Principales leçons apprises des cas présentés

- Faire participer les communautés à l'étude, y compris les familles, les écoles, les décideurs, les gouvernements et le secteur privé oeuvrant tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur de la santé, pour arriver à des interventions valables, à faire accepter les résultats et à assurer la durabilité des interventions.
- Établir des relations et des partenariats utiles et créatifs sur une longue période grâce à des communications conséquentes, en sachant concilier les priorités des chercheurs et de leurs partenaires des communautés.
- Adapter les interventions, les outils et les méthodes de recherche afin de répondre aux besoins de différentes populations, de différents contextes et de différentes communautés.
- Aller au delà des facteurs individuels pour s'attaquer aux structures familiales, communautaires et sociales globales qui perpétuent les inégalités en matière de santé.

Il reste encore à faire mieux connaître et mieux comprendre la recherche interventionnelle en santé des populations, avec les différentes théories, méthodes et disciplines qui sous tendent ce domaine en expansion, de même que les contextes différents dans lesquels les études interventionnelles se déroulent. Nous espérons que

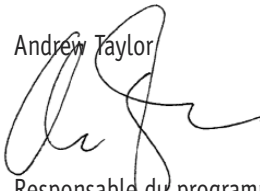
cette collection de cas présentera des leçons utiles tirées de nos expériences de recherche interventionnelle en santé des populations. Nous avons élaboré un ensemble de questions générales pour guider votre lecture et votre discussion que nous espérons fructueuse sur ces huit cas. Pour les chercheurs, les praticiens, les décideurs et les communautés locales, le défi demeure de continuer à travailler ensemble pour promouvoir la génération et l'utilisation d'information interventionnelle en santé des populations au Canada et à l'étranger.

Emma Cohen



Agente en application des connaissances et en communications, Institut de la santé publique et des populations
Instituts de recherche en santé du Canada

Andrew Taylor



Responsable du programme, Initiative sur la santé de la population canadienne
Institut canadien d'information sur la santé

Références

Dahlgren, G. et Whitehead, M. (2006). European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. Copenhague : Organisation mondiale de la santé.

Di Ruggiero, E., Rose, A. et Gaudreau, K. (2009). Canadian Institutes of Health Research Support for Population Health Intervention Research in Canada. *CJPH 100* (Suppl. 1) I15 I19.

Hawe, P. et Potvin, L. (2009). What is population health intervention research? *CJPH 100* (Suppl. 1) : I8 I14.

Organisation mondiale de la santé. (2008). Comblent le fossé en une génération. Commission des déterminants sociaux de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé. Trouvé sur le site Web de l'Organisation mondiale de la santé : http://whglbdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf

Questions pour discussion

Compte tenu du besoin de mieux faire connaître et comprendre la recherche interventionnelle en santé des populations (et les diverses théories, méthodes et disciplines qui sous-tendent ce domaine en expansion, de même que les différents contextes dans lesquels les études interventionnelles se déroulent), veuillez vous servir de ces questions générales pour guider votre examen des huit cas :

1. Dans quelle mesure les interventions décrites dans les cas remédient-elles aux conditions structurelles influant sur la santé et sur les inégalités en matière de santé?
2. Quelles approches les chercheurs ont-ils employées pour examiner le ou les contextes de leurs interventions?
3. Comment les équipes ont-elles collaboré avec les autres secteurs du système de santé et de l'extérieur du système dans leur recherche interventionnelle en santé des populations et dans leur recherche connexe?
4. Quel rôle l'évaluation des programmes joue-t-elle dans la recherche interventionnelle en santé des populations?
5. Quels sont certains des facteurs et des défis dont il faudrait tenir compte pour déterminer le potentiel d'extension des interventions en santé des populations décrites dans ces cas?
6. Comment appliqueriez-vous les leçons apprises et les expériences tirées de ces cas dans votre contexte ou dans votre travail?

Partie 1 : Processus de mise en œuvre propices à la recherche interventionnelle en santé des populations

Les cas suivants montrent comment la recherche interventionnelle en santé des populations repose sur un éventail de processus de mise en œuvre, dont la collaboration intersectorielle, la synthèse des connaissances et l'élaboration d'outils décisionnels.

Cas 1

Apprécier le contexte et la collaboration dans la recherche interventionnelle en santé des populations : un examen réaliste des approches de traitement communautaire pour les adultes itinérants avec troubles concomitants

Cas 2

Outil pratique pour déterminer l'impact de l'urbanisme sur la santé

Cas 3

Présentation du Tableau de bord des communautés de l'Estrie : mieux connaître pour mieux agir



Développement des examens de l'information et application des connaissances

Cas 1 - Apprécier le contexte et la collaboration dans la recherche interventionnelle en santé des populations : un examen réaliste des approches de traitement communautaire pour les adultes itinérants avec troubles concomitants

Kelly Murphy, Dre. Patricia O'Campo, Emily Holton, Centre for Research on Inner City Health, Hôpital St. Michael's, Toronto, Ontario

Auteure-ressource : Kelly Murphy, murphyke@smh.ca

Introduction

Les itinérants vivent de grandes inégalités persistantes sur le plan de la santé et de l'accès aux services de soins de santé, comparativement à l'ensemble de la population. Quand l'itinérant a également des problèmes de troubles mentaux et de toxicomanie (un trouble concomitant), il est plus défavorisé encore. La prévalence de troubles concomitants chez les itinérants est estimée à 10 à 20 p. 100 en Amérique du Nord, mais elle pourrait être bien plus élevée encore (ministère du Développement social et de la Sécurité économique de la Colombie Britannique, 2001). Dans une consultation communautaire tenue en 2007, les fournisseurs de services de santé d'un noyau urbain décrivaient le besoin de meilleurs services mieux intégrés et mieux adaptés pour leurs clients itinérants avec troubles concomitants. Pour contribuer à guider la planification des politiques et des programmes, ces fournisseurs déclaraient qu'il fallait disposer d'une base d'information plus solide pour expliquer les types d'interventions basées sur la communauté qui sont le plus susceptibles de conserver et d'engager des clients tout en réduisant leurs problèmes de troubles mentaux et de toxicomanie.

Pour répondre à cette demande, l'équipe de recherche interdisciplinaire a réalisé en 2007-2008 une synthèse de l'information basée sur la réalité en partenariat avec la communauté. Elle a choisi à cette fin une approche intégrée d'application des connaissances, pour promouvoir l'acceptation et la mise en œuvre des résultats de la recherche. Ses partenaires dans la communauté ont participé à tous les aspects du projet, de l'identification de la question de recherche, à la diffusion des résultats, en passant par la détermination de l'ampleur de l'examen et l'évaluation de la pertinence de la littérature. Les partenaires dans le projet étaient le Centre for Research on Inner City Health, Access Alliance Multicultural Health and Community Services, l'Ontario Federation of Indian Friendship Centres, Sistering, a Women's Place, Street Health et le South Riverdale Community Health Centre de Toronto.

L'équipe s'était fixé pour but d'informer le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et les réseaux locaux d'intégration de la santé des services appropriés à offrir aux itinérants avec troubles concomitants. Elle voulait également montrer comment les collaborations avec la base peuvent contribuer à des changements positifs des systèmes de santé et de ceux des services sociaux, tout en trouvant une nouvelle méthode pour faire la synthèse de l'information générée par la recherche interventionnelle en santé des populations.

Cet examen réaliste est un exemple de projet d'application exhaustive des connaissances axé sur la collecte, la contextualisation, la synthèse, le partage et l'application des connaissances générées par des interventions en santé des populations conçues pour aider des adultes itinérants ayant des problèmes de troubles mentaux et de toxicomanie concomitants. Les auteures se sont basées sur des approches traditionnelles d'examen et de synthèse de l'information et elles ont travaillé en partenariat avec les communautés pour explorer des évaluations de programmes basés sur la communauté et pour mener une enquête qualitative sur les stratégies de programmes et les facteurs contextuels prometteurs qui ont contribué à leur succès.



Description du projet et leçons apprises

Parce qu'il inclut toutes les études—positives et négatives—dans un domaine et qu'il en fait la synthèse, un examen systématique est plus exhaustif qu'une étude de recherche individuelle et devrait par conséquent générer de l'information plus fiable sur laquelle baser la prise de décisions. Néanmoins, les examens systématiques typiques privilégient les études faisant appel à une méthodologie d'essais contrôlés randomisés, et les interventions en santé des populations sont souvent trop complexes, adaptatives et dépendantes du contexte pour se prêter à l'uniformisation nécessaire à de tels essais. Afin de remédier à ces problèmes, l'équipe s'est largement inspirée dans son approche de la méthodologie réaliste, qui accepte l'analyse des facteurs contextuels en visant à préciser non seulement si une intervention complexe fonctionne, mais aussi « pour qui elle fonctionne, dans quelles circonstances, à quels égards et comment » (Pawson, Greenhalgh, Harvey et Walshe, 2005). L'examen réaliste est approprié pour étudier de nombreuses sortes différentes d'interventions et de populations. Il convient à de nombreux types d'information recueillie (par exemple les essais contrôlés randomisés, les études qualitatives, la littérature grise et les études de cas), en évaluant la qualité de l'information en fonction de multiples critères, dont la pertinence de la méthode de recherche pour la question à l'étude (Pawson, Greenhalgh, Harvey et Walshe, 2005).

En tout, l'équipe a recueilli des évaluations de 10 programmes basés sur la communauté concernant des clients itinérants avec troubles concomitants offerts dans toutes sortes de contextes communautaires (par exemple dans des établissements où l'on consulte sans rendez vous, ou dans des établissements résidentiels). Elle a recueilli l'information relative aux contextes, aux succès et aux échecs des programmes et l'a complétée par des entrevues avec les principaux informateurs. À partir des 10 programmes, elle a identifié six stratégies prometteuses de programmes qui réduisent les problèmes de troubles mentaux et, dans une moindre mesure, de toxicomanie.

Comme c'est souvent le cas avec les interventions complexes en santé de la population, il a été impossible de cerner une stratégie indépendante. Les programmes efficaces de traitement des troubles concomitants mettaient en œuvre au moins deux des stratégies prometteuses suivantes, en les combinant de façon variée : choix du client pour le traitement, relations interpersonnelles positives entre le client et le fournisseur de soins, approches dynamiques de traitement communautaire, aide au logement, mesures de soutien pour les besoins instrumentaux et approches de programme non restrictives. L'équipe a constaté que ces stratégies de programmes prometteuses fonctionnaient en partie grâce à la promotion et au soutien de l'autonomie.

L'examen a également révélé que la littérature existante sur la recherche est muette à l'égard des sous populations prioritaires identifiées par les intervenants (les itinérantes, les nouveaux arrivants et les réfugiés, de même que les membres des peuples autochtones avec des troubles concomitants). L'équipe n'a trouvé aucune évaluation de programmes avec une approche explicite de réduction des dommages, bien que de telles approches aient une grande importance pour ses partenaires et pour leurs clients. Ce manque d'information sur les services à l'intention des groupes marginalisés est un problème majeur pour l'équité en matière de santé; il faut y remédier. Dans le Rapport communautaire (St. Michael's Hospital Centre for Research on Inner City Health, 2009), les organismes ont décrit comment le manque d'information générée par la recherche limite l'innovation et les possibilités d'apprendre de l'innovation.

Un des grands points forts de l'examen est l'optique d'équité en matière de santé de ses analyses. L'équipe n'a pas examiné des programmes conçus pour les troubles concomitants en général; elle s'est plutôt concentrée sur ceux qui étaient destinés aux adultes marginalisés, en s'efforçant de découvrir ce qui fonctionnait pour les groupes complexes. L'examen a également permis d'intégrer la connaissance des fournisseurs de services de « ce qui compte » aux talents des chercheurs pour découvrir « ce qui fonctionne et comment ». La participation des partenaires à tout le processus de synthèse des connaissances a aidé le projet à rester focalisé sur une question vraiment importante pour les décideurs. Le mandat a été établi conjointement dès les premières étapes, et l'équipe a constaté que c'était un moyen très utile pour préciser les rôles et les responsabilités à l'avance. Les défis étaient essentiellement liés à la dotation; il était difficile pour les organismes communautaires de consacrer beaucoup de

temps et de ressources au projet. Les changements à la direction de ces organismes posaient également un défi, puisqu'ils entraînaient des changements de priorités et d'engagement dans le projet.

Implications pour la recherche, les politiques et la pratique

L'équipe a diffusé les résultats de son examen réaliste dans le Rapport communautaire rédigé en collaboration (St. Michael's Hospital Centre for Research on Inner City Health, 2009) et dans un article publié dans une revue scientifique. Cet article a été très bien accueilli par les critiques universitaires, parce qu'il démontrait l'utilisation de l'approche réaliste pour faire la synthèse de l'information sur des interventions complexes en santé urbaine (O'Campo, Kirst et autres, 2009).

Le Rapport communautaire est une innovation en matière d'application des connaissances que d'autres équipes intégrées d'application des connaissances pourraient trouver utile. C'est un livret de huit pages imprimé en couleurs décrivant l'équipe, ses objectifs de changement des politiques, sa méthodologie de recherche et ses constatations, ainsi que ses principaux messages. En rédigeant ce rapport, les partenaires ont cerné l'information qui présenterait le plus d'intérêt pour les planificateurs de programmes et les responsables de l'élaboration des politiques. Les auteurs se sont basés sur ses recommandations pour inclure une annexe contenant des renseignements contextuels et une description annotée de chacun des 10 programmes de troubles concomitants qu'ils avaient examinés. Ces renseignements ne figuraient pas dans l'article, et les chercheurs n'auraient pas su comment les inclure sans ce dialogue avec les partenaires. Les partenaires ont également approuvé le libellé du Rapport communautaire. Les discussions sur le langage employé ont fait ressortir la nécessité non seulement de s'exprimer simplement, mais également d'insister sur l'équité en matière de santé et d'employer un langage convenant au contexte. Par exemple, les partenaires ont déconseillé aux chercheurs d'employer la formule « traitement communautaire dynamique » dans le rapport à cause de la controverse associée à de tels programmes à Toronto. Si les chercheurs avaient travaillé seuls, ils n'y auraient pas pensé. C'est grâce à de tels conseils que l'équipe a opté pour un langage moins contestable. Les partenaires ont également décrit et rédigé plusieurs parties du rapport portant sur les trous dans la littérature de recherche (voir plus haut).

Le Rapport communautaire a été lancé lors d'un atelier très médiatisé qui avait suscité des réactions d'intervenants stratégiques du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, de la Ville de Toronto et du Central Local Health Integration Network de Toronto. Il a été accepté par le Ministère comme contribution à sa nouvelle Stratégie sur la santé mentale et les toxicomanies de même que par le Central Local Health Integration Network de Toronto, pour contribuer à sa planification en matière de santé mentale pour les populations itinérantes. Les constatations ont également contribué à une base de données qui a servi à appuyer la mise en œuvre à Toronto de la Commission de santé mentale du projet pilote de recherche du Canada sur l'itinérance et la santé mentale. À la suite du lancement du rapport, l'équipe de l'organisme de recherche responsable du projet a continué à collaborer à des projets dérivés liés à l'évaluation de programmes de troubles concomitants.

Le rapport a été bien accueilli, et le projet a mené à des relations durables pour plusieurs raisons. Premièrement, le projet était opportun et répondait à un besoin clairement articulé : la révision des politiques sur la santé mentale et les toxicomanies était une importante priorité pour le gouvernement provincial et pour les autorités régionales. En outre, le rapport portait sur des questions vraiment pertinentes dans le contexte de l'équipe, et il a produit des descriptions claires d'interventions prometteuses axées sur l'équité en matière de santé qui pourraient être reprises et adaptées pour remédier aux troubles concomitants.

L'information incluse dans la synthèse n'était pas facile à trouver. La majorité des études de recherche ne donnaient guère d'explications sur les processus d'exécution des programmes, sur les caractéristiques des populations (par exemple l'ethnicité), sur les philosophies des programmes ou sur leurs contextes (notamment sur les caractéristiques de l'environnement physique, social, culturel, juridique et économique). Pourtant, cette

information sur les contextes pourrait bien être ce qui compte le plus lorsque les décideurs doivent juger s'il est possible de transférer des interventions complexes en santé des populations ou de les généraliser pour les appliquer dans de nouveaux contextes. Pour remédier à ce manque de connaissances, l'équipe a complété sa synthèse de la littérature par des entrevues avec les principaux informateurs et avec des auteurs. Cette information devrait aider les intervenants à comprendre les contextes dans lesquels les programmes efficaces avaient été mis en œuvre et à pouvoir juger de façon plus éclairée si ces résultats peuvent être généralisés dans de nouveaux contextes.

