

PLANIFIER

pour mieux

AGIR

3^e édition



Lise Renaud

Préface de
Lawrence W. Green et
Marshall W. Kreuter



RÉFIPS
RÉSEAU FRANCOPHONE INTERNATIONAL
POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Une publication de la collection PARTAGE

Réseau francophone international pour la promotion de la santé (RÉFIPS)

AUTEURE

Lise Renaud, fondatrice de ComSanté – Centre de recherche sur la communication et la santé et professeure émérite au Département de communication sociale et publique de l'Université du Québec à Montréal.

AVEC LA COLLABORATION DE

Ginette Lafontaine, coordonnatrice du RÉFIPS, Section des Amériques, qui a fait un travail colossal pour permettre la présente édition : réécriture de l'ensemble du texte qui n'était plus disponible, révision des différentes versions, intégration des commentaires des réviseuses et coordination de l'édition. Sans son soutien, cette nouvelle édition n'aurait pas vu le jour.

REMERCIEMENTS

Nous remercions très chaleureusement toutes les personnes qui ont soutenu cette nouvelle édition par leurs encouragements et leurs commentaires ainsi que le ministère de la Santé et des Services sociaux pour son soutien financier.

RÉVISION LINGUISTIQUE

Marie-Ève Lefebvre

CONCEPTION GRAPHIQUE ET RÉALISATION

Nicole Tétreault

Dans ce document, le masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Pour obtenir une copie de ce guide, veuillez contacter le bureau du RÉFIPS, Section des Amériques, en écrivant à : coordination.refips@gmail.com.

Ce document est également disponible en format électronique à l'adresse : www.refips.org.

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source, qui devrait être indiquée comme suit : RENAUD, LISE (2019). *Planifier pour mieux agir*, 3^e édition. RÉFIPS, Collection Partage, Montréal.

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

ISBN (imprimé) : 978-2-9812578-8-8

ISBN (PDF) : 978-2-9812578-9-5

Janvier 2020



En 1998, nous faisons la préface de la première édition du document *Planifier pour mieux agir* qui résumait, en une soixantaine de pages et en français, notre modèle de planification *PRECEDE-PROCEED* (*Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/ Environmental Diagnosis and Evaluation — Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development*). Nous sommes reconnaissants au RÉFIPS d'avoir pu ainsi diffuser ce modèle dans la francophonie, et plus particulièrement en Afrique et au Québec, où ce livre a été fort utile et largement diffusé.

À travers le monde, ce modèle a fait l'objet de milliers d'articles publiés dans des revues scientifiques, démontrant sa pertinence dans le déploiement des interventions populationnelles et écologiques, voire des programmes de promotion de la santé.

Après 20 ans, le RÉFIPS offre cette nouvelle édition de *Planifier pour mieux agir* afin de faire écho à la 4^e édition de *Health Program Planning*, où notre modèle revisité réitère avec force l'importance de décrire les facteurs liés aux problèmes de santé, tant dans leur dimension comportementale que dans celles liées aux environnements sociaux, économiques et physiques. Il offre aussi une démarche pour travailler avec des acteurs issus de différents secteurs d'activité qui débordent largement du champ des services de santé. Enfin, il décrit les diverses phases d'évaluation permettant de réajuster le programme aux besoins des communautés et d'en cerner les impacts à court, moyen et long termes.

En proposant une approche écologique mettant largement de l'avant l'importance de l'interaction entre la personne et son environnement, notre modèle de planification permet de développer des interventions ayant un fort potentiel d'impact sur la santé des populations.

C'est avec une profonde gratitude envers le RÉFIPS, notamment Mme Lise Renaud, que nous signons cette préface.

Lawrence W. Green, DrPH, D.Sc. (Hon) et
Marshall W. Kreuter, Ph. D., MPH (Hon)

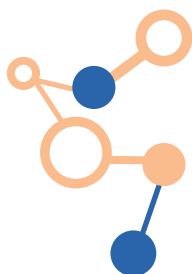


Table des matières

Avant-propos	1
Introduction	3
Le bilan social	7
Définition.....	7
Objectifs.....	7
Comment réaliser le bilan social?.....	9
En résumé.....	10
Le bilan épidémiologique : bilans sanitaire, génétique/biologique, comportemental et environnemental	11
Définition.....	11
Bilan sanitaire	12
Bilans génétique/biologique, comportemental et environnemental	16
Bilan génétique/biologique.....	19
Bilan comportemental	19
Bilan environnemental.....	23
En résumé.....	25
Les bilans éducationnel et écologique	27
Définition.....	27
Objectifs.....	27
Facteurs prédisposants	30
Facteurs facilitants	32
Facteurs de renforcement	34
Sélection et établissement des priorités.....	35
Formulation des objectifs éducationnels et écologiques	38
En résumé.....	39
L'alignement des interventions et les bilans administratif et politique	41
Définition.....	41
Objectifs.....	41
Alignement des interventions	42
Bilan administratif	43
Bilan politique.....	47
En résumé.....	50

La mise en œuvre et le maintien du programme	51
Mise en œuvre.....	51
Maintien du programme	52
L'évaluation.....	53
Définition.....	54
Objectifs.....	54
Types d'évaluation des programmes de promotion de la santé.....	55
Degré de précision et de contrôle nécessaire	57
Processus comme axe d'évaluation.....	57
Résultats ou effets comme axe d'évaluation	58
Ressources nécessaires pour effectuer l'évaluation.....	59
En résumé.....	60
Le résumé	61
Bilan social	61
Bilan épidémiologique	61
Bilans éducationnel et écologique	61
Alignement des interventions	62
Bilans administratif et politique.....	62
Mise en œuvre et maintien.....	62
Évaluation : processus, résultats et effets.....	63
Références bibliographiques.....	65

Liste de figures et tableaux

Figure 1	Modèle de planification <i>PRECEDE/PROCEED</i>(Encart)
Figure 2	Réciprocité des liens entre la santé et la qualité de vie.....8
Figure 3	Éléments contenus dans les catégories de facteurs..... 29
Figure 4	Types d'évaluation des programmes de promotion de la santé..... 55
Tableau 1	Priorité du comportement selon son importance et son potentiel de changement..... 22
Tableau 2	Séquence d'adoption du comportement
Tableau 3	Diagramme de Gantt : exemple de représentation du temps requis pour la mise en place d'un programme dès la rentrée scolaire
	44



L'objectif de cette publication est de rendre accessible aux promoteurs de la santé du monde francophone un ouvrage les aidant à développer un programme efficace de promotion de la santé. De façon générale, les modèles de planification doivent être utilisés comme des guides, des outils qui permettent de comprendre le contexte dans lequel se déroulera le programme, de cerner adéquatement un problème de santé d'une population ciblée, d'en comprendre les causes, d'identifier les priorités d'action ainsi que les éléments susceptibles de rendre un programme pertinent et adapté aux besoins de la communauté, bref, de ne rien oublier dans la démarche de planification.

Il existe plusieurs ouvrages dont le but est également de faciliter la conception de programmes de promotion de la santé. Alors, pourquoi une autre publication ? Parmi les modèles de planification offerts dans le monde, le *Health Promotion Planning : An Educational and Ecological Approach*, communément appelé *PRECEDE/PROCEED*, semble répondre aux besoins. De très nombreux articles scientifiques relatent son utilisation auprès de plusieurs populations cibles issues de divers milieux et dans différents pays. Toutefois, la barrière de la langue a freiné sa diffusion dans la francophonie. De là est née, en 1998, l'idée de résumer les notions associées à ce modèle dans le but de faciliter le transfert de connaissances et, ainsi, aider à la formation des promoteurs de la santé francophones. La première édition de *Planifier pour mieux agir* a alors été diffusée. Vingt ans plus tard, de nombreux enseignants et intervenants l'utilisent encore au Canada et ailleurs dans la francophonie. Il est donc apparu nécessaire et utile de mettre à jour ce guide étant donné que les auteurs du modèle ont publié une nouvelle édition en 2005. Une cinquième édition devrait être diffusée en 2019, mais selon les auteurs, le modèle reste inchangé : seuls les exemples varient.

Avec les années, le *PRECEDE/PROCEED* reste d'actualité. Ses principales caractéristiques en font à la fois une :

- › Approche **socioécologique**, avec une insistance particulière sur l'impact des environnements physique, social et politique sur la santé des populations ;
- › Approche **populationnelle** plutôt que clinique et individuelle, avec des pistes d'analyse considérant les différents groupes de population dans leur environnement et leurs milieux de vie ;
- › Approche **participative** impliquant les citoyens dans l'identification, l'évaluation et la priorisation des besoins sociosanitaires de leur communauté ainsi que dans la recherche de solutions adaptées à leur contexte ;

- › Approche **centrée sur la qualité de vie** plutôt que sur le changement de comportement ;
- › Approche **ancrée dans l'expérience terrain** à travers l'évaluation, exigeant de revoir et de remanier le programme pour répondre aux besoins de la population ciblée.

Dans la 4^e édition de *Health Program Planning*, le modèle est très semblable à celui des éditions antérieures qui avaient, dès la 2^e édition, mis l'accent non seulement sur les comportements individuels, mais également sur les conditions socio-environnementales. Le présent modèle est légèrement transformé. La dimension génétique et biologique a été ajoutée à l'analyse épidémiologique des facteurs contributifs à la santé de la population et le nombre d'étapes a été réduit à huit (plutôt que neuf). *PRECEDE* compte donc maintenant quatre étapes de bilan et de planification durant lesquelles les intervenants déterminent le problème, examinent les facteurs qui l'influencent, planifient et conçoivent le programme, tandis que *PROCEED* compte quatre étapes allant de l'implantation aux divers moments d'évaluation. Le modèle revisité consolide davantage la vision imbriquée de l'individu dans son environnement ainsi que la compréhension des facteurs résidant dans leur interdépendance et, de ce fait, nécessitant une méthode dialectique de discussion, de raisonnement, de questionnement et d'interprétation.



L'intérêt du modèle de planification *PRECEDE/PROCEED* développé par Lawrence W. Green et Marshall W. Kreuter réside dans la démarche rigoureuse qu'il propose pour planifier des programmes cohérents et pertinents en promotion de la santé, bien ancrés dans les milieux de vie dans lesquels ils seront implantés. Il est constitué de plusieurs étapes distinctes qui sont interreliées.

Ce modèle part du principe que la santé et la qualité de vie sont intimement liées ainsi que du postulat que la santé est déterminée par des conditions multiples qui interagissent les unes avec les autres. Cette vision complexe appelle des programmes de nature multidimensionnelle. C'est pourquoi un programme développé à l'aide de ce modèle de planification visera de façon simultanée les modes de vie des individus (habitudes de vie, loisirs, relations affectives), leurs milieux de vie (famille, réseau social) de même que leur environnement global (structure socioéconomique, valeurs sociales et culturelles, politiques publiques), qui façonnent le bien-être des personnes et des collectivités. Ce modèle s'inscrit donc dans une approche écologique de la santé et du bien-être. De plus, il utilise plusieurs stratégies en opposition, par exemple, à un programme uniquement basé sur l'éducation et qui ne chercherait pas l'adoption d'une politique visant des changements sociaux. Celui-ci risquerait d'avoir un très faible impact sur la santé de la population, et ce, surtout à long terme.

L'acronyme *PRECEDE* signifie **P**redisposing, **R**einforcing and **E**nabling **C**onstructs in **E**ducational/**E**nvironmental **D**iagnosis and **E**valuation. Il s'agit de réaliser un bilan éducationnel et environnemental ainsi qu'une évaluation des facteurs prédisposants, facilitants et de renforcement liés aux comportements ou éléments de l'environnement influençant un problème de santé ou de qualité de vie (figure 1). De son côté, *PROCEED* correspond à **P**olicy, **R**egulatory and **O**rganizational **C**onstructs in **E**ducational and **E**nvironmental **D**evelopment, qui se traduit par les politiques, les réglementations et les structures organisationnelles en matière de développement éducationnel et environnemental pour planifier l'action portant sur chacune des dimensions documentées lors des étapes *PRECEDE* (figure 1).

L'évaluation fait partie intégrante des deux phases, qui fonctionnent en tandem. Les priorités identifiées dans la phase *PRECEDE* conduisent à la formulation des objectifs du programme, puis de ses composantes dans la phase de mise en œuvre de *PROCEED*, pour ensuite devenir les objets d'intérêt de l'évaluation du programme.

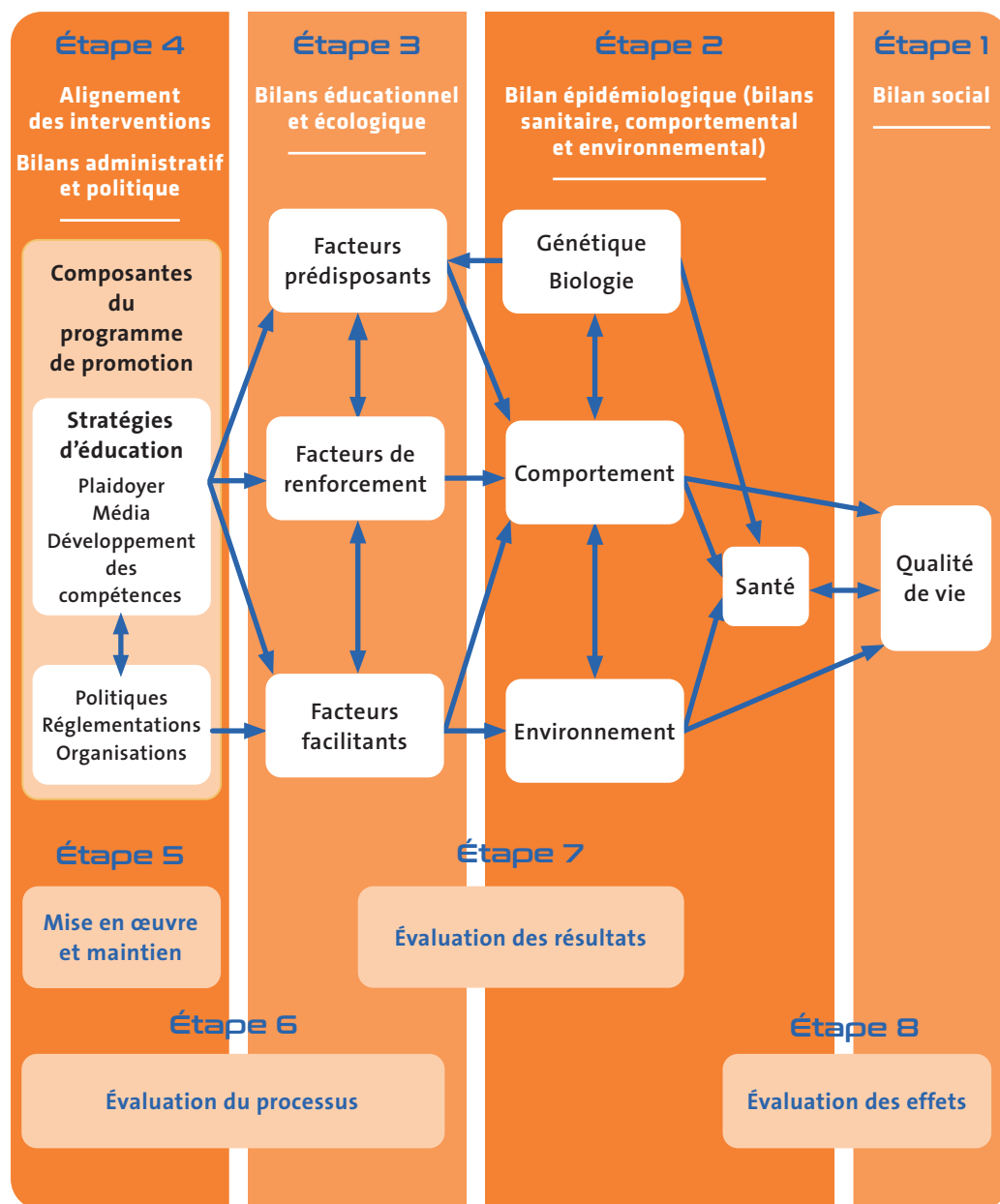
Ces différents concepts peuvent à priori sembler hermétiques, mais la lecture de ce document devrait permettre de bien les cerner. Ces concepts y sont tous résumés et peuvent être davantage approfondis en consultant l'ouvrage *Health Program Planning : An Educational and Ecological Approach* écrit par L. W. Green et M. W. Kreuter et édité par McGraw Hill en 2005, 4^e édition.