Pour appuyer dans la pratique des décisions sensées en matière de politique publique, il est crucial que les chercheurs étudient les interventions et les populations qui comptent pour les intervenants. Il est aussi nécessaire, dans la collecte des données primaires, de donner des descriptions plus étoffées des interventions en santé des populations (autrement dit des descriptions détaillées des programmes, des populations, des environnements, des facteurs influant sur la mise en œuvre, des facteurs influant sur les résultats équitables ou inéquitables et un examen des raisons des résultats anormaux). Décrire et expliquer les interventions de façon détaillée du point de vue des fournisseurs de services, des planificateurs et des clients est un élément des conceptions réalistes de la recherche (Pawson et Tilley, 1997). Les données peuvent être recueillies efficacement en employant des méthodes qualitatives, particulièrement en collaboration avec le personnel des programmes, les clients et les communautés touchées. Prendre ces mesures supplémentaires permet aux chercheurs de générer des résultats plus complets et assure aux utilisateurs de la recherche de l'information essentielle à la planification d'interventions en santé des populations basées sur une information valide.

Remerciements

Cette recherche a été soutenue par une subvention d'Initiative stratégique des Instituts de recherche en santé du Canada pour la formation en recherche dans le domaine de la santé (STO 64598), par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et par l'Alma and Baxter Ricard Chair in Inner City Health. L'équipe aimerait également remercier les personnes suivantes qui ont participé aux activités de recherche : Gladis Chow, Susan Clancy, Jessica Hill, Axelle Janczur, Erika Khandor, Rosane Nisenbaum, Lynne Raskin, Anjali Sharma, Janet Smylie, Melissa Tapper, Charoula Tsamis, Qamar Zaidi, Carolyn Ziegler et Marcqueline Chiona Zulu.

Références

Ministère du Développement social et de la Sécurité économique de la Colombie Britannique. (2001). *Homelessness—causes and effects: A profile, policy review and analysis of homelessness in British Columbia*. Trouvé sur le site Web du gouvernement de la Colombie Britannique :

<http://www.housing.gov.bc.ca/housing/docs/Vol2.pdf>

O'Campo, P., Kirst, M., Schaefer-McDaniel, N., Firestone, M., Scott, A., & McShane, K. (2009). Community-based services for homeless adults experiencing concurrent mental health and substance use disorders: A realist approach to synthesizing evidence. *Journal of Urban Health* 86(6) 965-989.

Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. London : Sage.

Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G., & Walshe, K. (2005). Realist review: A new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services Research and Policy* 10 21-34.

St. Michael's Hospital Centre for Research on Inner City Health. (2009). *Community treatment approaches for homeless adults with concurrent disorders: What works for whom, where, why, and how?* Trouvé sur le site Web de l'Hôpital St. Michael : <http://www.stmichaelshospital.com/pdf/crich/concurrent-disorders-summary.pdf>

Contribution à la compréhension des impacts de l'urbanisme sur la population

Cas 2 - Outil pratique pour déterminer l'impact de l'urbanisme sur la santé

James R. Dunn, Université McMaster, Hamilton, Ontario, et Centre for Research on Inner City Health, Hôpital St. Michael, Toronto, Ontario

Marisa Creatore, Centre for Research on Inner City Health, Hôpital St. Michael, Toronto, Ontario

Evan Peterson, Centre for Research on Inner City Health, Hôpital St. Michael, Toronto, Ontario

Jonathan Weyman, Centre for Research on Inner City Health, Hôpital St. Michael, Toronto, Ontario

Gayle Bursey, Santé publique de Peel, Municipalité régionale de Peel, Ontario

Jane Loppe, Santé publique de Peel, Municipalité régionale de Peel, Ontario

Bhavna Sivanand, Santé publique de Peel, Municipalité régionale de Peel, Ontario

Richard Glazier, Institute for Clinical and Evaluative Sciences et Centre for Research on Inner City Health, Hôpital St. Michael, Toronto, Ontario

David Mowat, Santé publique de Peel, Municipalité régionale de Peel, Ontario

Auteur-ressource : James Dunn, jim.dunn@mcmaster.ca

Introduction

La Région de Peel est une des régions ontariennes dont la croissance est la plus rapide. Chaque année, elle accueille 20 000 nouveaux habitants attirés par les importants aménagements en périphérie de la métropole. Il est reconnu que l'expansion traditionnelle des villes vers la banlieue, axée sur l'automobile, est associée à de faibles niveaux d'activité physique et à des taux élevés d'obésité chez les banlieusards. L'obésité et l'inactivité sont en soi d'importants facteurs de risque de diabète et de complications connexes. L'impact de l'environnement physique sur le comportement en matière de santé empêche souvent les gens d'exercer leur choix individuel (ou influe fortement sur leur choix). C'est particulièrement vrai dans le cas des populations défavorisées, au point d'exiger une intervention au niveau des populations. Historiquement, on a fréquemment invoqué des règlements et des normes pour intervenir en santé des populations; les interdictions de fumer à l'intérieur en sont un bon exemple.

La littérature sur l'environnement bâti et sur la santé a montré à maintes reprises que des attributs spécifiques de l'environnement bâti sont associés à de mauvais résultats en matière de santé. Plus précisément, la recherche canadienne a révélé que les quartiers où l'on peut marcher et ceux qui sont propices à l'activité sont associés à des niveaux d'activité physique plus élevés et à des poids et des taux de diabète plus bas chez les Torontois (Glazier et Booth, 2007). Par contre, la Région de Peel accuse un des taux de transport actif parmi les plus bas du Canada (Bray, Vakil et Elliott, 2005).

Les troubles liés à l'obésité et à l'inactivité (par exemple le diabète et l'hypertension) y deviennent plus répandus, ce qui a incité la Santé publique de Peel à enquêter sur les moyens d'y promouvoir une vie active. En

Ce projet d'évaluation des impacts de l'urbanisme sur la santé est un exemple de recherche exhaustive pour élaborer, raffiner, tester et valider des outils visant à contribuer à incorporer les principes de santé des populations dans les activités d'urbanisation. Élaboré en collaboration par des chercheurs, des représentants des services locaux de santé publique et des partenaires municipaux, le projet a contribué à la mise en œuvre d'outils pratiques d'intervention dans les environnements sociaux et physiques qui influent sur notre capacité d'avoir des activités physiques et une vie active.



2009, des scientifiques du Centre for Research on Inner City Health, de Santé publique de Peel et de la Région de Peel ont collaboré à l'élaboration d'un outil pratique (Dunn, Creatore, Peterson, Weyman et Glazier, 2009) qui devait aider le Service d'urbanisme de la Région à évaluer les nouvelles demandes d'aménagement soumises par les promoteurs en fonction de leur impact sur les aspects de promotion de la santé de l'environnement bâti, en privilégiant l'activité physique.

Description du projet et leçons apprises

Afin de créer un outil d'évaluation des nouvelles demandes de développement urbain, l'équipe s'est engagée dans un processus comprenant cinq étapes.

Premièrement, elle a effectué une recherche exhaustive dans la littérature tant publiée que grise pour identifier les mesures et les normes relatives à l'environnement bâti qui s'imposaient en vue d'améliorer les niveaux d'activité physique.

Deuxièmement, elle a extrait une série d'éléments relatifs à l'environnement bâti pour lesquels elle avait des preuves de l'existence d'une relation avec la santé; pour chaque élément identifié, elle s'est efforcée de trouver des mesures quantifiables spécifiques, avec des cibles et des fourchettes d'application pour les mesures qui s'étaient avérées avoir un impact sur la santé. Avec ces éléments et ces mesures, elle a élaboré un outil initial inspiré des outils d'évaluation Leadership in Energy and Environmental Design for Neighbourhood Development (LEED ND).

Troisièmement, en se servant de cet outil initial, l'équipe a organisé une série de consultations informelles et d'ateliers structurés avec le personnel de Santé publique de Peel, de la planification de Peel et de la planification des municipalités de Mississauga, Caledon et Brampton (les trois qui constituent la Région de Peel), avec les hauts fonctionnaires provinciaux intéressés ainsi qu'avec des représentants des entreprises de planification privées. Dans ces consultations et ces ateliers, elle s'est efforcée de cerner les importantes questions de fond et de faisabilité, de clarifier les pratiques en vigueur et d'évaluer l'acceptabilité et la faisabilité des options de mise en œuvre de l'outil.

Quatrièmement, l'équipe a comparé les normes que proposait l'outil initial et leur concordance avec les normes et les règlements municipaux et régionaux existants.

Enfin, cinquièmement, elle a effectué une étude quantitative de validation et de faisabilité de l'outil en se servant de systèmes d'information géographique dans quelques communautés de Peel.

L'outil comprend sept éléments tirés de la littérature, avec des mesures pour chacun d'entre eux. Ces éléments sont :

- la densité (par exemple la densité des logements);
- la proximité des services (par exemple les magasins et les emplois);
- la combinaison d'utilisation des terres (par exemple la diversité de l'utilisation des terres, pour commerces de détail, commerciale, résidentielle, etc.);
- la connectivité des rues (par exemple la densité des connexions dans le réseau routier);
- le réseau routier et les caractéristiques des trottoirs (par exemple la largeur des rues et des chemins);
- le stationnement (par exemple les normes minimales de stationnement par unité résidentielle);
- l'esthétique et l'échelle humaine (par exemple la marge de recul par rapport à la rue, la hauteur des bâtiments, les ratios de largeur des rues).

Le projet était un type de recherche peu fréquent en santé des populations : une recherche de mise en œuvre avec une équipe de recherche composée d'universitaires et d'utilisateurs des connaissances. Cette expérience unique a produit deux leçons clés :

- La plupart des recherches publiées en santé des populations présentent leurs données afin de démontrer des associations, mais ce n'est guère approprié lorsqu'il s'agit de définir des seuils et d'établir des normes.
- Les mesures de l'environnement bâti utilisées dans la recherche publiée ne sont pas toujours facilement adaptables à une utilisation pratique par les institutions chargées d'appliquer des normes.

Implications pour la recherche, les politiques et la pratique

Le résultat des consultations et de l'analyse des trous dans les politiques a amené l'équipe à conclure que l'application de l'Outil de développement de la santé de Peel dans le secteur privé du développement ne serait possible qu'après l'avoir raffiné. Les constatations laissaient entendre qu'un des obstacles à la mise en œuvre était la marge de manœuvre limitée dont les promoteurs et les constructeurs disposent quant à de nombreux éléments de l'environnement bâti qui contribuent à un développement sain. Plus précisément, les normes d'ingénierie des transports, les règlements municipaux et d'autres normes allaient empêcher l'équipe d'atteindre plusieurs des cibles et des fourchettes de résultats que l'Outil recommandait. Il fallait donc prendre une série de nouvelles mesures avant qu'un outil de cette nature puisse être mis en œuvre, et cela allait consister notamment, mais pas exclusivement, à :

- démontrer que toutes les mesures prises pour arriver à des normes de développement urbain sain l'étaient pour le plus grand bien collectif (par exemple pour la sécurité du public et pour des fins économiques et environnementales), pas seulement pour privilégier la possibilité de marcher (c'est compatible avec une importante partie de la législation ontarienne sur la planification, puisque la municipalité peut imposer des normes pour le plus grand bien collectif);
- réviser les normes municipales et régionales de planification et de transport afin qu'elles soient conformes aux recommandations de l'Outil, de façon à permettre aux promoteurs de se conformer simultanément aux normes de santé et à celles des politiques;
- employer une approche multisectorielle globale pour éliminer les incompatibilités des normes entre tous les ordres de gouvernement, entre les municipalités et entre les services qui faisaient obstacle au développement urbain sain;
- adapter des versions futures de l'Outil de façon à tenir compte des importantes différences entre les petits réaménagements intercalaires et les grands aménagements d'espaces verts;
- rendre le rezonage et le développement intercalaire plus viables pour les promoteurs afin d'accroître la densité et les zones d'utilisation mixte des terres;
- avoir recours à une approche du sommet vers la base afin d'accorder la priorité globale à la santé publique dans la planification tant des transports que de l'urbanisme et éviter les politiques privilégiant les déplacements en véhicule privé aux dépens du réseau de transport actif.

Afin d'appuyer la mise en œuvre, l'équipe a également produit un rapport pour Peel (Dunn, Creator, Peterson, Weyman et Glazier, 2009) dans lequel elle a précisé les règlements de la Municipalité régionale susceptibles d'être incompatibles avec les normes que l'Outil recommandait et avec les modifications des politiques nécessaires pour appuyer la planification privilégiant la santé.

Le projet a été réalisé en étroite collaboration entre l'équipe de recherche, Santé publique de Peel et plusieurs partenaires des autres services de la Région et de ses municipalités constituantes. Peel a donc commencé à mettre les recommandations en œuvre, et l'Outil de développement sain est un instrument de référence crucial pour la prise de décisions visant à modifier la politique d'utilisation des terres et les normes d'ingénierie.

Depuis le dépôt du rapport, la Région de Peel a accompli de grands progrès en vue d'adopter des normes de développement urbain sain. En fait, elle a déjà introduit les changements stratégiques suivants :

- modifications des plans officiels régionaux et municipaux exigeant la mise en place d'indicateurs et d'évaluations de l'impact sur la santé ainsi que de mesures de sensibilisation du public;
- modifications des normes d'ingénierie visant à accroître les possibilités de marcher de même que le transport actif et propositions de changement des énoncés stratégiques provinciaux;
- intégration d'études contextuelles sur la santé dès les premières étapes de la planification comme partie intégrante d'une demande complète de développement.

La Région de Peel est sans doute la première instance en Amérique du Nord à avoir créé un processus de filtrage des demandes d'aménagement des terres visant à promouvoir des environnements bâtis sains. Bien que le processus d'élaboration d'un Outil de développement sain de Peel ne se soit pas déroulé exactement comme prévu, il a quand même été couronné de succès et il devrait avoir un grand impact sur la santé de l'environnement bâti de la Région pour de nombreuses années à venir. En raison de l'opportunité et du caractère unique de cette démarche et des problèmes de santé communs auxquels font actuellement face de nombreuses communautés à cause des niveaux peu élevés d'activité physique et des taux accrus d'obésité de la population, elle devrait intéresser énormément d'autres instances. Malgré les défis qu'elle présente, et bien qu'elle fasse sortir les chercheurs universitaires des sentiers battus, la recherche de mise en œuvre est extrêmement enrichissante lorsqu'elle est menée avec une organisation disposant de pouvoirs décisionnels et investit d'un mandat politique de mise en œuvre de politiques aussi déterminée à appliquer des politiques basées sur de l'information valide que Santé publique de Peel.

Remerciements

Région de Peel

James R. Dunn est soutenu par une Chaire en santé publique appliquée des IRSC et de l'Agence de santé publique du Canada.

Références

Bray, R., Vakil, C., et Elliott, D. (2005). *Report on public health and urban sprawl in Ontario: A review of the pertinent literature*. Trouvé sur le site Web de l'Ontario College of Family Physicians :

<http://www.ocfp.on.ca/local/files/Communications/Current%20Issues/Urban%20Sprawl-Jan-05.pdf>

Dunn, J., Creatore, M., Peterson, E., Weyman, J. et Glazier, R.H. (2009). *Peel healthy development evaluation tool*. Trouvé sur le site Web de Santé publique de Peel :

<http://www.peelregion.ca/health/urban/pdf/HDI-report.pdf>

Glazier, R.H. et Booth, G.L. (éds.). (2007). *Neighbourhood environments and resources for healthy living: A focus on diabetes in Toronto*. Trouvé sur le site Web de l'Hôpital St. Michael :

http://www.stmichaelshospital.com/crich/diabetes_atlas.php

Créer des outils de planification en santé des populations

Cas 3 - Présentation du Tableau de bord des communautés de l'Estrie : mieux connaître pour mieux agir

Ginette Boyer, agente de planification, de programmation et de recherche, CSSS-IUGS, Sherbrooke, QC

Jean-François Allaire, professionnel de recherche, Observatoire estrien du développement des communautés, Sherbrooke, QC

Michel Des Roches, agent de planification, de programmation et de recherche, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie, Sherbrooke, QC

Victorine Keita, professionnelle de recherche, CSSS-IUGS, Sherbrooke, QC

Paul Morin, professeur, Département de service social, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC

Paule Simard, chercheure, Institut national de santé publique du Québec, Québec, QC

Il s'agit d'un projet de collaboration entre partenaires intersectoriels visant la création et l'évaluation d'un outil permettant une meilleure planification et soutenant l'intervention auprès des populations. L'outil présente de l'information quantitative et qualitative sur la santé, le bien-être et les dynamiques communautaires qui peut servir de base à la compréhension des variations dans les communautés, à la promotion de l'équité en santé et au soutien de politiques et de programmes agissant sur les structures de l'environnement physique et social. Le projet illustre comment des acteurs de la santé et d'autres secteurs peuvent conjuguer leurs efforts pour améliorer la santé et la qualité de vie des communautés.

Auteure-ressource : Ginette Boyer, gboyer.csss-iugs@sss.gouv.qc.ca

Introduction

Il ne manque pas de données dans les divers secteurs où une intervention en santé des populations peut avoir lieu, comme l'emploi, l'éducation et la santé publique. Cependant, ces données ne sont pas souvent organisées de façon à répondre aux questions d'intérêt local (ex. : pourquoi certaines communautés s'en tirent mieux que d'autres au profil statistique comparable ?).

En réponse à cette lacune, des acteurs de divers secteurs ont commencé à collaborer dans l'application d'approches communes pour stimuler les interventions en santé des populations et promouvoir l'équité en santé, autour de problématiques comme la maladie mentale, l'obésité ou le décrochage scolaire. En particulier, l'Observatoire estrien du développement des communautés (OEDC), en collaboration avec la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie, s'est directement inspiré des travaux de Boisvert et Milette (2009) pour mettre au point le Tableau de bord des communautés de l'Estrie (www.oedc.qc.ca).

À mesure que l'outil est implanté, un nombre croissant d'établissements et d'organismes communautaires de différents secteurs et municipalités commencent à se servir de ces données à petite échelle pour parfaire leur planification stratégique et la conception de leurs interventions en santé des populations ainsi que pour rehausser la qualité de leurs demandes de subvention.



Description du projet et leçons apprises

Le tableau de bord vise deux objectifs :

1. suivre l'évolution des indicateurs de santé et de bien-être dans 66 communautés locales (environ 5 000 personnes) au fil des recensements ;
2. renforcer les pratiques du développement des communautés comme stratégie d'intervention sur les déterminants de la santé.

Le tableau de bord se veut à la fois un outil pour mieux connaître ces communautés et une initiative de mobilisation intersectorielle locale. Une évaluation du projet contribue à l'avancement des travaux sur l'intelligence territoriale (Bertacchini, 2010) et le développement des communautés (Ninacs & Leroux, 2002).

L'outil contient des données quantitatives sur les communautés locales ainsi que des données qualitatives tirées d'une démarche originale d'animation avec des citoyens et des intervenants clés sur divers aspects du développement de chaque communauté. Cela a permis de dresser un portrait global fidèle des communautés, tout en rapportant seulement les données les plus pertinentes pour chaque secteur d'intervention potentiel.

L'usage de cet outil influence le processus de mise en œuvre des interventions en santé des populations. L'outil peut servir à produire des cartes ou à cerner l'information quantitative utile et permet à l'utilisateur de sélectionner des faits saillants particuliers facilitant la compréhension des statistiques. Ainsi, avec l'aide de l'OEDC, les agents de développement peuvent examiner divers indicateurs et utiliser leurs connaissances de leurs propres communautés pour expliquer des résultats particuliers. Par exemple, le roulement constant du personnel administratif et enseignant dans les écoles primaires pourrait-il être associé aux taux de décrochage scolaire élevés ? Ce genre de corrélation permet d'établir les bases des interventions en santé des populations et des efforts de promotion de l'équité en santé.

Ce projet se distingue par trois caractéristiques complémentaires : participatif, intersectoriel et adaptable. Toutes les décisions relatives à la conception et à l'utilisation du tableau de bord sont prises par un comité de mise en œuvre composé d'au moins deux partenaires de deux organismes différents sur le territoire de chaque municipalité régionale de comté (MRC). Qu'il s'agisse d'établir les critères de délimitation des communautés, de choisir les indicateurs quantitatifs ou de créer une stratégie de communication avec les décideurs et les citoyens, les membres du comité de mise en œuvre sont là pour guider, faire des suggestions, critiquer, partager de l'information sur les succès et les défis et, de façon générale, soutenir la mise en œuvre conjointe du projet.

Une telle entreprise doit relever plusieurs défis, particulièrement sur le plan éthique. Par exemple, en plus du défi strictement méthodologique associé à la production de données à petite échelle, il a fallu tenir compte du risque potentiel de stigmatisation, d'où la décision de publier les données pour une population d'environ 5 000 personnes, plutôt que pour plusieurs municipalités de quelques centaines d'habitants (potentiellement identifiables). Un autre défi est lié à la capacité des organismes de non seulement mobiliser les communautés dans l'utilisation de cet outil, mais aussi de soutenir les membres de ces communautés qui décident d'agir. En réponse à ce dernier défi, des travaux sont en cours pour créer un fonds régional consacré au développement des communautés.

La nature intersectorielle de cette initiative ajoute à sa portée. Les membres du comité de mise en œuvre sont en contact fréquent avec d'autres organismes de leur territoire. Comme l'Observatoire est lui-même un organisme intersectoriel, sa direction donne le ton en tentant de soutenir les communautés afin qu'elles développent une vision commune de leur situation et se rallient autour d'un ou plusieurs projets d'intervention.

Enfin, il n'existe pas de mode d'emploi unique pour le tableau de bord. Toutes les MRC et les communautés doivent définir leur propre contexte et adapter l'outil en conséquence. Certaines intègrent l'information du tableau de bord à un projet visant à freiner l'exode des jeunes des régions rurales, tandis que d'autres s'en servent pour élaborer une politique de développement social ou guider l'action intersectorielle. Cette capacité d'adaptation a été rapidement désignée comme un des facteurs essentiels à la mobilisation des citoyens et des intervenants.

Conséquences pour la recherche, les politiques et les pratiques

Un processus systématique de transfert des connaissances et de communication vise à rehausser l'utilité des données et à faire en sorte que le plus grand nombre possible de gens dans différents secteurs y soient sensibilisés, en discutent et les utilisent (Lemire, Souffez & Laurendeau, 2009). Ceci a impliqué, par exemple :

- la participation des acteurs locaux à la conception et à la planification de chaque étape du projet;
- la production d'outils d'animation;
- la réalisation d'une démarche locale pour établir des faits saillants et faciliter l'appropriation des données par les communautés;
- la publication de toutes les ressources en ligne;
- la tenue de multiples rencontres ciblées avec des décideurs, des élus, des agents de développement et des citoyens;
- la discussion des résultats de l'évaluation avec les partenaires.

Une étude participative (Simard, Allaire, Boyer, Morin & Des Roches, en préparation) documente le processus de mise en œuvre du projet dans les neuf premières communautés locales (sur 66) où l'expérience a été tentée. Six sont situées dans des MRC rurales (une par MRC) et les trois autres sont dans la ville de Sherbrooke. Les partenaires ont convenu de suivre l'évolution des quatre principes d'action qui, espèrent-ils, guideront la mise en œuvre du tableau de bord : participation des citoyens, concertation intersectorielle, renforcement du pouvoir d'agir (*empowerment*) des individus, des organismes et des communautés, et autonomie des partenaires locaux. Sur une période d'environ 18 mois, les résultats préliminaires ont démontré que les partenaires de six des sept territoires de MRC ont graduellement adopté et utilisé le tableau de bord – principalement comme outil d'élaboration des politiques sociales et de planification stratégique pour les municipalités, les organismes gouvernementaux et les MRC. Pour que le tableau de bord ne soit pas seulement une source de données, mais aussi un outil de mobilisation communautaire vraiment efficace, des acteurs clés doivent s'investir et l'outil doit être intégré aux pratiques de planification et d'intervention établies.

Compte tenu des attentes exprimées par les partenaires au début du projet, le volet participation des citoyens doit être retravaillé. La mobilisation des citoyens a été davantage présente dans seulement une des communautés pilotes. Cependant, les partenaires associés au comité de mise en œuvre appartiennent à des organismes dont le mandat couvre souvent le territoire complet d'une MRC, même s'ils interviennent dans les communautés locales (telles que définies dans le tableau de bord). Cela peut poser plusieurs défis lorsque la communauté d'environ 5 000 personnes (regroupement de villages ou unité de voisinage) ne correspond pas à l'unité administrative qui détient les principaux moyens d'action (village ou ville, mais aussi MRC).

La mise en œuvre du tableau de bord se poursuivra dans la moitié des 66 communautés de l'Estrie au cours des prochains mois. L'inclusion de données statistiques issues d'autres bases de données (ex. : commissions scolaires ou services de police), un projet de formation en développement des communautés et l'addition de divers outils dans le site Web sont des mesures envisagées.

Le développement des communautés est depuis longtemps une préoccupation importante pour l'Estrie. La création du Tableau de bord des communautés a mis en lumière les limites du travail intersectoriel actuel ainsi que la volonté de concevoir de nouvelles pratiques collectives dans les divers organismes de développement sur chaque territoire (organismes ruraux, organisateurs communautaires, intervenants en développement économique ou culturel, etc.).

Remerciements

Merci à tous les membres du comité de mise en œuvre pour leur contribution inestimable, et en particulier Ghislaine Beaulieu, Normand Laforme et Pierrot Richard pour leur participation au comité de suivi.

Le projet a reçu le soutien financier du CSSS-IUGS et des autres CSSS de l'Estrie, de la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie, de la Conférence régionale des élus de l'Estrie, d'Emploi-Québec, de Centraide Estrie, des Sociétés d'aide au développement des collectivités de l'Estrie, de la Ville de Sherbrooke, de la Corporation de développement économique communautaire de Sherbrooke et du programme de liaison communautaire de Statistique Canada.

Références

Bertacchini, Y. (non daté). *Intelligence territoriale: Le territoire dans tous ses états*. Trouvé sur le site Web d'Archive Ouverte en Sciences de l'Information et de la Communication : <http://archivesic.ccsd.cnrs.fr/docs/00/18/67/75/HTML/index.html>

Boisvert, R., & Milette, C. (2009). Le développement des communautés au Québec : la part de l'intelligence collective, *Santé publique*, Volume 21, no 2, p. 183-190.

Lemire, N., Souffez, K., & Laurendeau, M.-C. (2009). *Animer un processus de transfert des connaissances: Bilan des connaissances et outil d'animation*. Trouvé sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1012_AnimerTransfertConn_Bilan.pdf

Ninacs, W.A., & Leroux, R. (2002). *La santé des communautés: Perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*. Trouvé sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/082_SanteCommunautes.pdf

Simard, P., Allaire, J.-F., Boyer, G., Morin, P., & Des Roches, M. (en préparation). Évaluation du processus d'implantation du tableau de bord des communautés en Estrie: Programme de subvention en santé publique 2008-2010.

Partie 2 : Évaluation de programmes dans des contextes spécifiques

La recherche interventionnelle en santé des populations peut comprendre une évaluation systématique. Les cas suivants démontrent des méthodes et des stratégies uniques pour l'évaluation de programmes servant à améliorer la santé dans des contextes scolaires.

Cas 4 *Transitions saines* : Promouvoir la résilience et la santé mentale chez les jeunes adolescentes et adolescents

Cas 5 H2K – Le programme *Heart Healthy Kids*



Évaluation assumée par les communautés et partenariat intersectoriel

Cas 4 - *Transitions saines* : promouvoir la résilience et la santé mentale chez les jeunes adolescents

Corrine Langill, R.N., B.Sc.N. Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa, Ontario

Ann Croll, Ph. D., C. Psych., Réseau de santé des enfants et adolescents de l'est de l'Ontario, Ottawa, Ontario

Auteure-ressource : Corrine Langill, clangill@cheo.on.ca

Introduction

L'adolescence est une période de changement développemental et de transition sociale et éducative intenses, et c'est aussi une période pendant laquelle des problèmes de santé mentale peuvent commencer à se manifester. Pourtant, les services de promotion de la santé mentale et de soins de santé mentale sont souvent insuffisants; souvent, il faut attendre longtemps pour y avoir accès. Environ 14 p. 100 des jeunes Canadiennes et Canadiens ont un problème de santé mentale pouvant être diagnostiqué, mais moins d'un sur quatre de ceux qui ont un tel problème peuvent obtenir le traitement approprié (Waddell, McEwan, Shepherd, Offord et Hua, 2005). Souvent, le financement de la promotion de la santé mentale ne reflète pas ce besoin.

On s'inquiète de la répartition inégale des ressources, des services limités et de l'opprobre associé à la maladie mentale, tous des facteurs faisant actuellement obstacle au traitement. L'équipe était convaincue qu'un programme universel complet offert dans les écoles pourrait remédier à ces problèmes en identifiant les jeunes qui ont besoin de services et en les mettant en rapport avec les mécanismes de soutien appropriés, tout en faisant la promotion d'une bonne santé mentale et en réduisant l'opprobre associé à la maladie mentale chez tous les élèves.

L'élaboration, la mise à l'essai et l'évaluation d'un tel programme a contribué à déterminer ce qui était efficace, désirable et acceptable pour une intervention basée dans les écoles. Le programme étudié constitue un exemple très pratique de ce qui fonctionne dans la promotion de la santé mentale. L'équipe est allée au delà des arènes du monde de l'enseignement, en partageant son programme et ses résultats avec de vastes auditoires bien placés pour mettre le programme en œuvre : des écoles, des centres de santé communautaire et des fournisseurs de services aux jeunes. En outre, le droit d'auteur à usage partagé et l'accès facile au programme et aux outils d'évaluation permettent aux autres communautés de reprendre l'intervention, de la mettre en œuvre et de l'évaluer.

Description du projet et leçons apprises

Transitions saines a été élaboré en partenariat avec des professionnels de l'enseignement et de la santé. Il comprend un volet de présélection et d'aiguillage de même que des volets éducatifs pour les jeunes, les

Dans le projet *Transitions saines*, des professionnels de la santé et de l'éducation ont collaboré pour élaborer et mettre en œuvre une intervention de promotion intégrale de la santé mentale basée dans les écoles, pour en surveiller le déroulement et pour en évaluer l'impact. En allant au delà des arènes du monde de l'enseignement, des professionnels de la santé mentale, des membres de la communauté, des enseignants, des administrateurs de conseils scolaires, des travailleurs et travailleuses sociaux et des hygiénistes ont assumé la propriété et la responsabilité conjointes de l'élaboration et de la mise à l'essai d'une intervention basée sur les populations pouvant être reprise, mise en œuvre et évaluée dans d'autres communautés partout au Canada.



enseignants et les parents. Certains des membres de l'équipe d'évaluation ont également été responsables de l'élaboration et de la mise en œuvre du programme. La mise à l'essai du projet pilote et l'évaluation du programme ont été menées à bien au printemps de 2006.

Le programme éducatif conçu pour les jeunes comprenait cinq séances interactives :

- Comment les idées, les sentiments et les actions s'influencent mutuellement
- Comment on « rebondit » des événements difficiles
- Communication
- Gestion du stress et des sentiments
- Comment trouver de l'aide quand on en a besoin

Les animateurs, de jeunes adultes, ont été recrutés dans les départements de travail social d'écoles et dans des centres de santé communautaire. Ils ont reçu une formation pour pouvoir offrir des séances en classe à 208 élèves répartis en groupes de 12 à 15 élèves à la fois. Les animateurs se sont servis de protocoles de présélection pour identifier les jeunes ayant besoin de soutien ou d'aiguillage et pour faire le suivi nécessaire.

Le programme de cours offert aux jeunes était fondé sur des théories d'approches de comportement cognitif, de psychologie positive (optimisme) et sur des théories éducatives d'apprentissage social émotionnel. L'évaluation du programme était conçue pour juger des changements de l'état émotionnel des élèves, de leur capacité d'adaptation et de leurs habiletés de promotion de leur santé mentale. Elle tenait compte aussi de l'impact sur les enseignants et les parents, des leçons apprises et des recommandations pour la programmation future.

Les élèves, les parents et les enseignants ont répondu à des sondages à diverses étapes du programme. En outre, des groupes de réflexion et des entrevues avec les principaux informateurs (directeurs d'école, animateurs et membres des groupes consultatifs) ont fourni des données qualitatives sur la satisfaction à l'égard du programme, sur les avantages perçus et sur les recommandations quant à la programmation future.

Quand on discute de concepts de santé mentale avec de jeunes adolescents, il faut accorder une grande attention à l'éthique. Les élèves devaient obtenir le consentement de leurs parents pour participer au programme. La formule de consentement faisait état des principes fondamentaux de confidentialité de l'équipe et contenait également de l'information sur les types de situations dans lesquels les renseignements provenant des élèves seraient communiqués aux parents et aux écoles. C'était particulièrement significatif étant donné que l'équipe posait dans le questionnaire de présélection des questions spécifiques sur les idées et sur les comportements suicidaires. Elle avait établi des protocoles détaillés pour assurer le suivi des élèves qui l'inquiétaient, en s'assurant que tous les animateurs avaient reçu une formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide (ASIST) et elle avait établi un système d'aides professionnelles pour les animateurs.

Les animateurs du programme identifiaient les élèves à risque et les aiguillaient vers des services de soutien structurés, tandis que les autres élèves identifiés à la présélection recevaient des services informels de surveillance et de soutien. (La plupart des jeunes identifiés grâce à la présélection étaient déjà venus à l'attention du personnel des écoles.)

Durant tout le programme, la plupart des jeunes participants ont déclaré s'être fréquemment sentis heureux et avoir rarement éprouvé des sentiments négatifs. Pourtant, de nombreux jeunes se sentaient assez souvent stressés, inquiets, en colère ou tristes. Après le programme, une proportion substantielle d'élèves ont déclaré avoir amélioré certaines aptitudes de promotion de la santé. Des jeunes ont également déclaré des niveaux moins

élevés de stress et d'inquiétude ainsi qu'une meilleure connaissance des ressources de soutien dans la communauté. Les élèves trouvaient le programme utile, pertinent et agréable.