Modèle de planification

PRECEDE
PROCEED

De Lawrence W. Green et Marshall W. Kreuter
Adapté par Lise Renaud et Ginette Lafontaine

Figure 1 | Modèle de planification PRECEDE/PROCEED



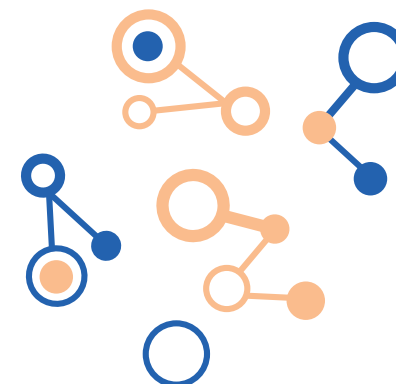
Ce modèle de planification propose de procéder en deux temps.

PRECEDE, composé de quatre étapes principales :

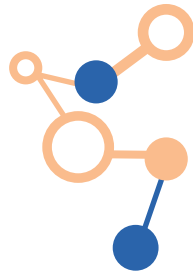
- 1 **Le bilan social** prenant en compte la qualité de vie de la population ;
- 2 **Le bilan épidémiologique** permettant d'identifier les problèmes prioritaires de santé ainsi que les facteurs génétiques/biologiques, comportementaux et environnementaux qui les sous-tendent ;
- 3 **Les bilans éducationnel et écologique** servant à déterminer les facteurs prédisposants, de renforcement et facilitateurs qui doivent être modifiés pour instaurer un processus de changement ;
- 4 **L'alignement des interventions et les bilans administratif et politique** conduisant à l'analyse des conditions clés pour le développement et la mise en œuvre du programme.

PROCEED, aussi composé de quatre étapes principales :

- 5 **La mise en œuvre et le maintien du programme** définissant les composantes du programme et analysant les éléments administratifs et politiques ;
- 6 **L'évaluation de processus** portant sur les conditions de mise en œuvre du programme et l'atteinte des populations cibles ;
- 7 **L'évaluation des résultats** portant sur les effets immédiats du programme, tels les objectifs comportementaux et environnementaux liés aux différents facteurs qui les sous-tendent ;
- 8 **L'évaluation des effets** du programme sur la santé et la qualité de vie de la population ciblée.



« Bilan » est la traduction du terme « assessment » utilisé par les auteurs.



Le bilan social

Étape 1

Bilan social

Qualité de vie

Définition

Le bilan social est le processus qui permet de déterminer la perception que les gens ont de leurs conditions sociales et de leur qualité de vie ainsi que leurs aspirations quant au bien-être de la collectivité. Cette identification, qui vise à mieux connaître la population à qui l'on s'adresse, repose sur une forte participation de la communauté. Elle s'effectue à partir d'activités multiples favorisant une collecte d'informations et d'indicateurs portant sur la qualité de vie de cette population. Cette façon de faire favorise un succès à long terme au programme de promotion de la santé. En effet, tout programme qui ne prend pas en compte les intérêts et les préoccupations de la communauté est voué, à plus ou moins long terme, à l'échec.

Objectifs

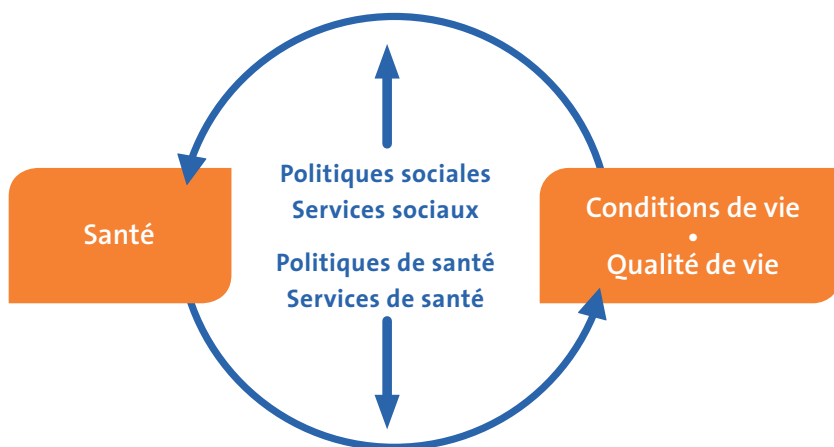
Le bilan social vise à :

- › Identifier et interpréter les conditions sociales, le contexte de vie et les perceptions partagées au sein de la communauté et des organisations ;
- › Faire le lien entre ces conditions et perceptions et les différentes stratégies qui devront nécessairement figurer dans le programme de santé pour tenir compte de la diversité des valeurs et des besoins.

Santé et qualité de vie : une interdépendance

Le bilan social repose sur la notion d'interdépendance entre la qualité de vie et la santé. En d'autres termes, on considère que les conditions de vie et la qualité de vie ont une influence profonde sur les problèmes de santé, et vice versa (figure 2). Selon cette perspective, les politiques de santé et les programmes qui visent l'amélioration ou le maintien d'une bonne santé doivent chercher à modifier les conditions sociales et la qualité de vie. Les conditions de vie interfèrent sur la qualité de vie et sur la capacité à faire face aux problèmes de santé. Le secteur de la santé ne peut donc pas agir seul, mais en coopération avec tous les secteurs qui peuvent influencer les politiques sociales et les services sociaux.