La majorité des parents et des enseignants qui avaient participé aux ateliers ont déclaré avoir amélioré leurs connaissances du développement sain des adolescents, des ressources communautaires, des signes que des jeunes peuvent avoir des difficultés et des moyens de soutenir une bonne santé mentale chez les adolescents. Deux mois après leur expérience d'enseignant en service, la plupart des enseignants avaient appliqué ce qu'ils avaient appris.

Leçons apprises

Le projet *Transitions saines* a donné deux grandes leçons. Premièrement, une véritable collaboration entre partenaires intersectoriels garantissait que chacun s'investisse vraiment dans le succès du programme. Les membres du groupe consultatif, composé de professionnels de la santé mentale du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (CHEO) et de la communauté, d'enseignants, d'administrateurs de conseils scolaires, de travailleurs et de travailleuses sociaux ainsi que d'hygiénistes, ont guidé le développement du programme et appuyé sa mise en œuvre. Le groupe consultatif était issu d'un groupe de travail du Réseau de santé des enfants et adolescents de l'est de l'Ontario, qui est soutenu par le CHEO et dirigé par une des planificatrices du programme. Ses membres s'étaient portés volontaires pour participer à un groupe de travail oeuvrant en collaboration pour élaborer un programme de promotion de la santé mentale à l'intention des jeunes adolescents. Grâce aux relations professionnelles positives que les planificatrices du programme avaient établies avec les années avec d'autres partenaires de la communauté, il n'a pas été difficile de recruter d'autres membres.

En assumant conjointement la propriété et la responsabilité du programme, il a été possible d'établir des relations plus étroites entre les partenaires et de faciliter l'acceptation du programme dans chacune des écoles participantes. Les dirigeantes du projet ont reconnu la compétence des membres du groupe consultatif en leur demandant d'élaborer des protocoles de suivi, de déterminer le contenu du programme et de donner leur rétroaction à toutes les ébauches de programmes éducatifs. Toutes les rétroactions ont été prises au sérieux et incorporées dans le programme.

La seconde leçon d'importance de *Transitions saines*, c'est que le soutien et la coopération du personnel des écoles est critique. Il était essentiel que les directeurs d'école soient disposés à se prêter au programme. Heureusement, le programme éducatif s'est vendu tout seul aux directeurs, qui ont vite été convaincus de son potentiel pour répondre à plusieurs des besoins des élèves. Ils ont fait bon accueil à son approche positive de promotion de la santé mentale, en souscrivant aux objectifs d'apprentissage, aux stratégies d'enseignement et au contenu du programme.

En général, il était très important de gagner la confiance du directeur d'école grâce à des communications claires et fiables, en faisant preuve de professionnalisme et de souplesse et en respectant ses engagements. Le soutien du directeur d'école se reflétait dans le dévouement et l'enthousiasme du personnel de l'école, qui établissait les échéanciers, réservait les salles de classe, faisait les arrangements pour les élèves non participants, assurait le suivi des présences, obtenait les consentements requis et répondait aux questions des parents et des enseignants.

Implications pour la recherche, les politiques et la pratique

Pour faciliter l'acceptation du programme, l'équipe avait élaboré un Guide des ressources de l'animateur contenant tout ce qu'il fallait pour mettre *Transitions saines* en œuvre dans une communauté scolaire :



- information contextuelle sur l'évaluation, le consentement et la manière de commencer
- protocoles de suivi et ressources
- guide d'évaluation et outils
- échantillon de formules de consentement
- programme pour cinq séances en classe (avec le matériel à distribuer)

Des copies papier du Guide (avec un CD) ont été distribuées à des organisations dans des conférences nationales, provinciales et locales de même que sur demande. L'équipe a rencontré des représentants des ministères de l'Éducation et des Services à l'enfance et à la jeunesse pour leur exposer les grandes lignes du programme (tout le programme est en ligne à www.child-youth-health.net). Il s'ensuit que plusieurs écoles locales ont fait indépendamment leur propre projet pilote du programme. Des écoles, des unités de santé publique, des centres de santé communautaire et des organisations au service des jeunes de tout le Canada ont réclamé le programme éducatif.

Transitions saines a été conçu pour être utilisé dans n'importe quelle école et pourrait facilement être adapté pour être offert à des jeunes au milieu ou à la fin de l'adolescence qui participent à un programme pour les jeunes aux prises avec un problème de santé mentale. Le programme pourrait être mis en œuvre à grande échelle, dans une série de conseils scolaires, voire à l'échelle de tout un ministère provincial de l'éducation. Le Guide des ressources de l'animateur précise où des modifications pourraient s'imposer pour satisfaire aux exigences législatives ou à celles des politiques (par exemple les exigences provinciales de rapport dans le cas des enfants ayant besoin de protection). Les instances locales devraient également préciser les ressources locales en santé mentale pour les jeunes.

L'équipe soupçonne que le volet de présélection et d'aiguillage est un obstacle à l'acceptation du programme. Le processus nécessite un examen approfondi de tous les questionnaires de présélection remplis, l'application des critères de suivi, un suivi avec des élèves pris individuellement, l'évaluation du risque immédiat et un aiguillage approprié. Le temps, les aptitudes et l'engagement requis pour la présélection, l'évaluation et l'aiguillage des élèves en toute sécurité peut dissuader certains et certaines de ceux qui envisageraient d'introduire *Transitions saines* dans leur communauté. Le modèle dirigé par un animateur a été recommandé par les jeunes des groupes de réflexion, mais cela risque également d'être difficile à organiser pour les écoles. Elles pourraient peut-être se faciliter la tâche en supprimant le volet de présélection ou en également demander à des professeurs de contribuer à offrir le programme éducatif.

La portée du projet a été limitée à l'élaboration du programme et à son évaluation initiale. Bien que l'évaluation du programme effectuée par l'équipe ait été prometteuse, elle n'avait pas la rigueur que les ministères provinciaux et les conseils scolaires recherchent lorsqu'ils doivent allouer leurs ressources très limitées. Les chercheurs qui s'intéressent à ce domaine pourraient comparer les jeunes qui bénéficient du programme à ceux qui n'en bénéficient pas, évaluer l'impact à long terme du programme et déterminer s'il pourrait être administré efficacement par des enseignants offrant des cours magistraux à de plus gros groupes d'élèves (par exemple à toute une classe). L'équipe aimerait également savoir si le volet de présélection/aiguillage est indispensable au succès du programme. Les écoles consacrent actuellement des ressources considérables à une programmation anti-intimidation, et il serait intéressant de comparer l'impact global des programmes anti-intimidation existants avec un programme plus générique de promotion de la santé mentale comme *Transitions saines*.

Le projet *Transitions saines* représente un premier pas vers les changements de politiques nécessaires à une promotion exhaustive de la santé mentale dans les écoles. Il a établi un modèle de partenariat efficace en faisant ressortir les processus critiques au succès du programme et en ayant un impact favorable sur l'état émotionnel et sur l'adaptabilité des élèves. Il a généré des connaissances essentielles non seulement sur les éléments qu'un

programme devrait inclure, mais également sur la manière de mettre en œuvre un programme de promotion de la santé mentale dans les écoles. Il faudra des démonstrations plus rigoureuses de l'impact de ce programme pour réaliser les changements des politiques nécessaires en ce qui concerne le programme d'enseignement dans les écoles, les activités en matière de santé publique et la répartition des ressources.

Pour les professionnels de la santé qui offrent des services, participer à des recherches interventionnelles en santé des populations est un défi. La plupart ont des charges de travail qui ne leur permettent pas de participer à des recherches au delà de l'évaluation des programmes. Ces professionnels tendent par conséquent à limiter leurs activités de recherche à l'élaboration ou aux essais de solutions pratiques visant à remédier à un problème spécifique, plutôt qu'à planifier depuis le début des projets de recherche publiables. Cela laisse des interventions potentiellement valables dans une sorte de purgatoire de « pratiques prometteuses » où les décideurs ne sont pas susceptibles de les mettre largement en œuvre sans disposer d'information vraiment probante. La collaboration et le soutien d'enquêteurs principaux d'expérience pour des projets identifiés aux communautés seraient extrêmement utiles. Les professionnels des communautés feraient vraiment bon accueil à leur leadership et à leurs conseils pour planifier et pour effectuer des recherches interventionnelles de qualité en santé des populations et pour obtenir le financement nécessaire à leur réalisation.

Remerciements

Le programme éducatif de *Transitions saines* a été rédigé par Corrine Langill et Ann Croll. Le financement a été fourni par le Centre provincial d'excellence en santé mentale des enfants et ados au CHEO. Les membres organisationnels du groupe consultatif sont :

Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario
Réseau de santé des enfants et adolescents de l'est de l'Ontario
Centre de santé communautaire de Carlington
Conseil scolaire de district d'Ottawa Carleton
Conseil scolaire catholique d'Ottawa Carleton
Centre de ressources communautaires de l'ouest d'Ottawa
Centre de toxicomanie et de santé mentale
Santé publique Ottawa
L'Association canadienne pour la santé mentale

Références

Waddell, C., McEwan, K., Shepherd, C.A., Offord, D.R. et Hua, J.A. (2005). A public health strategy to improve the mental health of Canadian children. *Canadian Journal of Psychiatry* 50(4) 226-233.

Extension d'un projet pilote basé dans des écoles

Cas 5 - H2K – Le programme *Heart Healthy Kids*

Rebecca Spencer, étudiante en maîtrise en promotion de la santé, Université Dalhousie, Maritime Heart Center, Halifax, Nouvelle Écosse

Jenna Bower, OT Reg (NS), Maritime Heart Center, Halifax, Nouvelle Écosse

Jennifer Hoyt, Halifax Infirmary, QE II Health Sciences Centre, Halifax, Nouvelle Écosse

Jennifer Miller, Halifax Infirmary, QE II Health Sciences Centre, Halifax, Nouvelle Écosse

Gillian Yates, Halifax Infirmary, QE II Health Sciences Centre, Halifax, Nouvelle Écosse

Sara Kirk, School of Health Administration, Université Dalhousie, Halifax, Nouvelle Écosse

Camille Hancock Friesen, Department of Surgery, Université Dalhousie, Division of Cardiac Surgery, IWK Health Centre; Halifax Infirmary, QE II Health Sciences Centre, Halifax, Nouvelle Écosse

Auteure-ressource : Becky Spencer, becky.spencer@dal.ca

Introduction

Seulement 12 p. 100 des enfants canadiens sont suffisamment actifs (Active Healthy Kids Canada, 2009), et le nombre de cas d'obésité et de diabète type 2 augmente chez les enfants. Le programme de recherche *Heart Healthy Kids* (H2K) a été conçu en réaction à ces problèmes de santé, en tant qu'intervention intensive dans le domaine de l'activité physique consistant à déterminer les niveaux d'activité physique des enfants, leur connaissance de la santé cardiaque et leur conditionnement cardiovasculaire. L'objectif à long terme consiste à augmenter suffisamment les niveaux d'activité physique des enfants pour provoquer un changement de culture qui réduira le comportement sédentaire et qui finira par réduire également la prévalence de maladies chroniques.

L'équipe d'évaluation a opté pour une approche de santé des populations afin de cibler les jeunes comme groupe vulnérable nécessitant une intervention. Pour cibler le groupe dans son ensemble, le programme H2K est basé dans des écoles, afin de pouvoir atteindre tous les enfants des écoles participantes, quelle que soit leur situation socioéconomique ou les autres facteurs influant typiquement sur la participation aux programmes de recherche (Sonneville, LaPelle, Taveras, Gillman et Prosser, 2009). Bien que le programme H2K soit un projet de recherche, certains de ses éléments ont été offerts à tous les élèves (qu'ils aient eu le consentement de leurs parents pour y participer ou pas), de façon à offrir à tous des chances égales d'y prendre part. À mesure que les inscriptions au programme passeront de 150 à potentiellement 1 200 élèves, on offrira des éléments supplémentaires à un plus grand nombre d'élèves.

Afin d'accroître la pertinence du projet de recherche (et plus généralement de sensibiliser l'auditoire à l'applicabilité d'une approche de santé des populations), l'équipe a intégré dans le programme diverses activités d'application des connaissances. H2K contribue à soutenir la recherche en santé des populations en ciblant des populations vulnérables et en ayant recours à une approche écologique focalisée sur l'environnement social.

Le programme *Heart Healthy Kids* (H2K) a réuni des groupes des écoles, du secteur de la santé publique et des communautés afin d'évaluer l'efficacité d'un programme pilote basé dans des écoles. Avec une approche de méthodes mixtes, l'équipe d'évaluation a exploré l'intérêt de contribuer au changement de comportements grâce à l'éducation individuelle et à la création d'environnements et de structures sociales plus propices. On s'apprête à mettre le projet pilote en œuvre dans plus de contextes en jetant les bases de la recherche interventionnelle future en santé des populations.



Description du projet et leçons apprises

Le programme H2K a été élaboré par une équipe de professionnels de la santé afin d'accroître les niveaux d'activité physique chez les enfants. Il a commencé en 2006 en tant que projet pilote de trois ans dans une école avec des élèves de quatrième, cinquième et sixième années, et il est basé sur la théorie sociale cognitive et écologique. L'équipe a choisi des élèves de ces années pour combler un vide dans la recherche locale, qui avait révélé que les élèves de troisième année ont une activité physique suffisante, contrairement aux élèves de septième année. Dans l'école du projet pilote, un défi d'activité a été combiné avec des séances d'information biannuelles offertes par des professionnels de la santé. Le défi d'activité consistait à faire porter quotidiennement des pedomètres par les élèves pendant toute l'année scolaire et à les faire rivaliser pour couvrir le plus de distance virtuelle. Le projet pilote a été mené avec un mentor adulte présent quatre heures par semaine dans la première année et sans qu'il soit présent dans la deuxième année. Un deuxième projet pilote a eu lieu pendant l'année scolaire 2009-2010; le mentor adulte étant remplacé par un pair. Les mentors pairs ont reçu une formation d'une journée dans un atelier organisé à l'école, pour développer leurs aptitudes de leadership et pour les informer du programme H2K. Ensuite, ces mentors pairs ont pu aider des équipes d'élèves à accroître leur activité physique. Utiliser des pairs comme mentors a aidé les chercheurs à comprendre le rôle qu'ils n'avaient encore jamais étudié du mentorat par des pairs pour accroître l'activité physique. Le mentorat par des pairs est aussi une solution du problème de poursuite des efforts pour provoquer un changement culturel.

Les deux projets pilotes se sont conclus par des augmentations du nombre moyen de pas par journée d'école des participants en présence des mentors de même que par des gains à court et à long terme de connaissances sur la santé cardiaque. En outre, le conditionnement cardiovasculaire mesuré des participants s'est amélioré. Les données qualitatives obtenues des groupes de réflexion ont révélé des tendances positives sous les thèmes de l'amusement, de la santé et de la motivation. Ces thèmes révélaient premièrement que les participants avaient aimé avoir pris part au programme, que c'était amusant et qu'ils souhaitaient continuer y participer (amusement). Deuxièmement, le programme H2K favorisait l'adoption d'habitudes saines et la reconnaissance de l'importance de l'activité physique et d'une alimentation saine en ce qui concernait la prévention des maladies (la santé). Enfin, les données qualitatives révélaient que la motivation grâce au mentorat par des pairs dans le programme H2K était importante pour renforcer les relations sociales à l'école de même que pour inciter les participants à s'engager dans de nouvelles activités physiques ou dans des activités physiques supplémentaires (motivation).

Une des plus grandes leçons que l'équipe ait apprises, c'est l'importance des programmes interventionnels basés dans des écoles : la recherche antérieure a révélé que les enfants les moins actifs dans l'ensemble accomplissaient la majorité de leur activité pendant la journée scolaire (Cox, Schofield, Greasley et Kolt, 2006). L'acceptation et le soutien des enseignants et du personnel de l'école est d'importance critique pour le succès du programme, et l'équipe recommanderait que les futures interventions basées dans des écoles soient adaptées aux besoins spécifiques de chaque école. L'équipe a également appris des défis associés à la collecte de données rapportées par les enfants eux-mêmes ainsi que de la fatigue du programme. Elle a dû trouver de nouvelles méthodes novatrices pour maintenir l'intérêt des participants, notamment en récompensant non seulement les équipes qui avaient un excellent rendement, mais aussi celles qui s'inscrivaient le plus fréquemment ou qui faisaient preuve du plus d'enthousiasme. Enfin, un grand défi qu'il faut constamment relever consiste à trouver des ressources suffisantes pour le programme. Étant donné qu'H2K est un programme qui comprend un volet de recherche, il n'est souvent pas admissible à des ressources censées être attribuées strictement à des interventions ou à des recherches. L'équipe a simplifié le programme pour en maximiser l'efficacité, par exemple en ayant recours à des pairs comme mentors, ce qui accroît sa viabilité en évitant l'obligation de consacrer des ressources limitées à l'embauche d'une infirmière autorisée comme mentore adulte.

En outre, l'équipe a appris l'importance et la valeur de la collaboration. Elle s'est donnée un comité directeur multidisciplinaire composé de bénévoles (dont un chirurgien cardiologue, des infirmières autorisées, une diététiste, des kinésiologues et une ergothérapeute) et nous avons aussi établi des partenariats informels avec des écoles élémentaires locales, leur personnel et leurs élèves, de même que des partenariats en bonne et due forme avec le Conseil scolaire régional d'Halifax, la Heart and Stroke Foundation de Nouvelle Écosse et Public Health (Capital District Health Authority). L'extension future du programme permettra à l'équipe d'établir des partenariats avec les étudiants en médecine qui offriront les séances d'enseignement et avec les quelque 50 bénévoles (membres de la communauté et étudiants inscrits aux programmes universitaires professionnels de santé) qui contribueront au déploiement du programme.

Implications pour la recherche, les politiques et la pratique

Le projet pilote a montré que le mentorat est associé à des tendances à l'augmentation des niveaux d'activité physique, que les séances éducatives sont associées à des gains de connaissances à court et à long terme, que les élèves participant à des sports organisés sont plus actifs que les autres dans l'ensemble et que la vaste majorité des élèves ne se conforment pas aux recommandations d'activité minimale. Bien que le projet soit trop préliminaire pour avoir pu entraîner un véritable changement de politiques, l'extension continue du programme est la preuve de son acceptation. En septembre 2010, le programme H2K a été étendu à 10 écoles, soit cinq écoles expérimentales et cinq écoles témoins, ce qui permet de disposer d'un véritable volet de contrôle et d'un volet quasi expérimental plus solide. Les objectifs de recherche de l'extension du projet consistent à évaluer le rôle et l'efficacité du mentorat par des pairs pour accroître les niveaux d'activité physique, avec des objectifs secondaires de connaissance de la santé cardiaque, du conditionnement cardiovasculaire et des données anthropométriques. Un questionnaire sur la nutrition et des sondages auprès des parents ont été ajoutés, pour examiner de façon plus approfondie la relation complexe entre les enfants et leur environnement qui influe négativement sur l'activité physique et accroît les taux d'obésité chez les enfants ainsi que pour assurer l'obtention de résultats plus complets pouvant être généralisés.

L'application des connaissances est importante à mesure que la portée et l'envergure du programme H2K s'accroissent et que l'équipe s'efforce de rechercher des possibilités de présenter la recherche ainsi que d'en publier les résultats. Les données du projet pilote laissent entendre que le programme H2K, y compris le mentorat par les pairs, a un impact prometteur pour la santé des populations. Les préparatifs d'extension de ce programme de recherche interventionnelle ont commencé avec l'obtention de l'approbation de l'éthique institutionnelle et du conseil scolaire, de même qu'avec l'adhésion de 10 nouvelles écoles élémentaires. En septembre 2010, un forum des partenariats a été organisé pour générer plus d'intérêt public et privé et pour obtenir du financement.

L'équipe de recherche compte se servir des résultats de l'extension de la recherche comme preuve d'un changement des politiques en ce qui concerne l'activité physique des enfants, en faisant la promotion de cette idée et en travaillant en ce sens avec le gouvernement local. À l'heure actuelle, en Nouvelle Écosse, les élèves du niveau élémentaire n'ont actuellement que deux périodes de 30 minutes d'éducation physique par semaine; il est recommandé que les enfants fassent 90 minutes d'activité physique par jour, ce qui laisse les individus et leurs familles responsables de s'assurer que chaque enfant accomplisse la plus grande partie de l'activité physique qui lui est nécessaire (Agence de santé publique du Canada et Société canadienne de physiologie de l'exercice, 2009). Nous espérons que le programme H2K a produit suffisamment d'information sur l'activité physique à l'école pour qu'un changement de politiques garantisse que tous les élèves aient des chances égales de se faire offrir un minimum garanti d'activité physique tous les jours.

Au delà de son extension à 10 écoles, le programme H2K offre de nombreuses possibilités aux futurs chercheurs. L'équipe de recherche prévoit un suivi longitudinal des participants à la recherche pour explorer de façon plus

poussée la relation entre le programme et les types d'activité, de même que la relation entre l'activité physique et les maladies cardiovasculaires. D'autres recherches pourraient comprendre un examen plus approfondi du type de mentorat, de même que de la fréquence et de la durée du mentorat, afin de mieux comprendre ce qui peut influencer favorablement sur les niveaux d'activité physique des enfants. Au delà du volet de recherche, l'équipe compte aussi déployer le programme H2K afin d'y inclure plus d'écoles locales de la Nouvelle Écosse, des autres provinces de l'Atlantique et d'ailleurs.

Pour conclure, l'équipe de recherche est fermement convaincue qu'elle a recueilli des preuves de l'utilité du mentorat pour faire adopter aux enfants des habitudes saines et qu'une approche de santé des populations est nécessaire afin d'accroître largement le niveau actuel d'activité physique des enfants. Elle estime que l'extension du programme H2K produira les preuves nécessaires à un changement des politiques et donnera à tous les enfants un accès équitable à l'activité physique. Elle recommande que les autres chercheurs dans ce domaine adoptent une approche de santé des populations et se concentrent sur l'environnement social pour produire un changement durable.

Remerciements

The Maritime Heart Center, Division of Cardiac Surgery (Capital District Health Authority), Cobequid Community Health Board, Pfizer, GlaxoSmithKline, IWK Health Centre

Références

Active Healthy Kids Canada. (2009). *The Active Healthy Kids Canada report card on physical activity for children and youth*. Toronto : Auteur. Trouvé sur le site Web d'Active Healthy Kids Canada : http://www.activehealthykids.ca/ecms.ashx/RreportCard2009/AHKC-Longform_WEB_FINAL.pdf

Cox, M., Schofield, G., Greasley, N. et Kolt, G.S. (2006). Pedometer steps in primary school-aged children: A comparison of school-based and out-of-school activity. *Journal of Science and Medicine in Sport* 9 91-97.

Agence de santé publique du Canada et Société canadienne de physiologie de l'exercice. (2009). *Guide d'activité physique canadien*. Trouvé sur le site Web de l'ASPC : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/pag-gap/index-home-accueil-fra.php>

Sonneville, K., LaPelle, N., Taveras, E., Gillman, M. et Prosser, L. (2009). *Economic and other barriers to adopting recommendations to prevent childhood obesity: Results of a focus group study with parents*. Trouvé sur le site Web de BioMedCentral : <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/9/81/>

Yates, G., Cornish, W., Miller, J. et Hancock Friesen, C. L. (2009). Investing in heart healthy children: A primary prevention innovation in Atlantic Canada. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing* 19 20-25.

Partie 3 : Étude d'interventions multi éléments dans toute une communauté

Les cas suivants montrent comment des chercheurs travaillent en partenariat avec des communautés pour explorer des interventions faisant appel à plusieurs stratégies à de multiples niveaux pour introduire des changements dans toute la communauté et pour améliorer la santé de populations défavorisées.

Cas 6

Le programme interventionnel de nutrition et de style de vie *Healthy Foods North* : un programme interventionnel basé sur la communauté et sur l'information dans des communautés inuites et inuvialuites de l'Arctique canadien

Cas 7

Intervention auprès des jeunes enfants dans la communauté... c'est logique, mais est ce que ça fonctionne vraiment? Constatations de notre étude de trois ans en collaboration

Cas 8

Programmes de nutrition dans les écoles de communautés isolées des Premières nations de la région de l'ouest de la baie James : impact, défis et possibilités



John Harris de Grise Fiord, Nunavut

Travailler avec les communautés et avec le secteur privé dans l'Arctique canadien

Cas 6 - Le programme interventionnel de nutrition et de style de vie *Healthy Foods North* : un programme interventionnel basé sur la communauté et sur l'information dans des communautés inuites et inuvialuites de l'Arctique canadien

Sangita Sharma, Endowed Chair in Aboriginal Health and Professor of Aboriginal and Global Health Research, Department of Medicine, Faculty of Medicine and Dentistry, Université de l'Alberta, Edmonton, Alberta

Erin Mead, étudiante au doctorat, Department of Health, Behavior, and Society, Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland

Joel Gittelsohn, professeur, Center for Human Nutrition, Department of International Health, Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland

Lindsay Beck, étudiante en maîtrise ès sciences (Community Health Science), University of Northern British Columbia, Prince George, Colombie Britannique

Cindy Roache, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Nunavut (au moment de la recherche)

Auteure-ressource : Sangita Sharma, gita.sharma@ualberta.ca

Introduction

Healthy Foods North (HFN) est un programme multiniveaux d'intervention en santé visant à alléger le fardeau croissant pour la santé publique et la société causé par le changement en matière de nutrition et de style de vie des populations autochtones de l'Arctique canadien (Sharma, 2010). Le programme HFN d'intervention dans la nutrition et le style de vie a pour buts de réduire le risque d'obésité et de maladies chroniques, d'améliorer la qualité de l'alimentation et d'accroître l'activité physique de la population cible. Avoir une bonne nutrition et un niveau modéré à élevé d'activité physique est important pour la prévention des maladies chroniques et des maladies infectieuses qu'un système immunitaire appauvri par une mauvaise nutrition ne peut pas facilement prévenir ni guérir. Les interventions antérieures ciblant les populations autochtones de l'Arctique n'avaient souvent pas pris une approche interventionnelle en santé des populations et consistaient largement en des programmes de média de masse adaptés et inspirés de programmes conçus pour des populations du sud du Canada.

Ce programme novateur a été élaboré pour remédier à des problèmes complexes de santé publique et à leurs facteurs sous jacents. HFN visait à réduire l'incidence disproportionnée de nombreuses maladies chez les Inuits et les Inuvialuits par la prévention primaire (Sharma, 2010), contribuant par là à une plus grande équité en santé. Le soutien de la communauté pour le programme était crucial pour que son élaboration et sa mise en œuvre soient culturellement appropriées, efficaces et viables. Pour obtenir ce soutien, l'équipe a établi des partenariats

Le projet *Healthy Foods North* est un projet de recherche interventionnelle multiniveaux (individus, ménages, communautés et environnement) dans des communautés inuites et inuvialuites du Nunavut et des Territoires du Nord Ouest. Avec une approche de méthodes mixtes pour évaluer l'impact de l'intervention, ce projet démontre la valeur du partenariat avec les membres de la communauté, les décideurs et les entreprises privées et l'intérêt d'activités basées sur les magasins d'alimentation et sur la communauté pour appuyer des changements individuels de nutrition et de style de vie.



avec des intervenants des communautés, dont certains ont participé à l'étape formative visant à élaborer l'intervention. Certains ont été formés pour accomplir les activités de recherche et d'intervention (Gittelsohn et autres, 2010). Par conséquent, les peuples autochtones, les organisations et les communautés pourraient avoir une idée plus favorable de la recherche basée sur l'information recueillie qui contribue à l'amélioration de la santé.

Description du projet et leçons apprises

Healthy Foods North couvre six aspects critiques pour la promotion de la santé dans les communautés de l'Arctique :

1. Mise en œuvre d'une intervention basée sur l'information recueillie et sur les communautés culturellement appropriée, rigoureusement évaluée et durable
2. Génération de données à jour sur l'alimentation, l'anthropométrie et l'activité physique, par exemple, sur lesquelles baser un programme
3. Création de méthodologies propres aux populations pour surveiller les changements de régime
4. Création d'une capacité locale de développement d'interventions de promotion de la santé et d'évaluation avec les communautés
5. Création d'un mécanisme d'établissement de partenariats entre le secteur privé (marchands de nourriture au détail, compagnies aériennes et compagnies de transport), les communautés, le gouvernement et le monde universitaire
6. Partage des résultats au niveau communautaire sous une forme culturellement appropriée (comme des posters et des exposés) et présentation des résultats localement et nationalement par des champions des communautés

L'étape de recherche formative d'HFN combinait des méthodes quantitatives et qualitatives de détermination des besoins et des préférences des populations pour établir un contexte afin de comprendre le processus décisionnel de l'alimentation et de l'activité physique (Sharma et autres, 2009, Sharma et autres, 2010, Gittelsohn et autres, 2010). L'intervention, ses messages et la documentation étaient basés sur la théorie sociale cognitive et sur les cadres d'écologie sociale applicable aux changements de comportement, à la collaboration entre partenaires, aux rappels de régime de 24 heures avec des adultes inuits/inuvialuits sélectionnés de façon aléatoire pour caractériser le régime et à des entrevues en profondeur. L'équipe de recherche a également organisé des ateliers communautaires participatifs de deux jours dans les quatre communautés du Nunavut et des Territoires du Nord Ouest qui allaient devenir les communautés d'intervention (Gittelsohn et autres, 2010). Les participants à ces ateliers, sélectionnés par échantillonnage dirigé, étaient des intervenants des communautés incluant des aînés, des dirigeants des communautés, des représentants des programmes communautaires de santé, des gérants de magasin et d'autres membres des communautés. Ils ont identifié les aliments problèmes dans leurs communautés, précisé les choix santé plus appropriés, cerné les principaux messages et les principaux thèmes de l'intervention et précisé les moyens de les faire passer.

HFN a fonctionné aux niveaux de l'environnement, de la communauté, des ménages et des individus avec deux principaux éléments, des activités basées dans les magasins d'alimentation et des activités basées dans la communauté (Sharma, Gittelsohn, Rosol et Beck, 2010). Les activités basées dans les magasins comprenaient des réserves accrues d'aliments santé, des séances éducatives interactives (par exemple des dégustations de nourriture), des étiquettes sur les tablettes, des étalages et des posters. Les messages véhiculés dans les séances étaient renforcés par des distributions gratuites. Les activités basées dans la communauté étaient des cours de cuisine, des défis mesurés avec pedomètres, des clubs de marche, des banquets communautaires, des histoires racontées à la radio et des partenariats avec d'autres programmes locaux de santé. Des membres spécialement

formés du personnel communautaire local ont animé toutes les activités. L'intervention pilote a été mise en œuvre sur une période de 12 mois, en 2008 et en 2009, dans deux communautés inuites du Nunavut et dans deux communautés inuvialuites des Territoires du Nord Ouest.

L'équipe a recueilli des données sur le régime, sur le comportement et sur l'activité physique ainsi que des données anthropométriques auprès des répondants inuits et inuvialuits des quatre communautés de l'intervention et de deux autres communautés où l'intervention a suivi, pour en évaluer l'impact. Les constatations préliminaires importantes sont une baisse de la consommation de calories et de glucides, une densité accrue de la consommation de certains éléments nutritifs et une baisse de 2,6 p. 100 de l'indice de masse corporelle moyen, compte tenu de l'âge, du sexe, de la situation socioéconomique et de la position des répondants dans le groupe d'intervention. Ces changements peuvent être attribuables à l'approche d'HFN de promotion consistant à substituer aux aliments et aux boissons faibles en éléments nutritifs et riches en matières grasses et en sucre des aliments traditionnels, des fruits, des légumes et des boissons à faible teneur en sucre, ainsi qu'à faciliter un accroissement de l'activité physique. Par exemple, les constatations préliminaires importantes révèlent une augmentation de la consommation de viandes traditionnelles et une baisse de la consommation de viandes à haute teneur en matières grasses achetées au magasin. Les comportements personnels efficaces et les intentions d'avoir un régime plus santé étaient également à la hausse. De l'étape formative à celle de l'évaluation de l'intervention, plus de 700 membres des communautés ont rempli des questionnaires ou participé à des entrevues (Sharma, 2010, Sharma et autres, 2009, Sharma, Gittelsohn et autres, 2010), et environ 60 ont travaillé au projet.

Un des plus grands problèmes à surmonter pour faire une recherche ou une intervention quelconque dans l'Arctique est l'isolement /l'éloignement des localités, qui pose des obstacles considérables tant logistiques que pour le personnel. En outre, de nombreuses communautés n'ont pas de programmes de santé qui leur permettraient d'établir des partenariats entre organisations, particulièrement avec le secteur privé. Dans le cas d'HFN, les collaborations entre la chercheuse initiale, les communautés et le gouvernement ont commencé à établir les partenariats, l'infrastructure et la capacité essentiels à la mise en œuvre d'un programme multinationaux comprenant de multiples éléments quatre ans avant la mise en œuvre de l'intervention elle-même. Un partenariat avec le secteur privé est un facteur crucial pour un programme comme celui-ci. Les entreprises de vente au détail de nourriture tout comme les autres organisations et entreprises (par exemple les instituts de recherche et les compagnies aériennes) soutenaient le programme, et elles y ont investi. Les expériences de l'équipe font ressortir la nécessité d'une communication complète et conséquente entre tous les intervenants et tous les partenaires à toutes les phases de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation du programme. Mobiliser les intervenants au fur et à mesure a contribué à faire en sorte que les attentes soient respectées et que les principales leçons apprises soient communiquées.

Implications pour la recherche, les politiques et la pratique

HFN a fait le pont entre la recherche dirigée et la prise de décisions basées sur l'information recueillie. Tous les partenaires d'HFN ont joué un rôle d'importance vitale dans son succès : les communautés et les organisations autochtones ont fourni leur connaissance essentielle des valeurs sociétales en ce qui concerne la santé et la promotion de l'approche; les partenaires universitaires ont fourni leur compétence essentielle en méthodes de recherche et en conception de l'intervention; les gouvernements ont facilité la coordination globale du projet, particulièrement en mobilisant les partenaires dans une perspective stratégique (autrement dit les programmeurs en santé communautaire), et le secteur privé, plus particulièrement les marchands de nourriture au détail, qui ont contribué leur compétence essentielle dans les domaines des systèmes de transport de nourriture dans le Nord, de la commercialisation et de la promotion en magasin ainsi que de la prise de décisions sur l'offre des produits.