Figure 2 | Réciprocité des liens entre la santé et la qualité de vie



Mesure de la qualité de vie

Les conditions sociales dans lesquelles vit la communauté représentent un bon baromètre de sa qualité de vie, qui peut être évaluée à l'aide de deux types de mesures :

- › La **mesure objective**, qui utilise des indicateurs sociaux comme le taux de chômage, le niveau de scolarité et l'équité de genre, des données environnementales comme la densité résidentielle ou la qualité de l'air, ou encore des données recueillies à l'aide de questionnaires ou d'autres modes de collecte d'informations permettant de mesurer la qualité de vie ;
- › La **mesure subjective**, qui tient compte des informations provenant des membres de la communauté et de l'évaluation qu'ils font de leur qualité de vie. Il s'agit ici d'étudier la satisfaction des membres de la communauté quant à leur qualité de vie et leur bien-être ainsi que leurs aspirations.

L'évaluation subjective est essentielle puisqu'elle met en lumière ce qui est important aux yeux des membres de la communauté tout en indiquant la place que la santé occupe dans leur vie. Étant donné que la santé n'est pas une fin en soi, mais bien un moyen de s'adapter aux circonstances sociales ou environnementales, il est essentiel de considérer les données extérieures à la santé et de mesurer leur impact sur la qualité de vie.

Ultimement, le bilan social tend à établir un consensus sur les priorités de ceux qui ont à mettre en œuvre ou à coopérer à la réalisation du programme ainsi que de ceux qui en bénéficieront.

Comment réaliser le bilan social ?

Le bilan social se base, d'une part, sur des données statistiques qui peuvent être consultées dans des rapports d'enquête, dans les données de recensement, etc. et, d'autre part, sur la participation des membres de la communauté. Pour ce faire, plusieurs étapes sont recommandées :

- › Recueillir de l'information sur différents aspects de la communauté et sur les déterminants sociaux : démographie, histoire, culture, etc. L'ensemble des données recueillies et compilées servira de base aux discussions et aux entrevues avec ses membres ;
- › Identifier comment accéder à la communauté. Les décideurs politiques de la communauté peuvent constituer un point d'entrée facile. Néanmoins, lors de cette démarche, le secteur de la santé ne doit pas être privilégié au détriment des autres secteurs (économique, culturel, social, scolaire, etc.) ;
- › Identifier les leaders et les représentants de la communauté. Le choix de ces personnes se fait en fonction de leur position sociale ou de leur réputation au sein de la communauté ;
- › Identifier les partenaires locaux constitués des citoyens, des groupes communautaires, des organismes non gouvernementaux et des groupes industriels. Jouant un rôle majeur dans l'étude de leur communauté, ces derniers ont besoin d'être soutenus dans leurs recherches et dans la diffusion des résultats ;
- › Organiser des réunions, des groupes de discussion et des entrevues avec des membres de la communauté dans leur milieu ;
- › Analyser les informations et faire le suivi en collaboration avec des membres de la communauté.

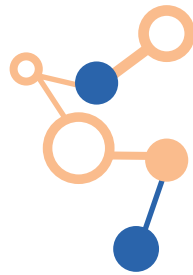
Il est primordial de se rappeler que ce processus doit reposer sur une forte participation de la communauté. Le rôle du promoteur de la santé se limite à stimuler la prise de conscience, les intérêts et les initiatives de la communauté puis à lui fournir une assistance technique et à la mettre en contact avec les organisations qui peuvent la soutenir dans ses actions.

Il existe plusieurs techniques d'analyse des besoins et d'identification des priorités qui se basent sur la participation des membres de la communauté. Pour n'en nommer que quelques-unes, citons le groupe nominal, le *focus group*, la méthode Delphi, l'enquête et la vision stratégique.

En résumé

Le bilan social permet :

- ✓ D'engager la communauté pour qu'elle soit un partenaire actif dans l'étude des conditions sociales de sa population ;
- ✓ De mettre en lumière les préoccupations sociales les plus importantes aux yeux des membres de la communauté tout en indiquant la place que la santé occupe dans leur vie ;
- ✓ D'étayer ces préoccupations subjectives en utilisant des sources de données statistiques existantes ou de nouvelles données (ex. : sondages, *focus group*, entrevues) ;
- ✓ D'établir un consensus sur les priorités de ceux qui ont à coopérer à l'implantation et au maintien du programme et de ceux qui en bénéficieront ;
- ✓ De connaître les ressources existantes ou potentielles et les obstacles prévisibles ;
- ✓ D'utiliser les données de ce bilan comme variables permettant d'évaluer le programme.



Le bilan épidémiologique : bilans sanitaire, génétique/biologique, comportemental et environnemental

Étape 2

Bilan épidémiologique

Santé
Génétique et biologie
Comportement
Environnement

Définition

Le bilan épidémiologique est une étape cruciale pour le promoteur de la santé. Il permet :

- › L'identification des problèmes de santé sur lesquels le programme se focalisera et leurs répercussions sur la qualité de vie ;
- › L'examen de facteurs génétiques et biologiques, comportementaux et environnementaux influençant les problèmes de santé retenus ;
- › La définition d'objectifs sanitaires, comportementaux et environnementaux mesurables.

Le bilan épidémiologique permet de mettre en lumière les problèmes de santé vécus par la population cible en lien avec le ou les indicateurs liés à sa qualité de vie relevés à l'étape du bilan social. Il détermine :

- › Les problèmes de santé importants, et ce, selon une mesure objective plutôt que subjective.
- › Les facteurs génétiques et biologiques, comportementaux et environnementaux qui sont liés à ces problèmes de santé.

Il s'établit à partir de deux méthodes :

- › **L'étude épidémiologique descriptive**, qui donne un aperçu de l'ampleur des problèmes de santé en résonance avec la morbidité, la mortalité et l'incapacité. Elle précise également l'ampleur de ces problèmes en fonction de l'âge, du sexe, de l'ethnicité, du revenu, du logement, des habitudes de vie, de l'exposition à certains facteurs de risque ou de tout autre facteur ;

- › **L'étude épidémiologique analytique**, qui fournit des informations pertinentes quant aux causes (facteurs génétiques/biologiques, comportementaux et environnementaux) des différents problèmes de santé, causes sur lesquelles il est possible d'agir à l'aide d'un programme de promotion de la santé.

Le bilan épidémiologique se réalise en deux étapes : le bilan sanitaire suivi des bilans génétique/biologique, comportemental et environnemental. Ces bilans nécessitent la contribution d'une variété de parties prenantes. Il est de la responsabilité du promoteur de la santé que ces dernières aient accès à une diversité de données valides et fiables, présentées de façon à ce qu'elles soient bien compréhensibles.

Bilan sanitaire

Le bilan sanitaire se réalise en quatre étapes :

- › Établir les liens entre les besoins sociaux déterminés lors du bilan social et les problèmes de santé ;
- › Documenter l'importance des problèmes de santé ;
- › Établir des priorités parmi les problèmes de santé identifiés pour n'en retenir qu'un seul ;
- › Définir les objectifs visant la réduction du problème de santé retenu.

1 Établir les liens entre les besoins sociaux identifiés lors du bilan social et les problèmes de santé

Lors du bilan social, une ou des préoccupations ont été mises de l'avant par la communauté. Cette étape-ci a pour objectif d'établir l'interrelation entre celles-ci et un problème de santé particulier. Pour ce faire, le promoteur de la santé dispose de deux approches qualifiées respectivement de réductionniste et d'expansionniste. L'approche réductionniste est utilisée lorsqu'un bilan social a été effectué et que des préoccupations sociales ont été de ce fait identifiées par les membres de la communauté alors que l'approche expansionniste est utilisée lorsqu'un problème de santé est déjà identifié, mais qu'un bilan social à proprement parler n'a pas été réalisé. Quelles sont les caractéristiques de ces deux approches ?