À chaque étape du programme, les résultats ont été partagés avec les partenaires et avec les intervenants, en leur offrant la possibilité de se servir des données pour améliorer les services de santé et les programmes de santé des populations. Par exemple, les résultats de l'évaluation préliminaire ont été présentés au gouvernement fédéral et aux gouvernements territoriaux. Les communautés se sont fait communiquer les résultats relatifs à la consommation d'aliments traditionnels et aux importantes contributions de ces aliments pour que leurs membres consomment suffisamment d'éléments nutritifs, ce qui était une des principales priorités des communautés.

En outre, les partenaires détaillants, membres des communautés, fonctionnaires et universitaires ont présenté les résultats d'HFN dans un congrès international. De plus, les membres des communautés et les partenaires gouvernementaux ont contribué à la recherche et à l'intervention. Par exemple, les valeurs traditionnelles décrites par les participants aux ateliers avaient été incorporées en tant que motifs familiaux dans l'intervention dont elles avaient également formé la base d'étapes entières (une étape d'aliments du pays). L'équipe d'intervention était composée de membres des communautés qui ont contribué au raffinement constant des activités d'intervention. Il est essentiel de partager largement les résultats et l'information de même que de soutenir tous les partenaires dans le projet pour souligner son succès et pour maintenir le mouvement. C'est pour cette raison que les résultats sont actuellement communiqués aux communautés.

HFN a été incorporé dans la politique de santé publique aux niveaux des territoires et des communautés, notamment dans le *Cadre d'action pour la nutrition du Nunavut* et dans *Développer des communautés en santé : une stratégie de santé publique pour le Nunavut*, ainsi que dans le *Plan d'action de la Fondation pour le changement des Territoires du Nord Ouest de 2009 à 2012*. Pourtant, même avec des résultats si positifs, il reste encore bien du travail à faire. En réunissant de l'information et des partenaires aussi variés, HFN a le potentiel d'être un tremplin vers une prise de décisions innovatrice pour des systèmes de santé.

L'approche d'HFN consistant à faire participer tous les intervenants à un processus à la fois ouvert et innovateur peut être généralisée et appliquée dans un certain nombre de systèmes de santé et de contextes communautaires, particulièrement dans les communautés autochtones, éloignées et isolées. HFN avait commencé au Nunavut et son volet des Territoires du Nord Ouest s'y est ajouté assez facilement, ce qui montre que son cadre et son approche peuvent être appliqués dans de nouveaux contextes. Les communications et les activités au niveau des communautés ont été conçues avec une importante contribution communautaire, et les communautés ont demandé depuis à se servir des outils de communications et de la conception globale du programme pour s'attaquer à d'autres problèmes de santé publique, comme le tabagisme. Des résultats utiles, tels que les portions typiques pour divers aliments, seront mis à la disposition des cliniciens, qui pourront s'en servir pour des traitements individuels et du counseling ainsi que pour la conception de programme de santé des populations. D'un point de vue éthique, HFN tenait à la durabilité générale du programme et à son à propos, dont l'utilisation d'aliments faciles à trouver, faciles à obtenir et abordables.

Les intervenants des communautés peuvent avoir des priorités différentes de celles des chercheurs; ces priorités doivent être incorporées dans l'élaboration et la mise en œuvre du programme. Les membres des communautés qui ont fait partie du personnel du programme et qui ont compté parmi ses éducateurs pairs ont été un important élément de son succès, quoique le taux de roulement élevé ait posé un problème, ce qui laisse peut être entendre qu'il aurait fallu plus de souplesse en matière d'emploi. Les membres des communautés ont joué un grand rôle en traduisant les constatations de la recherche en éléments pratiques et culturellement pertinents d'élaboration et de mise en œuvre du programme. En formant des membres des communautés pour qu'ils puissent se charger d'activités de recherche et d'intervention, les universitaires ont partagé leurs connaissances avec les communautés et avec d'autres intervenants, en renforçant ultimement leur capacité et, espérons le, en améliorant le rendement global du système de soins de santé d'un point de vue communautaire, régional et territorial.

Compte tenu de toute l'importance accordée à la participation des communautés et de la valeur reconnue à la culture et aux normes des Inuits et des Inuvialuits durant toute l'élaboration du programme, l'information recueillie et les leçons apprises sont potentiellement applicables aux autres communautés inuvialuites et inuites. Qui plus est, le programme HFN et sa conception de la recherche peuvent être le complément d'autres programmes adaptés à des contextes communautaires spécifiques, particulièrement dans des communautés autochtones. HFN peut devenir un modèle de programmation de promotion durable de la santé et de recherche interventionnelle en santé des populations, en rendant l'éducation sur la nutrition et le style de vie culturellement appropriée tout en améliorant la santé des Autochtones. Les futures initiatives de recherche interventionnelle en santé des populations ont le potentiel non seulement d'améliorer la santé au niveau de la communauté locale, mais aussi d'entraîner des changements de politiques plus généraux en santé des populations.

Pour plus d'information sur les résultats avant l'intervention, veuillez vous reporter à la publication suivante : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jhn.20s10.23.issue-s1/issuetoc>

Remerciements

Healthy Foods North (HFN) aimerait exprimer ses sincères remerciements à toutes les personnes, toutes les organisations, toutes les communautés, tous les conseils de village, tous les comités de santé et tous les gérants de magasin d'alimentation qui ont joué un rôle essentiel dans l'élaboration et la mise en œuvre d'HFN au Nunavut et dans les Territoires du Nord Ouest, particulièrement Mme Elsie De Roose, Mme Renata Rosol et les nombreux membres des équipes d'HFN au Nunavut et dans les Territoires du Nord Ouest. L'équipe remercie l'Aurora Research Institute et la Beaufort Delta Health and Social Services Authority pour leur soutien. Elle remercie également tous les participants des communautés où sa recherche a été menée, de même que les coordonnateurs de projet, le personnel des communautés, le personnel de recherche et les collaborateurs dont l'aide a été inestimable; ils se sont tous dévoués sans relâche et ce projet n'aurait pas été réalisable sans leur aide. Le projet a bénéficié du financement ou du soutien de l'American Diabetes Association Clinical Research Award Grant # 1 08 CR 57, du ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement du Nunavut, du ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement des Territoires du Nord Ouest, de l'Association de santé publique des Territoires du Nord Ouest et du Nunavut, de Santé Canada et de l'Agence de santé publique du Canada.

Références

Gittelsohn, J., Roache, C., Kratzmann, M., Reid, R., Ogina, J. et Sharma, S. (2010). Participatory research for chronic disease prevention in Inuit communities. *American Journal of Health Behavior* 34 453-464.

Sharma, S. (2010). Assessing diet and lifestyle in the Canadian Arctic Inuit and Inuvialuit to inform a nutrition and physical activity intervention programme. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 23 (Suppl. 1) 5-17.

Sharma, S., Cao, X., Roache, C., Buchan, A., Reid, A. et Gittelsohn, J. (2010). Assessing dietary intake in a population undergoing a rapid transition in diet and lifestyle: the Arctic Inuit in Nunavut, Canada. *British Journal of Nutrition* 103 749-759.

Sharma, S., De Roose, E., Cao, X., Pokiak, A., Gittelsohn, J. et Corriveau, A. (2009). Dietary intake in a population undergoing a rapid transition in diet and lifestyle: The Inuvialuit in the Northwest Territories of Arctic Canada. *CJPH* 100 442-448.

Sharma, S., Gittelsohn, J., Rosol, R. et Beck, L. (2010). Addressing the public health burden caused by the nutrition transition through the *Healthy Foods North* nutrition and lifestyle intervention programme. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 23 (Suppl. 1) 120-127.

Établir des partenariats aux niveaux de la recherche, des politiques et de la pratique

Cas 7 - Intervention auprès des jeunes enfants dans la communauté... c'est logique, mais est-ce que ça fonctionne vraiment? Constatations de notre étude de trois ans en collaboration

Fleur Macqueen Smith, MA, Université de la Saskatchewan, Saskatoon, Saskatchewan

Nazeem Muhajarine, Ph. D., Université de la Saskatchewan, Saskatoon, Saskatchewan

Hongxia Shan, Ph. D., Université de la Saskatchewan, Saskatoon, Saskatchewan

Darren Nickel, Ph. D., Université de la Saskatchewan, Saskatoon, Saskatchewan

Équipe de recherche sur les enfants en santé, Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit, Université de la Saskatchewan, Saskatoon, Saskatchewan, pour le compte de l'Équipe de recherche évaluative *KidsFirst**

Auteure-ressource : Fleur Macqueen Smith, fleur.macqueensmith@usask.ca

Introduction

KidsFirst est une intervention du gouvernement provincial en santé des populations ciblée sur les enfants vulnérables et sur leurs familles administrée localement dans neuf communautés à risque de la Saskatchewan. Elle s'est servie de visites intensives au foyer pour renforcer la capacité des familles, promouvoir le développement d'enfants en santé et faciliter l'atteinte d'objectifs pour les parents (tels que retourner à l'école ou trouver un emploi). *KidsFirst* a aussi mis les familles en contact avec des services de santé mentale et de toxicomanie de même qu'avec des programmes d'apprentissage et de garde des jeunes enfants.

L'équipe de recherche a récemment mené à bien une évaluation de trois ans visant à déterminer l'efficacité de *KidsFirst* en se servant d'une approche intégrée d'application des connaissances dans laquelle les décideurs ont été mobilisés durant tout le processus de recherche (www.kidskan.ca - sélectionner « *KidsFirst* » dans le menu Projets à gauche). Le projet est un exemple de recherche interventionnelle basée sur la communauté; il a réuni des chercheurs (en santé communautaire et en épidémiologie, en travail social, en économie, en science politique et en sciences infirmières), des gestionnaires de programme de *KidsFirst* et des responsables de politiques du gouvernement (des domaines de l'éducation, de la santé, des services sociaux et des relations avec les Premières nations et les Métis) pour faire en sorte que les connaissances générées par l'évaluation se traduisent en améliorations de programmes.

KidsFirst vise l'équité en santé en ciblant les familles qui en ont le plus besoin afin d'améliorer le bien-être des enfants et le fonctionnement familial. Il se concentre également sur les facteurs en amont déterminants pour la santé et le développement des enfants, en intervenant sur eux, et il renforce la communauté dans son ensemble. L'évaluation a une valeur pratique tant pour le programme que pour les autres activités interventionnelles auprès de la petite enfance, parce qu'elle :

Le projet d'évaluation *KidsFirst* a été réalisé en partenariat entre des chercheurs, des planificateurs de programmes et des représentants du gouvernement pour évaluer l'efficacité d'une intervention auprès d'enfants à risque. C'est la démonstration d'une approche en partenariat qui emploie des méthodes mixtes pour évaluer des programmes en explorant leur valeur dans une intervention aux niveaux de l'individu, de la famille et de la communauté pour soutenir des changements dans des communautés à risque.



1. est focalisée sur le développement des enfants des familles vulnérables, un sujet qui a attiré l'attention dans le monde entier (Keating et Hertzman, 1999)
2. intègre des constatations résultant de l'application de multiples méthodes (Muhajarine et al., 2010)
3. s'inscrit dans un cadre clair, élaboré en collaboration avec le personnel du programme (Muhajarine et al., 2010)

Description du projet et leçons apprises

Ce projet a été entrepris quand le directeur de l'unité gouvernementale responsable de *KidsFirst* a approché le principal enquêteur, Dr Nazeem Muhajarine, en raison de ses travaux antérieurs d'établissement de buts et objectifs de programme et de l'excellente réputation que lui valent sa recherche sur la santé des enfants et son application des connaissances. Par la suite, Dr Muhajarine a réussi à obtenir du financement de l'extérieur grâce à un processus d'examen par les pairs et à réunir une équipe de chercheurs et de décideurs pour réaliser l'évaluation.

De 2007 à 2010, l'équipe a eu recours à des méthodes mixtes pour déterminer l'efficacité avec laquelle le programme aidait les familles et les communautés participantes à faire des changements positifs. Elle a commencé par établir un cadre d'évaluation en collaboration avec le personnel du programme et à élaborer un document de fond. Ensuite, elle a réalisé des études quantitatives et qualitatives pour évaluer les effets à court terme du programme et pour déterminer comment ils avaient été obtenus. Pendant que l'équipe élaborait les questions de recherche en collaboration avec les gestionnaires de programme, des chercheurs qui n'avaient aucun contrôle sur le fonctionnement ni sur la conception du programme mettaient la dernière main aux méthodes et à l'interprétation des données. En plus d'avoir obtenu l'approbation éthique de l'Université de la Saskatchewan, l'étude a été approuvée par les régions responsables de la santé de chacun des neuf sites du programme.

Pour l'étude quantitative, l'équipe a analysé les données régulièrement recueillies sur le programme afin d'évaluer le fonctionnement familial de même que la santé et le développement des enfants. Elle a aussi employé un groupe témoin et analysé les statistiques vitales et les données d'utilisation des soins de santé représentant de mauvais résultats en matière de naissances et de soins de santé. Pour l'étude qualitative, elle a réalisé 84 entrevues et organisé 27 groupes de réflexion avec 242 clients adultes du programme, membres du personnel de programmes et représentants du gouvernement pour révéler les pratiques et les processus contribuant à de bons résultats quant à la santé des enfants.

Les constatations révèlent que *KidsFirst* peut contribuer à faire en sorte que les enfants vivant dans des conditions où ils sont très vulnérables soient bien traités par des familles fonctionnelles en santé. Les principales activités consistaient à travailler avec les parents pour accroître leurs connaissances et leur détermination, à répondre aux besoins fondamentaux des familles, notamment en les aidant à avoir accès à la nourriture, aux transports et aux services et à intégrer les familles dans leurs communautés en les mettant en rapport avec les services, en organisant des activités sociales et en aidant les clients à retourner à l'école ou sur le marché du travail. Les gestionnaires de programmes ont constaté qu'ils servaient mieux les familles en établissant des relations de collaboration avec d'autres organisations de leurs communautés au service des mêmes clients. Les participants à l'étude qualitative ont déclaré que de nombreux parents avaient reçu des services de santé mentale et de toxicomanie grâce à *KidsFirst*.

Même avec ces succès, l'équipe a constaté que le programme avait de la difficulté à trouver les ressources humaines et la capacité de personnel suffisantes pour répondre aux besoins complexes de certaines familles. Typiquement, ce problème a été constaté lorsque des familles sont aux prises avec des crises cycliques comme des problèmes de santé mentale et de toxicomanie, qu'elles doivent composer avec l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (dont les parents et les enfants souffrent) et qu'elles sont itinérantes ou sans abri.

Les longues distances séparant les partenaires et leurs opinions différentes de la recherche signifiaient qu'un effort concerté s'imposait pour que les chercheurs universitaires puissent garder le contact, qu'une diligence constante était nécessaire pour éviter les malentendus et qu'il fallait faire preuve de bonne foi et discuter pour aplanir les difficultés au fur et à mesure. Il était également difficile d'évaluer un programme dépourvu de l'infrastructure nécessaire à une évaluation systématique en continu. En effet, même si l'on recueille continuellement beaucoup de données sur le programme, des problèmes de qualité, de fiabilité, d'exhaustivité et de pertinence ont mené l'équipe à recommander un examen approfondi des procédures existantes de collecte de données. L'équipe a également recommandé l'ajout de procédures de vérification et de contrôle de qualité qui accroîtraient la validité des données (Muhajarine, Glacken, Cammer et Green, 2007).

Implications pour la recherche, les politiques et la pratique

L'expérience a démontré que la recherche interventionnelle basée sur la communauté peut réunir les chercheurs, les gestionnaires de programmes et les responsables de l'élaboration des politiques gouvernementales. La recherche interventionnelle efficace en santé des populations repose sur le principe de la collaboration entre ceux qui conçoivent et mettent en œuvre les programmes, puisqu'ils peuvent appliquer les connaissances générées pendant une évaluation dans des politiques et dans la pratique pour améliorer les programmes. Les partenaires idéaux pour ce genre de recherche sont décidés à participer pleinement dès les premières étapes de l'étude et déterminés à agir par la suite sur la foi de l'information indépendante qu'elle a produite.

Après une rencontre d'une journée consacrée à l'élaboration conjointe d'un modèle logique du programme et d'un cadre d'évaluation, les chercheurs se sont réunis tous les quelques mois avec les gestionnaires de programmes et les représentants du personnel de l'unité gouvernementale responsable de *KidsFirst*. Entre ces rencontres, l'enquêteur principal et le personnel de recherche ont eu des interactions régulières par téléphone et par courriel avec ces mêmes partenaires. Les chercheurs ont également eu des interactions aux premières étapes du projet avec un comité consultatif composé de fonctionnaires représentant les quatre ministères contribuant à *KidsFirst*. Il n'y a pas encore eu de rencontre de suivi avec le comité consultatif pour discuter des résultats et des recommandations découlant de la recherche.