Approche réductionniste

L'approche réductionniste est utilisée lorsque les préoccupations liées à la qualité de vie de la population ont été identifiées en collaboration avec la communauté, mais que leurs causes n'ont pas été clairement définies.

Les données sur la qualité de vie, le contexte social et les besoins sociaux tels que perçus par la communauté sont fréquemment recueillies par des organismes autres que ceux de la santé. Par exemple, des données sur le chômage, le logement,

l'analphabétisme ou encore l'isolement peuvent avoir fait l'objet d'une recherche. L'utilisation de telles données permet d'identifier les besoins sociaux les plus prévalents, les populations ou sous-populations les plus affectées ainsi que les conséquences sur les individus, leur famille et la communauté.

Une fois ces données recueillies et le bilan social établi à la suite de discussions avec les membres de la communauté, il convient de déterminer les problèmes de santé et les facteurs génétiques/biologiques, comportementaux et environnementaux qui ont un lien significatif avec les préoccupations sociales retenues.

Il n'est pas rare de voir les organisations de santé se concentrer essentiellement sur les problèmes de santé. Toutefois, l'identification des préoccupations sociales est fondamentale pour comprendre ces problèmes dans un contexte plus large et pour être en mesure d'aider les populations qui voudraient améliorer leurs conditions de vie. L'identification et la compréhension de l'interrelation entre les besoins sociaux au cœur des préoccupations de la communauté et les problèmes de santé qui sont la cible des programmes de promotion de la santé demeurent au centre de cette démarche.

En premier lieu, une recension des écrits scientifiques et professionnels contribue à déterminer la relation entre la qualité de vie et la santé. L'ampleur et la sévérité des préoccupations sociales et du problème de santé en fonction des populations cibles sont déterminées par la suite.

Approche expansionniste

Dans certaines situations, un problème de santé est déjà identifié comme point de départ du programme. L'approche expansionniste s'avère alors d'une grande utilité pour le situer dans un contexte social plus large. Elle permet de cerner l'importance du problème retenu en fonction des autres et de s'assurer que le programme de promotion de la santé qui sera développé aura un impact au niveau social et, ainsi, sur les autres problèmes de santé présents dans cette communauté.

L'analyse du problème de santé s'effectue à partir des connaissances médicales et épidémiologiques, des relations de cause à effet ainsi que de l'histoire naturelle et de la distribution de ce problème dans la population. Ces données sont recueillies au palier régional ou national, celles se situant au palier local étant souvent peu disponibles.

En faisant appel à cette approche, le promoteur de la santé risque d'enclencher des actions qui ne seront pas forcément approuvées par la communauté dans le cas où le problème de santé retenu ne ferait pas l'objet d'une préoccupation majeure au sein de la communauté qui n'a pas participé, dans un premier temps, à la réalisation d'un bilan social. Cette approche est donc nettement moins participative que l'approche réductionniste.

2 Documenter l'importance des problèmes de santé

Pour qu'un problème de santé puisse faire l'objet d'une priorité, il faut tout d'abord cerner son importance.

Les principaux indicateurs généralement utilisés pour identifier l'importance relative des divers problèmes de santé dans la population et dans ses différents sous-groupes sont :

- › La mortalité ;
- › La morbidité ;
- › L'incapacité.

À ces trois indicateurs peuvent s'ajouter la progression, l'inconfort, l'insatisfaction, l'espérance de vie, l'espérance de vie en bonne santé et la bonne forme.

Ces indicateurs permettent de comparer :

- › Une communauté par rapport à d'autres communautés de la région ou du pays ;
- › Divers problèmes de santé dans une même communauté ;
- › Différents sous-groupes dans une même communauté sur la base de leur âge, leur niveau de défavorisation, leur sexe ou leur race, par exemple.

Ces comparaisons permettent d'identifier les problèmes de santé les plus importants dans une communauté comparativement à d'autres, à l'intérieur d'une même communauté ou encore pour différents groupes d'une même communauté.

Il est important d'avoir, en plus des indicateurs et de leurs mesures, une base de comparaison des données disponibles. En fait, les indicateurs doivent permettre de comparer des « pommes avec des pommes ».

Les différentes mesures des indicateurs

Les taux s'expriment par « nombre par 1 000 ou 100 000 par année ». Ils s'appliquent à la mortalité et à la morbidité. Ils peuvent être ajustés en fonction de l'âge, du niveau de défavorisation, du sexe ou de la race pour des groupes spécifiques.

L'incidence indique le nombre de nouveaux cas d'une maladie pendant une certaine période de temps.

La prévalence représente le nombre de cas d'une maladie à un certain moment dans le temps.

Il existe deux problèmes majeurs liés à la prévalence. Celle-ci reflète en même temps l'incidence et la durée du problème de santé. En conséquence, les problèmes de santé entraînant une mortalité rapide plus élevée peuvent être sous-représentés, d'où l'importance d'ajouter des informations concernant la sévérité et la durée des différentes maladies avant d'en déterminer l'importance.

De plus, dans une perspective de promotion de la santé, elle peut être une référence inadéquate au regard des problèmes de santé chroniques. En effet, elle représente des habitudes et des conditions de vie du passé qui peuvent être différentes aujourd'hui.

Le risque attribuable à une population représente la mortalité attribuée à un facteur de risque pour une population donnée. Une fois ce risque évalué, il est suggéré de faire une **analyse coût/bénéfice** en comparant les coûts médicaux et les pertes de revenu dues à la mortalité avant 65 ans associés à l'ensemble des problèmes de santé en lien avec le facteur de risque aux coûts associés à la mise en œuvre et au maintien du programme ciblant ce même facteur de risque. Le résultat représente le bénéfice de chaque dollar investi dans le programme.

Une analyse de sensibilité peut être ajoutée à cette première analyse coût/bénéfice, permettant ainsi de distinguer des résultats plus ou moins conservateurs.

La sensibilité et la spécificité sont deux indicateurs utilisés en lien avec les tests de dépistage de masse. Ils engendrent des résultats pouvant servir à estimer la prévalence d'une maladie ou d'une condition au sein de la population.

La sensibilité est la capacité d'un test à détecter tous les cas positifs, alors que la spécificité est la capacité d'un test à détecter les cas positifs réels. Une grande sensibilité évite les faux négatifs, alors qu'une grande spécificité diminue les faux positifs.

3 Déterminer le problème de santé prioritaire

Pour prioriser un problème de santé, voici une série de questions à se poser :

- › Parmi les problèmes de santé mentionnés :
 - Lequel touche le plus de personnes ?
 - Lequel laisse le plus de séquelles (temporaires ou permanentes) ?
 - Quel est celui qui cause le plus de décès ? Quel est celui qui cause le plus de décès prématurés (ou années potentielles de vie perdues) ?
 - Quel est celui qui engendre le plus de dépenses par personne ?
 - Quel est celui qui a le plus de répercussions négatives sur la structure familiale ?
 - Lequel est en émergence dû à des modifications des contextes de vie (ex. : changements climatiques, temps-écran) ?
- › Y a-t-il des groupes plus exposés que d'autres ?
- › Quel problème se prête le mieux à une intervention ?
- › Y a-t-il un problème qui n'est pas pris en charge par les différentes organisations ?
- › Quels sont les priorités et les programmes existants aux paliers local, régional et national ?