Durant toute l'évaluation, l'équipe a partagé ses constatations, en les présentant à des auditoires provinciaux et nationaux dans des conférences et dans des publications. Pour faciliter l'acceptation des constatations de la recherche, elle a également produit une série de rapports conjoints incluant un cadre d'évaluation, des profils de site, un examen de la littérature sur les visites au foyer, des rapports quantitatifs et qualitatifs, un résumé de ses constatations et de ses recommandations et des rapports propres aux sites. L'équipe a diffusé des copies sur support électronique et sur papier de ces rapports et les a affichées en ligne à www.kidskan.ca. Elle les a également fait parvenir à 90 intervenants répartis dans toute la province qui ont assisté à une rencontre d'une journée pour discuter des constatations du projet et pour donner leur rétroaction. À la suite de cette rencontre, l'équipe a révisé les rapports finals basés sur la rétroaction et les a redistribués. Elle prévoit d'autres activités d'application des connaissances par suite du financement supplémentaire qu'elle a reçu.

Les constatations de l'équipe laissent entendre que le personnel du programme devait établir de solides relations avec ses clients avant que ceux-ci soient réceptifs à l'information nouvelle et tentent de nouvelles façons d'agir comme parents ou d'avoir des interactions avec les autres membres de la communauté. Ces constatations ont été corroborées par un examen de la littérature sur les programmes de visites au foyer. L'équipe est convaincue que ces constatations peuvent être généralisées et étendues à d'autres sortes de programmes d'intervention. Avec une information fiable recueillie grâce à la recherche pour en témoigner, on devrait considérer l'établissement d'une relation de confiance comme une pratique essentielle pour les fournisseurs de services basés dans la communauté qui travaillent avec des populations vulnérables.

En dépit de la nature collaborative de l'évaluation et du haut niveau d'interaction avec les décideurs, il est difficile de savoir si elle entraînera un changement à grande échelle des politiques provinciales. Il est plus probable que les pratiques vont changer au niveau de la communauté et que des changements des politiques pourront être introduits sur une petite échelle. En sa qualité de groupe de chercheurs, l'équipe se situait entre les praticiens et les défenseurs de la communauté, qui géraient le programme sur le terrain, et les représentants gouvernementaux investis de responsabilités provinciales; c'était parfois difficile, en raison des différences d'opinions sur la façon de mettre en œuvre, de gérer et d'évaluer le programme.

Il est généralement reconnu qu'il est indispensable d'établir une relation avec les décideurs pour pouvoir travailler efficacement avec eux. Cela dit, les chercheurs ne peuvent compromettre ni la solidité, ni la pertinence de leur recherche pour se les concilier; la recherche doit être à la fois extrêmement valide et extrêmement pertinente pour les politiques afin d'avoir la meilleure chance possible d'améliorer les politiques et la pratique (Martens et Roos, 2005). Enfin, l'équipe conseille à qui veut l'entendre de ne pas se laisser décourager; même s'il est beaucoup plus difficile de travailler de cette façon que de faire des études dirigées par le chercheur lui-même, cela peut aussi être plus énergisant et beaucoup plus susceptible de faire une différence.

Remerciements

*Les membres de l'Équipe de recherche évaluative *KidsFirst* sont : Nazeem Muhajarine (principal enquêteur), Gail Russell (directrice, Unité de développement de la petite enfance, ministère de l'Éducation de la Saskatchewan), David Rosenbluth (directeur de l'Évaluation, ministère des Services sociaux) et Angela Bowen, Jody Glacken, Kathryn Green, Bonnie Jeffery, Thomas McIntosh et Nazmi Sari, membres du corps enseignant à la SPHERU, le boursier de recherches postdoctorales Hongxia Shan et le personnel de recherche : Darren Nickel, Fleur Macqueen Smith, Robert Nesdole, Kristjana Loptson, Shainur Premji, Hayley Turnbull, Taban Leggett, Kathleen McMullin et Julia Hardy, ainsi que les étudiants Jillian Lunn, Karen Smith, Vince Terstappen, David Climenhaga, Brayden Sauve et Curtis Mang.

Cette évaluation a été financée par l'Initiative sur la santé de la population canadienne – Institut canadien d'information sur la santé (étude quantitative), le gouvernement de la Saskatchewan (cadre d'évaluation et étude qualitative), MITACS et le College of Medicine de l'Université de la Saskatchewan (financement pour les assistants de recherche).

Références

Keating, D.P., et Hertzman, C., (éds.). (1999). *Developmental health and the wealth of nations: Social, biological, and educational dynamics*. New York, N.Y. : Guilford Press.

Martens, P.J. et Roos, N.P. (2005). When health services researchers and policy makers interact: Tales from the tectonic plates. *Healthcare Policy* 1(1) 72-84.

Muhajarine, N. et al. (2010) Saskatchewan *KidsFirst* Program Evaluations: Summary of Findings and Recommendations; Report of the Quantitative Study; Report of the Qualitative Study. Trouvé sur le site Web KidScan : <http://kidskan.ca/taxonomy/term/37>

Muhajarine, N., Glacken, J., Cammer, A., Green, K. et l'équipe d'évaluation de *KidsFirst*. (2007). *KidsFirst program evaluation: Phase 1. Evaluation Framework*. Trouvé sur le site Web kidSKAN : <http://kidskan.ca/node/174>

Donner aux communautés le pouvoir de soutenir la nutrition dans les écoles

Cas 8 - Programmes de nutrition dans les écoles de communautés isolées des Premières nations de la région de l'ouest de la baie James : impact, défis et possibilités

Rhona Hanning, R.D., Ph. D., professeure agrégée, Department of Health Studies and Gerontology and Propel Centre for Population Health Impact, Université de Waterloo, Waterloo, Ontario

Kelly Skinner, M. Sc., M.H.P., candidate au doctorat, Université de Waterloo, Waterloo, Ontario

Michelle Gates, R.D., M. Sc., candidate au doctorat, Université de Waterloo, Waterloo, Ontario

Allison Gates, R.D., M. Sc., candidate au doctorat, Université de Waterloo, Waterloo, Ontario

Len Tsuji, D.D.S., Ph. D., professeur, Department of Environment and Resource Studies, Université de Waterloo, Waterloo, Ontario

Auteure-ressource : Rhona Hanning, rhanning@uwaterloo.ca

Introduction

Les enfants autochtones du Canada qui vivent dans des communautés éloignées des Premières nations dans le Nord sont exposés à des risques élevés de régimes malsains, largement en raison de leur mauvaise situation socioéconomique et de leur accès réduit à des aliments sains. Le résultat peut être la malnutrition, qui contribue à la forte prévalence d'obésité et de maladies chroniques susceptibles d'affliger cette population.

Le projet a tenté d'obtenir de l'information spécifique aux communautés sur la consommation de nourriture des enfants et des adolescents pour remédier aux problèmes de santé de cette population. Les chercheurs ont commencé par travailler avec des Premières nations de l'ouest de la baie James pour adapter, valider et appliquer le questionnaire basé sur le Web au sujet des comportements alimentaires de l'École de l'Université de Waterloo. Les résultats ont révélé des taux alarmants d'obésité et de mauvais régimes. Pour cerner les possibilités de changement, les chercheurs ont choisi une approche de collaboration axée sur la communauté et reposant sur une base de confiance, d'équité et de respect entre les partenaires de la communauté et les universitaires (Skinner, 2006). Des programmes de nutrition dans les écoles étaient considérés comme une intervention faisable et souhaitable pour améliorer la santé de cette population vulnérable.

Les objectifs des chercheurs consistaient à élaborer et à mettre en œuvre trois programmes de nutrition distincts à l'échelle des écoles dans les Premières nations ontariennes de Fort Albany, Kashechewan et Attawapiskat, puis à évaluer leur impact sur la consommation de nourriture des élèves. Ils voulaient également décrire ce qui fonctionnait ou ce qui pourrait être amélioré, du point de vue des intervenants de la communauté. En définitive, le but de la recherche consistait à donner aux membres de la communauté les moyens nécessaires pour réduire le manque d'équité en matière de nutrition et de santé dans des communautés éloignées des Premières nations, en appuyant des approches soutenues à cette fin. Bien que cette démarche soit d'abord pertinente pour les communautés intéressées, en soulignant les obstacles perçus au niveau du programme et de la communauté, les

Ce projet a été réalisé en collaboration par des universitaires et des communautés des Premières nations afin de mettre en œuvre des interventions en nutrition basées dans des écoles et d'améliorer l'accès à des régimes sains de qualité. Il a fait ressortir les facteurs favorables à un changement durable dans des localités éloignées, incluant la conception et la mise en œuvre complètes de programmes, une infrastructure propice, comme des programmes et des politiques scolaires modifiés, des jardins serres, du financement et des champions et des bénévoles locaux.



chercheurs espèrent également inciter les principaux décideurs et les principaux responsables des politiques à prendre les mesures appropriées pour réduire les inégalités en matière de santé dans les communautés autochtones.

Description du projet et leçons apprises

Entre 2004 et 2010, l'équipe du projet a élaboré et mis en œuvre des programmes basés sur la théorie sociale cognitive afin d'améliorer les régimes des élèves. Elle leur a fourni des aliments santé à l'école et, dans certains programmes, par l'intermédiaire de la politique d'alimentation des écoles, des programmes d'enseignement et des services d'éducation des parents/de la communauté. Les partenaires universitaires ont contribué à la planification des programmes, fourni du financement de démarrage, formé les assistants dans la communauté à la mise en œuvre du programme, à la planification des menus, à l'achat de nourriture et à la rédaction des demandes de subventions, appuyé l'intervention au niveau du programme d'enseignement et coordonné les évaluations des programmes. Des membres des écoles, des unités de santé et de la communauté dans son ensemble ont participé au comité consultatif de projet de chaque communauté. Toutefois, les conseils de bande ont généralement gardé leurs distances (en se contentant d'écrire des lettres de soutien des demandes de financement, en se sensibilisant au projet et en recevant les rapports de rétroaction des écoles). Cette approche participative était favorisée par la présence constante des partenaires universitaires et des élèves dans les communautés.

Les interactions liées au projet des chercheurs avec les membres des comités consultatifs et avec leurs réseaux ainsi qu'avec les lieux de travail ont encore accru le soutien de la communauté. L'engagement à long terme et la présence des mêmes chercheurs (autrement dit la continuité) est d'une extrême importance lorsqu'on entreprend une recherche basée sur la communauté, particulièrement dans des communautés autochtones. Bien que les chercheurs aient pris soin d'intégrer des activités structurées d'échange de connaissances sur le projet dans leur démarche pour renforcer cette relation, leurs interactions informelles avec les membres de la communauté au cours de leurs activités quotidiennes d'achat, par exemple, étaient probablement plus importantes encore que leurs interactions structurées. L'appui de la communauté ne se gagne pas en un jour, et il doit être encouragé avec le temps.

L'équipe a évalué les changements de la consommation de nourriture et d'éléments nutritifs des élèves de la sixième à la dixième années à l'aide du Questionnaire basé sur le Web au sujet des comportements alimentaires pour écoles de l'Université de Waterloo, qui prévoyait une période de rappel de 24 heures adaptée de façon à inclure des aliments traditionnels locaux de même que des photos pour l'estimation des portions, des questions sur la fréquence et la connaissance des aliments ainsi que sur l'efficacité personnelle, de même que des questions d'intention adaptées du questionnaire Pro Children (De Bourdeaudhuij et autres, 2005). Les chercheurs ont évalué les processus et déterminé les impacts en se basant sur la documentation relative au cas, sur des entrevues et sur des groupes de réflexion organisés avec des élèves, des enseignants et des membres de la communauté, en analysant le tout thématiquement. L'étude a été approuvée par l'Office of Research Ethics de l'Université de Waterloo, et l'équipe de recherche avait opté pour le consentement passif des parents afin d'obtenir la participation des élèves, à la demande des comités consultatifs de projet de chaque communauté. Les lettres d'information envoyées aux parents n'ont essuyé aucun refus; les taux de réponse élevés étaient vraisemblablement attribuables à la charge familiale réduite d'un consentement passif plutôt qu'actif.

Les résultats ont révélé que le rendement des programmes allait d'excellent (conception exhaustive, fourniture quotidienne de nourriture, programme d'enseignement et politiques modifiés, jardin serre) rendu possible par un financement soutenu et un champion local à un mauvais rendement (fourniture aléatoire de goûters) imputable à un financement insuffisant, une infrastructure médiocre et un manque de soutien par des bénévoles. Dans les groupes de réflexion organisés après les programmes, les membres de la communauté se sont dits fiers de leurs programmes. Les enseignants ont signalé une meilleure conduite en classe les jours où l'on fournissait de la nourriture, en disant que les élèves étaient plus éveillés, plus motivés et plus attentifs. Les élèves aimaient la nourriture qu'on leur distribuait et les cours interactifs; ils avaient accru leur exposition à de nouveaux choix d'aliments et leurs

préférences pour ces nouveaux choix. Les sondages sur les régimes ont révélé que la consommation des groupes alimentaires sur lesquels on insistait dans les programmes et celle des éléments nutritifs de ces groupes d'aliments par les participants avait nettement augmenté à court terme. Toutefois, dans le suivi à long terme, ces améliorations sensibles ne s'étaient pas maintenues, en dépit des connaissances accrues des élèves (quand on avait intégré le programme d'enseignement au projet) et de leurs intentions de manger plus santé. En outre, la qualité globale des régimes restait majoritairement « à améliorer ». L'absence d'amélioration soutenue était en partie attribuable à l'intégrité réduite du programme à cause des ressources limitées.

Implications pour la recherche, les politiques et la pratique

La recherche a ajouté à la littérature selon laquelle la prévalence de l'excès de poids et de l'obésité est plus élevée – et la qualité du régime inférieure – chez les enfants et les adolescents autochtones que dans la population générale. Elle a démontré que les programmes de nutrition dans les écoles peuvent influencer favorablement sur le comportement alimentaire des enfants vulnérables vivant dans des communautés éloignées des Premières nations de l'Ontario, dans des conditions idéales, et ultimement promouvoir l'équité en santé. Il faut toutefois surmonter de nombreux obstacles pour ce faire.

Les programmes de nutrition dans les écoles des communautés éloignées isolées ont de grands besoins de ressources (financement, nourriture, personnel et infrastructure) pour être capables d'avoir un effet soutenu et de réduire les inégalités en matière de santé. Même si l'équipe de recherche avait fourni un financement de démarrage et de l'aide pour rédiger des demandes de subventions, les subventions de l'extérieur étaient insuffisantes pour couvrir les coûts locaux élevés de la nourriture. En outre, dans ces communautés éloignées, contrairement aux communautés urbaines, la capacité de levée de fonds est insuffisante, surtout parce qu'il y a bien peu d'entreprises locales avec lesquelles établir des partenariats. Qui plus est, le soutien financier fourni par les conseils de bande des Premières nations n'était pas conséquent, en raison de priorités concurrentes.

Les quantités limitées d'aliments santé disponibles dans les magasins de la communauté constituaient également un obstacle énorme. La seule école qui ait respecté régulièrement les lignes directrices stratégiques applicables à des aliments et à des boissons santé utilisait un avion pour se faire livrer de la nourriture de l'extérieur. Dans une localité éloignée, la logistique de l'obtention, de l'entreposage, de la préparation et de l'offre de quantités suffisantes de nourriture santé à jusqu'à 400 élèves peut poser d'incroyables défis.

La plupart des programmes de nutrition dans les écoles n'ont pas de fonds pour payer du personnel, de sorte que les coordonnateurs doivent être des bénévoles. Une seule des trois communautés avait un champion de la nutrition à l'école de longue date, et elle avait également un programme qui fonctionnait très bien et qui s'était établi au fil des années. Dans les deux autres communautés, il a été plus difficile de trouver un bénévole pour le programme de nutrition à l'école; quand on a trouvé une personne pour assumer ce rôle, elle n'était pas régulièrement disponible. Même si ces écoles étaient tout à fait disposées à appuyer le programme, elles étaient souvent aux prises avec leurs propres besoins de dotation et ne pouvaient pas satisfaire à ses exigences.

Ces écoles fonctionnaient avec des classes mobiles; leurs installations de préparation, de livraison et d'entreposage de nourriture et de boissons étaient réduites au strict minimum, voire dans certains cas inexistantes. Pourtant, même des programmes médiocres étaient perçus comme offrant des avantages aux nombreux enfants qui avaient faim en arrivant à l'école.