- › Quelle situation est la plus susceptible de générer une amélioration notable de la santé de la population, des coûts de santé ou d'autres bénéfices ?

Cet exercice permet de mettre l'accent sur un problème de santé en particulier.

Il est important de ne déterminer qu'un seul problème de santé prioritaire, sauf s'il est possible de mettre en relation divers problèmes de santé ou encore d'avoir plusieurs cibles et, donc, plusieurs programmes.

4 Définir les objectifs visant la réduction du problème de santé retenu

Le changement attendu par rapport au problème de santé sélectionné sera défini en fonction d'objectifs spécifiques. Ces objectifs sont déterminés en réponse aux questions suivantes :

Quoi ?	Sur quel problème de santé le programme portera-t-il ?
Qui fera ?*	Quel organisme s'attaquera-t-il à ce problème ?
Pour qui ?	Quelle est la population ciblée ?
Pour quels bénéfices ?	Quel est le degré de modification recherché ?
Quand ?	Combien de temps faudra-t-il pour que le changement ait lieu ?
Mesuré par ?*	Quels sont les instruments de mesure d'évaluation ?

Les objectifs doivent être mesurables, basés sur des données valides et précises et être cohérents les uns avec les autres.

Bilans génétique/biologique, comportemental et environnemental

Quelques explications : une fois le problème de santé prioritaire identifié, il s'agit de déterminer les facteurs de risque associés à ce problème ou encore les facteurs qui augmentent la probabilité de développer la maladie ou le problème de santé.

Ces facteurs sont de trois ordres :

- › génétique/biologique ;
- › comportemental ;
- › environnemental.

*Réfèrent aux éléments qui ne font pas toujours partie de la formulation de l'objectif.

Le lien entre les facteurs de risque et le problème de santé est généralement bien documenté dans la littérature sur le sujet.

Les **facteurs génétiques et biologiques** (ex. : âge, sexe, handicap physique ou mental) sont des éléments essentiellement individuels et innés sur lesquels la personne n'exerce qu'un contrôle réduit. Ils ne font pas l'objet de programme de promotion de la santé, car ils ne sont généralement pas modifiables. Toutefois, la situation pourrait changer grâce aux découvertes et avancées technologiques dans le monde de la génétique. Celles-ci permettraient d'agir sur des susceptibilités génétiques qui démontrent de plus en plus d'interactions entre gènes et environnements ainsi qu'entre gènes et comportements. Des maladies génétiques multifactorielles qui ne sont pas causées uniquement par des anomalies aux gènes, mais aussi par des habitudes de vie ou des facteurs environnementaux (ex. : diabète, maladies cardiovasculaires, asthme, certains cancers) sont aussi concernées. De plus, l'identification des facteurs génétiques peut permettre de cibler des populations qui sont plus à risque de développer un problème de santé ou un facteur de risque.

En revanche, les **facteurs comportementaux**, qui sont liés aux individus de même qu'à leur mode et habitudes de vie, et les **facteurs environnementaux**, qui sont pour leur part liés aux conditions physiques et sociales dans lesquelles ils vivent, peuvent, pour la plupart, faire l'objet d'un changement. Le bilan comportemental se base sur l'analyse systématique des facteurs comportementaux retrouvés chez les individus ciblés ou chez les groupes qui ont une influence sur ces derniers alors que le bilan environnemental, qui se fonde sur le même type d'analyse, est axé sur les facteurs environnementaux qui peuvent être modifiés pour soutenir une habitude de vie, la santé ou la qualité de vie de la population.

Un programme vise à modifier les facteurs de risque sur lesquels les personnes peuvent avoir un certain contrôle par une action individuelle ou collective. Le plus souvent, les facteurs comportementaux et environnementaux sont interreliés. Le cas du tabac fournit à cet égard un exemple éloquent : un certain nombre de personnes qui ont décidé d'arrêter de fumer en faisant appel à différents programmes ciblant les individus peuvent aussi être influencées par la réglementation des aires sans fumée.

La santé et ses déterminants

Les déterminants de la santé sont de larges catégories de facteurs qui « déterminent » ou influencent l'état de santé d'une population. Il s'agit de facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux qui ont des effets cumulatifs importants et que l'on peut associer à un problème de santé particulier ou encore à un état de santé global.

Selon Green et Kreuter, les douze principales causes de mortalité entraînant les coûts de santé les plus importants sont associées à des facteurs de risque modifiables par des comportements individuels, familiaux, organisationnels ou communautaires ou par des politiques et des environnements physiques et sociaux facilitant l'adoption et le maintien de comportements sains à l'égard de la santé et du bien-être.

Le niveau d'influence des facteurs comportementaux individuels sur le nombre d'années potentielles de vie perdues ou sur les causes de mortalité est estimée à 50 % par Green et Kreuter. Par ailleurs, une équipe de l'Institut de santé de la population de l'Université du Wisconsin et de la Fondation Robert Wood Johnson (Remington et coll., 2015) évaluent que les facteurs comportementaux contribuent plutôt pour 30 % à l'amélioration de l'espérance de vie et de la qualité de vie de la population. À cela s'ajoutent : 40 % pour l'influence des facteurs socioéconomiques, 20 % pour les services de santé et 10 % pour l'environnement physique. Bien que ces pourcentages diffèrent, ce qu'il faut retenir est que les environnements sociaux, organisationnels, économiques et physiques constituent des facteurs de risque sur lesquels il est aussi important d'agir sinon plus que sur les comportements individuels.

Ces différents facteurs socioéconomiques et environnementaux devraient, pour la plupart, être des cibles du programme. Les individus, pris isolément, n'ont souvent pas d'emprise sur eux, par exemple, sur leur exposition à la fumée ambiante de cigarette, au plomb, à la pollution industrielle, ainsi que sur l'accès à un revenu adéquat, à un logement abordable et sain, à la sécurité alimentaire. Toutefois, la présence de ces facteurs nuisibles au bien-être de la collectivité peut influencer les comportements du public et de la collectivité qui peuvent s'organiser afin de soutenir ou induire un changement.

Le modèle *PRECEDE/PROCEED* postule que les actions les plus efficaces interviennent à la fois sur le changement de comportements et sur l'environnement physique et social. Le promoteur de la santé qui tient compte de l'ensemble de ces facteurs sera plus en mesure de :

- › Adopter une perspective globale dans l'identification des facteurs qui ont une influence sur le problème de santé ;
- › Sélectionner et déterminer les cibles du programme parmi l'ensemble de ces facteurs en s'assurant d'en retenir dans les diverses catégories ;
- › Identifier les facteurs pour lesquels des stratégies politiques, organisationnelles et éducationnelles peuvent être mises en place.

Objectifs

Les bilans génétique/biologique, comportemental et environnemental visent à :

- › Faire un inventaire des facteurs associés au problème de santé ;
- › Établir des priorités quant aux changements comportementaux et environnementaux souhaités ;
- › Définir les objectifs des changements comportementaux et environnementaux.

Bilan génétique/biologique

Les interactions entre les gènes, les comportements et les environnements tant physique que social sont très complexes. Actuellement, l'application de la génétique en santé publique a commencé à émerger dans des zones comme la diète et l'obésité et deviendra plus utile au fur et à mesure que grandira notre compréhension du génome humain.