Les programmes et le matériel doivent être adaptés pour répondre aux besoins des populations auxquelles ils s'adressent. Dans la communauté où un volet éducatif a été présenté pour la première fois, il a fallu adapter le programme d'enseignement aux styles d'apprentissage des enfants, qui se prêtaient davantage à des leçons interactives comme la préparation de nourriture ou des essais de dégustation. En outre, les cours devaient tenir compte des ressources d'apprentissage limitées, d'une vaste gamme de niveaux d'alphabétisation des élèves, d'élèves

ayant des besoins particuliers et d'une fréquentation de l'école variable liée à l'absentéisme et à des défis au niveau de la communauté (par exemple des inondations et la grippe H1N1). Bien que les constatations propres à une communauté puissent influencer sur de nouveaux projets et de nouveaux programmes, la nature individuelle de chaque communauté des Premières nations, même celles qui sont très voisines, signifie qu'il faut établir des relations distinctes avec chaque communauté, et que les interventions et les méthodes doivent être adaptées à chaque communauté.

La recherche et l'application des connaissances sont facilitées par la participation active des partenaires dans la recherche et des membres de la communauté. Dans ce cas, la recherche a bénéficié des relations étroites établies de longue date entre l'équipe de recherche et les communautés des Premières nations. Néanmoins, cet aspect de la recherche a lui aussi posé des problèmes, en raison du coût élevé des transports jusqu'aux communautés éloignées et des frais occasionnés par les longues visites. L'équipe de recherche a utilisé de nombreuses stratégies d'application des connaissances, des rapports sur papier et électroniques envoyés aux conseils de bande des Premières nations, aux unités de santé et aux écoles, des bulletins communautaires, des reportages à la radio et des articles de journaux. Les stratégies de diffusion qui ont obtenu la meilleure pénétration et la plus grande visibilité ont été des rencontres en personne et des banquets communautaires santé. À l'un de ces banquets, préparé par l'équipe de recherche et par des élèves locaux, plus de 12 p. 100 de la communauté est venue participer volontiers à de courts sondages organisés pour déterminer ce que les parents pensaient du programme de nutrition dans les écoles (ainsi qu'à un tirage d'aliments santé qui n'étaient pas toujours accessibles localement).

L'expérience a appris aux chercheurs que la clé du succès d'interventions en nutrition dans les écoles des Premières nations est un financement soutenu et suffisant, un soutien conséquent par des bénévoles ou par un personnel rémunéré (de préférence un champion local du programme), des installations adéquates pour préparer, conserver et distribuer la nourriture et un accès régulier à de la nourriture santé. Malgré tous ces défis et ces obstacles, les élèves, les enseignants et les parents ont apprécié les programmes de nutrition dans les écoles. Ces programmes ont un grand potentiel d'amélioration du régime et de la santé des enfants des Premières nations. Ils continuent de chercher des approches en vue d'évaluer et d'améliorer cette situation d'insécurité alimentaire. La démarche comprend également une intervention basée dans les écoles, de même que le soutien d'un accès durable à des aliments santé et traditionnels. Les auteurs espèrent que ces constatations de la recherche contribueront à répondre aux besoins locaux et à encourager la prise de mesures systémiques pour remédier aux inégalités.

Remerciements

L'équipe reconnaît avec gratitude la contribution des élèves des Premières nations de Fort Albany, Kashechewan et Attawapiskat ainsi que le soutien de George Comben, Bob Salvisburg, Joan Metatawabin, Ruby Edwards Wheesk et Stella Wesley. Le financement a été assuré par les Instituts de recherche en santé du Canada, Rx & D, l'Institut Danone du Canada, la Fondation canadienne de la recherche en diététique et la Fondation des maladies du cœur de l'Ontario.

Références

Skinner, K., Hanning, R.M. & Tsuji, L.J.S. (2006). Barriers and supports for healthy eating and physical activity for First Nation youths in northern Canada. *International Journal of Circumpolar Health* 65(2) 148-61.

Hanning, R.M., Royall, D., Toews, J., Blashill, L., Wegener, J. & Driezen, P. (2009). Web-based food behaviour questionnaire: Validation with grades six to eight students. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research* 70(4) 172-8.

De Bourdeaudhuij, I., Klepp, K.-I., Due, P., Perez Rodrigo, C., de Almeida, M.D.V. Wind, M et al. (2005). Reliability and validity of a questionnaire to measure personal, social and environmental correlates of fruit and vegetable intake in 10-11-year-old children in five European countries. *Public Health Nutrition* 8(2) 189-200.

Commentaire sur le Recueil de cas de recherche interventionnelle en santé des populations

Préparation au commentaire d'experts

Penny Hawe, directrice fondatrice du Centre de recherche interventionnelle en santé des populations de l'Université de Calgary, et Ted Bruce, directeur exécutif, Santé des populations, Vancouver Coastal Health, ont été invités à se prononcer sur la situation actuelle de la recherche interventionnelle en santé des populations au Canada, du point de vue respectivement d'une chercheuse et d'un décideur en santé des populations. Compte tenu des approches variées dans ce domaine de recherche en émergence, ce Recueil de cas se termine avec leurs réflexions, pour démontrer comment les voix des chercheurs et des décideurs peuvent s'unir pour se prononcer sur le potentiel de croissance de la recherche interventionnelle en santé des populations et sur l'infrastructure nécessaire à son développement et à son soutien.

À votre avis, en quoi la recherche interventionnelle en santé des populations diffère-t-elle des autres approches de recherche sur la santé?

Ted Bruce (Ted) : Contrairement aux approches traditionnelles de promotion de la santé ou d'éducation sur la santé, qui ciblent souvent les facteurs de risque individuels, la recherche interventionnelle en santé des populations regarde plus en amont, vers les politiques et les obstacles qui limitent la capacité de l'ensemble de populations de faire des changements. La recherche interventionnelle en santé des populations ne consiste pas seulement à évaluer un programme spécifique à l'intention d'individus; elle envisage également le cadre stratégique global dans lequel une intervention est élaborée. C'est de tout le contexte qu'il s'agit.

Penny Hawe (Penny) : Oui, je suis d'accord, quoique les gens de la promotion de la santé diraient qu'ils sont dans l'arène politique depuis 1986, depuis la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, et qu'ils s'occupent de questions structurales. Toutefois, pour se rendre vraiment compte de la valeur de la recherche dans des secteurs comme la politique fiscale ou l'environnement, nous devons l'encourager davantage. C'est ce que la recherche interventionnelle en santé des populations tente de faire. Elle tente d'agrandir la tente et de privilégier un type de recherche sur les solutions structurales de la mauvaise santé qui n'a pas eu beaucoup de publicité.

De quelle façon les projets présentés dans le Recueil de cas nous font-ils mieux comprendre la recherche interventionnelle en santé des populations?

Ted : Cette gamme de cas nous montre que la recherche interventionnelle en santé des populations se développe et qu'elle est en train de passer à un niveau plus excitant et plus efficace.

La recherche devient plus complexe, et nous comprenons mieux comment nous en servir; nous commençons à documenter et à évaluer des modèles de pratiques exemplaires qui tiennent compte des politiques et des déterminants sociaux. On peut encore améliorer l'articulation de l'optique stratégique de l'intervention et la façon des interventions d'influer sur les déterminants fondamentaux de la santé.

L'optique de la recherche devient plus exhaustive, en passant d'un examen d'éléments de programme spécifiques à une démarche englobant les éléments complexes dans lesquels le programme se situe. Par exemple, un programme pourrait être conçu pour aider quelqu'un à entrer sur le marché du travail, mais la recherche interventionnelle en

santé des populations se concentrerait sur les raisons pour lesquelles des membres d'un groupe de population donné ne pourraient tout simplement pas entrer sur le marché du travail, en essayant de remédier à ce problème là.

C'est ce passage à des interventions en amont qui est excitant.

Penny : Je vais paraître un peu plus négative! Les cas nous font mieux comprendre ce que faire de la recherche interventionnelle en santé des populations signifie, mais ils ne reflètent qu'une partie de la définition de la recherche interventionnelle en santé des populations, et c'est à cause de la façon de présenter les études de cas. Vous avez sollicité des demandes de recherche sur l'obésité et sur la santé mentale; vous avez défini les secteurs autres que celui de la santé en termes d'exemples d'écoles ou de syndicats qui collaboreraient avec des gens du secteur de la santé en vue d'améliorer délibérément la santé. Bon, ne vous méprenez pas, j'adore ça, et c'est ce que je fais dans mon propre travail, mais vous n'avez pas obtenu de descriptions de l'impact des politiques d'emploi sur la santé. Vous n'avez pas eu de chercheurs qui étudiaient les réseaux internationaux de commerce et de santé, par exemple. Je ne fais que parler de votre biais de sélection.

Cela dit, il y a des leçons à tirer de ce Recueil de cas.

Les chercheurs étaient freinés faute d'avoir suffisamment de données sur les gens et sur l'infrastructure avec lesquels ils travaillaient. C'est en partie attribuable au fait que nos systèmes habituels de collecte de données sont fondamentalement conçus pour soutenir l'administration des soins de santé. La recherche interventionnelle en santé des populations a besoin de structures de données entièrement nouvelles.

La valeur des partenariats et de la recherche pertinente est importante elle aussi. Les universitaires ont écouté les responsables de l'élaboration des politiques; ils ont posé des questions pertinentes pour ce que ces responsables voulaient savoir; ils ont fait participer leurs partenaires à l'analyse et à l'interprétation, voire à la conception de l'étude. Pour que la recherche interventionnelle en santé des populations ait du succès, il faudra qu'elle soit basée sur ces questions d'interface au niveau des politiques.

Dans une grande partie des cas, il n'a pas été possible de provoquer des changements à long terme parce que le système ne semblait pas prêt à investir pour obtenir ces résultats en matière de santé sur une base régulière, même après que les enquêteurs eurent montré comment ça pourrait être fait. C'est cette idée bizarre que nous semblons tous avoir encore en tête en ce qui concerne la prévention. Comme société, nous allouons régulièrement des ressources aux services de traitement, mais nous nous attendons à ce que les interventions préventives novatrices soient soutenues par des bénévoles de la communauté. Je veux faire partie d'une société qui commence à répartir nos ressources différemment.

De quelles compétences et de quelles aptitudes les équipes de recherche interventionnelle en santé des populations ont-elles besoin (y compris les chercheurs et les décideurs)?

Penny : L'identification des compétences et le perfectionnement des équipes de recherche interventionnelle en santé des populations est financé grâce à certaines subventions récentes de recherche sur la santé de l'Initiative de formation stratégique.¹ Nous devons développer des chercheurs équilibrés ayant un vaste ensemble d'aptitudes en recherche, en communication et en analyse de politiques, même s'il est possible de faire de la bonne recherche interventionnelle en santé des populations avec des ensembles de données secondaires, ce qui signifie qu'on n'a pas besoin d'approcher qui que ce soit personnellement!

¹ Veuillez visiter <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/22174.html> pour plus d'information sur l'Initiative de formation stratégique des Instituts de recherche en santé du Canada.

Ted : La recherche interventionnelle en santé des populations n'est pas une discipline limitée; il y aura des gens oeuvrant dans les domaines de l'urbanisme et de l'écologie, par exemple, qui vont faire de la recherche interventionnelle en santé des populations. Les chercheurs interventionnels en santé des populations doivent donc être interdisciplinaires, ou du moins capables de travailler dans un environnement où les disciplines se recoupent. Il faut donc avoir une compétence certaine et du courage. D'autres qualités cruciales sont de bonnes aptitudes d'engagement communautaire et un certain niveau de connaissance du développement communautaire, ce qui inclut l'obligation d'être un excellent communicateur à différents niveaux, que ce soit pour travailler dans la communauté ou avec différents ordres de gouvernement. Il est important aussi de savoir travailler en équipe. Ce n'est pas tout le monde qui a toute la gamme des connaissances et des compétences requises pour faire avancer certains de ces programmes.

Compte tenu de l'environnement varié, et parfois politique, le leadership est essentiel, ce qui exige des connaissances spécialisées et la compréhension des approches de défense de positions données. Il faut également comprendre les processus décisionnels dans des environnements complexes et comprendre aussi les modèles de changement.

Penny : L'autre aptitude que j'ajouterais est celle d'un journaliste. Imaginez à quel point ce serait excitant si les journalistes écrivaient sur la santé des populations, en tant que science, avec toute l'excitation qui les anime quand ils écrivent sur les gènes ou sur les astéroïdes. Je sais que le journalisme n'est pas une compétence de recherche interventionnelle en santé des populations, mais sans lui, la recherche interventionnelle en santé des populations ne sera pas florissante.

Quelle est l'importance de la recherche interventionnelle en santé des populations pour la promotion de l'équité en santé et pour faire changer les choses?

Ted : Pour moi, fondamentalement, la recherche interventionnelle en santé des populations consiste à envisager la question de l'équité—et la recherche interventionnelle en santé des populations doit envisager la répartition inéquitable du pouvoir et des ressources. Même si les programmes de promotion de la santé peuvent cibler les populations vulnérables dont la situation en matière de santé n'est pas équitable, ils n'envisagent peut être pas le changement fondamental des relations ou de la politique de pouvoir qui va faire vraiment changer la situation en matière de santé.

Penny : Je suis d'accord. Ce qui m'inquiète aussi, c'est jusqu'à quel point de raffinement biologique certains sont prêts à aller afin d'expliquer pourquoi certains sont en santé tandis que d'autres sont malades. Avons nous vraiment besoin de scintigraphies du cerveau d'enfants montrant comme il est horrible de se faire rudoyer ou de vivre dans des circonstances difficiles? Une action concertée s'impose ne serait ce que dans le domaine des données sur les sciences sociales et sur les sciences de la santé des populations. La plausibilité biologique, c'est remarquable, mais pas si ça retarde les mesures à prendre.

Quels sont les principaux facteurs de réussite et les principaux défis à relever pour progresser avec un programme de recherche interventionnelle en santé des populations?

Ted : Nous devons expliquer clairement ce que nous entendons par la recherche interventionnelle en santé des populations. Il faut que les chercheurs précisent l'objectif stratégique dès le début et qu'ils soient explicites quant au cadre stratégique global qui influe sur la santé de la population. En outre, nous avons besoin de plus de recherche longitudinale. Le financement tend à être temporel ou à court terme, et pourtant, le travail que nous faisons doit être longitudinal si nous voulons avoir un impact. Nous avons bien certaines initiatives de

financement consacrées à des recherches tournant autour de la recherche interventionnelle en santé des populations, et nous ne pouvons pas nous permettre de perdre ce financement. La recherche devrait être intégrée dans la communauté, parce que c'est la communauté qui doit appuyer et soutenir l'intervention, en définitive. Le domaine doit se concentrer sur les améliorations de nos environnements social et culturel afin d'améliorer la santé des populations, de comprendre le contexte des interventions—quels sont les obstacles, ou qu'est ce qui les a fait réussir—et pour comprendre aussi les éléments nécessaires au changement des politiques avec le temps.

Penny : Je ne crois pas que nous devrions lier le financement aux objectifs traditionnels et aux facteurs de risque que nous avons toujours eus. Je pense que nous devons laisser le domaine innover un peu plus, en ayant des concours pour le financement et des possibilités où l'approche est laissée ouverte.

Nommez certains des principaux besoins, certaines des principales préoccupations ou certains des principaux problèmes de demain au Canada et dites comment la recherche interventionnelle en santé des populations peut contribuer à y répondre ou à les résoudre.

Ted : Si nous ne réglons pas les problèmes d'inégalités de revenu et de pouvoir dans notre société, nous allons en souffrir, peu importe comment nous les mesurerons, comme société et comme individus. À mon avis, ce doit être une des plus grandes priorités pour nous, en santé des populations. Je pense que le secteur de la santé est particulièrement bien placé pour pouvoir en parler en termes ni menaçants, ni idéologiques. Nous devons être à la table pour aider les gens à comprendre ce qui fait des sociétés et des gens en santé.

Parallèlement, nous devons nous concentrer sur les facteurs de protection en place dans les communautés. Nous devons chercher à comprendre pourquoi certaines communautés s'en tirent mieux que d'autres, même dans des circonstances vraiment difficiles, et explorer certains de ces facteurs de protection et des politiques telles que des systèmes de soutien social puissants.

Penny : Oui, et il faut que nous apprenions comment reformuler les déterminants sociaux de la santé pour éviter qu'ils soient rejetés parce qu'idéologiques. C'était un obstacle. Nous devons aussi commencer à incorporer plus d'études coût avantage dans les études de recherche. Il faut que nous montrions exactement comment bâtir des sociétés équitables et un système de prévention soutenu va produire de meilleurs résultats.

J'aimerais aussi que nous repensions la priorité que nous accordons à la durabilité future comme critère de recherche des nouvelles interventions qui pourraient en vouloir la peine. En science fondamentale et en soins de santé, nous ne semblons jamais dire : « Je regrette. Vous ne pouvez pas faire cette innovation parce que nous n'aurons peut être pas les moyens d'en appliquer les résultats. » Pourtant, en santé publique, nous nous tirons souvent dans le pied dès le début en disant aux chercheurs : « Vous êtes autorisés à générer seulement un type de connaissances », des connaissances actuellement basées sur un système sous évalué manquant de ressources, où seuls des remèdes minimaux sont considérés comme faisables. Je pense que nous devons voir plus grand, en donnant à la société de quoi bâtir un meilleur système.