Le bilan génétique/biologique inclus dans le présent modèle *PRECEDE/PROCEED* a surtout pour objectif de générer une information valide pouvant être utilisée par les planificateurs pour développer des programmes répondant aux besoins de santé de certaines populations spécifiques. Par exemple, il est reconnu que les individus répondent différemment à un environnement où l'alimentation et l'activité physique sont similaires. Certains emmagasinent davantage de gras que d'autres dans un environnement où il abonde ; certains perdent moins de gras que d'autres dans un environnement de rareté. Ces réponses différentes seraient largement dues à la génétique des individus. Les personnes obèses présentent aussi des similarités génétiques pouvant faire la lumière sur des différences biologiques prédisposant au gain de poids. Cette connaissance peut être utile pour la prévention et le traitement de l'obésité chez les personnes qui y sont prédisposées. La génétique a donc un lien avec les facteurs prédisposants.

Cette section du modèle est aussi un espace pour insérer les potentielles occasions qui feront probablement surface dans un futur proche. Les interactions entre les facteurs liés à la génétique/biologie et les facteurs comportementaux et environnementaux sont indiqués par un lien vertical.

Bilan comportemental

Le modèle *PRECEDE/PROCEED* détermine trois niveaux d'importance des comportements : ceux qui influencent directement l'état de santé (proximal) ; ceux qui influencent la santé d'autres personnes dans l'environnement immédiat ; ceux qui influencent, de façon plus distale, l'environnement organisationnel et politique. Ne retenir que les comportements du premier niveau risque de placer toute la responsabilité sur l'individu et d'avoir un effet très modeste.

Le bilan comportemental s'effectue en cinq étapes.

1 Distinguer les facteurs comportementaux des facteurs non comportementaux

Il s'agit, à cette première étape, de passer en revue les facteurs de risque connus comme étant associés au problème de santé, puis de discerner ceux qui sont comportementaux de ceux qui sont génétiques ou environnementaux. Cependant, certains facteurs considérés comme comportementaux peuvent contenir une composante non comportementale, par exemple l'environnement de travail générant un stress individuel.

2 Établir un inventaire des comportements

À cette deuxième étape, un inventaire précis des facteurs comportementaux est dressé à partir de deux listes. L'une d'elles regroupe les comportements préventifs et l'autre, les comportements associés au traitement.

Ces listes peuvent, dans un premier temps, se résumer aux typologies des facteurs associés au problème de santé (ex. : comportement à risque, préventif, etc.). Par la suite, elles devront être plus spécifiques et comprendre, de façon séquentielle, l'ensemble des actions ou traitements associés au problème ciblé.

Le résultat est une liste de comportements très spécifiques qui servira de base pour déterminer les objectifs comportementaux du programme. Par exemple, maintenir un poids santé pourrait s'exprimer par acheter une nourriture faible en calories, cuisiner avec moins de gras, se servir de plus petites portions, faire de l'exercice, etc.

Une des approches privilégiées pour effectuer l'analyse du comportement consiste à développer un diagramme décrivant le processus comportemental du début à la fin (voir la séquence d'adoption d'un comportement à la page 28). Il est important de tenir compte de l'ensemble des facteurs, soit les comportements eux-mêmes, les actions ou les événements qui influencent les comportements ainsi que le comportement des acteurs extérieurs qui peuvent influencer les comportements de l'individu. En d'autres termes, il s'agit de répondre aux questions suivantes :

- › Qu'est-ce qui donne envie d'adopter tel ou tel comportement ?
- › Quels sont les éléments qui interviennent dans le passage de la motivation à l'adoption du comportement ?
- › Après avoir expérimenté un comportement, qu'est-ce qui peut faire en sorte qu'il se répète ?

3 Dégager l'importance de chacun des comportements

À cette troisième étape, l'importance relative de chacun des comportements énumérés doit être établie, d'une part, en association avec le problème de santé, et d'autre part, en fonction des critères et des données disponibles.

Ces critères sont :

- › La prévalence du comportement dans la population ciblée ;
- › La clarté du lien établi entre le comportement et le problème de santé ;
- › Le niveau d'intervention requis établi à partir du mandat de l'organisation et de sa capacité d'évaluation.

Deux types de données provenant des études épidémiologiques, des enquêtes ou d'une littérature théorique sont à cet égard utiles : la prévalence ou l'incidence comme indice de présence du comportement et le risque relatif de la clarté et de la force du lien entre le comportement et le problème de santé.

4 Déterminer le potentiel de changement des comportements

Cette quatrième étape permet d'évaluer la possibilité de changer le comportement selon des évidences raisonnables. Cette évaluation se fait principalement sur la base des études ou des programmes antérieurs qui ont eu une influence sur le comportement ainsi que sur le temps nécessaire pour induire le changement comparativement au temps alloué au programme. Certaines règles de base aident à déterminer le potentiel de changement d'un comportement.

Des possibilités de changement sont plus fortes lorsque :

- › Le comportement est récent ou en est au stade de son développement ;
- › Il est relié superficiellement au style de vie ou à la culture ;
- › Les programmes antérieurs se sont avérés efficaces.

Par opposition, il y a peu de chances de changement si :

- › Le comportement est fortement lié à la culture ou au mode de vie ;
- › Les expériences antérieures ont eu peu de succès ;
- › Le comportement inclut une composante de dépendances (drogue, alcool, tabac), un élément compulsif (manger compulsivement) ou est fortement lié à une routine ou à des habitudes familiales.

Si cette méthode confirme que certains comportements ne peuvent être éliminés, il faut alors poursuivre l'analyse et adopter une méthode par critères. Celle-ci consiste à associer les comportements et les critères qui rendent plus ou moins facile l'adoption d'un comportement. Il s'agit de :

- › Déterminer les critères de changement associés aux comportements étudiés ;
- › Assigner pour chaque critère un signe positif (+) lorsqu'il y a possibilité de changement et un signe négatif (-) lorsqu'il y a peu ou pas de possibilité de changement ;
- › Faire la somme des signes positifs, déduire la somme des signes négatifs et ainsi obtenir un pointage de potentiel de changement par comportement.

Par ailleurs, un pointage plus précis peut être obtenu s'il est possible d'estimer l'importance relative de chaque critère et d'appliquer un système de pondération. Cette méthode permet d'identifier l'influence de chaque facteur sur les chances qu'un changement de comportement survienne. Une recension des études sur le sujet permet de sélectionner les critères et de déterminer leur lien avec les comportements.

5 Choisir le comportement

À cette cinquième étape, l'importance (étape 3) et le potentiel de changement des différents comportements (étape 4) ont été identifiés ; il est désormais possible de sélectionner le comportement qui sera la cible du programme.

En utilisant la méthode des quatre quadrants — soit une table 2 par 2 (4 cases) — et en y insérant le résultat des étapes précédentes, les comportements cibles peuvent être déterminés (tableau 1).

Généralement, la case numéro 1, c'est-à-dire le comportement le plus important et le plus modifiable, devrait être le comportement ciblé par le programme. Dans certains cas (case 3), les comportements moins importants, mais ayant une grande capacité de changement, sont retenus pour un programme d'intérêt politique.

Il faut éviter de cibler les comportements moins importants et ayant peu de capacité de provoquer un changement (case 4). Si le comportement est important et difficilement modifiable, il y a sans doute nécessité de poursuivre la recherche et l'évaluation (case 2).

Sur la base de ces analyses, la décision finale sera prise en équipe. Celle-ci devrait inclure des membres de la communauté qui donneront leur avis sur le choix des comportements retenus. Cette démarche est particulièrement utile dans le cas où plusieurs comportements ont été identifiés ou qu'il faut en retenir qu'un seul.

Tableau 1 | Priorité du comportement selon son importance et son potentiel de changement

Potentiel de changement	Importance	
	Important	Plus ou moins important
Modifiable	1. Priorité élevée comme élément central d'un programme.	3. Priorité basse sauf pour démontrer un changement dans un but politique.
Plus ou moins modifiable	2. Priorité pour un programme innovateur. L'évaluation est cruciale.	4. Pas de programme.

Formuler l'objectif comportemental

La sélection du comportement permet de formuler adéquatement l'objectif comportemental. Les listes dressées à l'étape 2 sont de nouveau utiles ici. Elles permettront de formuler des objectifs précis, clairs et mesurables.

Quoi ? Quelle action ou quel changement de comportement souhaite-t-on ?

Qui ? Quelles sont les personnes qui devraient être ciblées ?

De combien ? Quel est le degré de modification souhaité ?

Quand ? Combien de temps faut-il pour que le changement ait lieu ?

Par exemple : l'objectif du programme est que, d'ici deux ans, la conduite avec facultés affaiblies ait diminué de 20 % parmi les jeunes de 18 à 24 ans de la région X.

Bilan environnemental

Le bilan environnemental comporte également cinq étapes et permet d'identifier les forces à utiliser ou à créer pour renforcer les actions en faveur de la santé. À ce stade, la réflexion doit être centrée sur les facteurs de l'environnement social (ex. : organisationnels et économiques) et physique en interaction avec un comportement et modifiables par l'action sociale et certaines politiques de santé.

La classification de Dever permet de séparer l'environnement en deux composantes :

- › **Physique** : air, bruit, accès ou non à des infrastructures d'activités physiques et à des aliments sains et abordables ou pollution de l'eau qui contribueraient entre autres aux pertes d'audition, aux maladies infectieuses, au cancer, etc. ;
- › **Sociale et psychologique** : composantes incluant les problèmes perceptuels et les relations interpersonnelles. Ainsi, la surpopulation, l'isolement, les changements rapides et les échanges sociaux contribueraient au suicide, à l'homicide, au stress et à la surstimulation environnementale.

Les cinq étapes du bilan environnemental se résument ainsi :

1 Distinguer les facteurs non comportementaux des facteurs comportementaux

On reprend ici la liste des facteurs de risque associés au problème de santé qui a été préalablement établie et qui permet d'effectuer cette distinction. Quels sont les facteurs de l'environnement social et physique qui ont une influence sur le problème de santé ou sur le comportement identifié comme prioritaire ?

2 Éliminer les facteurs non comportementaux qui ne peuvent pas être modifiés

Il s'agit d'éliminer les facteurs génétiques, démographiques (ex. : âge, sexe) et historiques (ex. : historique de psychopathologie, d'abus) sur lesquels un programme est peu efficace. De la liste, seuls les facteurs organisationnels, économiques, culturels, politiques ou environnementaux qui contribuent au problème de santé ou à la qualité de vie sont conservés.

3 Déterminer l'importance des facteurs environnementaux

Cette importance se définit en se basant sur deux critères :

- › La force de la relation entre le facteur et le problème de santé ;
- › La prévalence, l'incidence ou le nombre de personnes affectées par le facteur.

4 Déterminer le potentiel de changement des facteurs environnementaux

À cette étape, il s'agit d'éliminer les facteurs qui ont peu de chances d'être modifiés par un changement organisationnel, de politique ou de réglementation. En ce sens, il est important d'évaluer la volonté politique de changement de la communauté en effectuant des consultations auprès des groupes ou des leaders.

5 Choisir le facteur environnemental

En utilisant la méthode des quatre quadrants utilisée pour identifier les comportements prioritaires (voir le tableau 1, à la page 22), il s'agit d'établir la liste des facteurs environnementaux retenus pour le programme. Il est essentiel, à cette étape-ci comme aux autres, de tenir compte des perceptions de la communauté.

Il est, par ailleurs, possible de cibler un facteur de moindre importance, mais sur lequel il est plus facile d'intervenir et d'avoir des résultats positifs, et ce, particulièrement s'il est perçu important par la communauté. De tels résultats procurent une expérience positive aux collaborateurs et augmentent la confiance en leurs capacités, ce qui constitue un gain appréciable pour l'établissement de futurs programmes.

Formuler l'objectif environnemental

Le choix du facteur environnemental permet de formuler l'objectif en répondant aux questions :

- Quoi ?** Quel changement environnemental souhaite-t-on ?
- De combien ?** Quel est le degré de modification souhaité ?
- Quand ?** Combien de temps faut-il pour que le changement ait lieu ?

Par exemple, l'objectif est de renforcer l'application de la Loi portant sur la conduite avec les facultés affaiblies en y allouant, dans la région X, au moins 10 % des effectifs policiers d'ici deux ans.

En résumé

Le bilan sanitaire permet :

- ✓ D'identifier le problème de santé prioritaire ;
- ✓ De formuler un objectif de changement au regard du problème de santé.

Le bilan génétique/biologique permet :

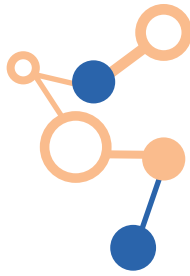
- ✓ D'identifier si des facteurs génétiques/biologiques influencent le problème de santé prioritaire selon les écrits scientifiques ;
- ✓ D'identifier les populations les plus à risque d'être atteintes du problème de santé prioritaire compte tenu de leur génétique.

Le bilan comportemental permet :

- ✓ D'identifier les facteurs comportementaux qui sous-tendent le problème de santé ;
- ✓ De sélectionner le comportement à changer de façon prioritaire ;
- ✓ D'identifier l'objectif de changement comportemental.

Le bilan environnemental permet :

- ✓ D'identifier les facteurs environnementaux qui sous-tendent le problème de santé ;
- ✓ De retenir le facteur environnemental à modifier de façon prioritaire ;
- ✓ D'identifier l'objectif de changement environnemental.



Les bilans éducationnel et écologique

Étape 3

Bilans éducationnel et écologique

Facteurs prédisposants

Facteurs facilitateurs

Facteurs de renforcement

Définition

Les bilans éducationnel et écologique servent à déterminer les facteurs qui doivent être modifiés pour qu'un processus de changements comportemental et environnemental soit instauré et maintenu. Les objectifs spécifiques du programme de promotion de la santé reposeront sur ces facteurs.

Objectifs

Les bilans éducationnel et écologique visent à :

- › Identifier, à l'intérieur de trois catégories, les facteurs qui influencent des changements comportementaux et environnementaux ;
- › Retenir ceux qui sont prioritaires ;
- › Définir les objectifs de changements souhaités.

Trois catégories de facteurs

Les trois catégories de facteurs mis de l'avant par le modèle *PRECEDE/PROCEED* sont :

- › Les **facteurs prédisposants**, antérieurs au comportement. Ils correspondent aux facteurs qui nourrissent le rationnel ou la motivation du comportement ;
- › Les **facteurs facilitateurs**, également antérieurs au comportement. Ils facilitent la réalisation d'une action motivée ;
- › Les **facteurs de renforcement**, subséquents au comportement. Ils sont la « récompense » ou l'incitatif au comportement et contribuent à son maintien, sa répétition ou à son élimination, s'il y a lieu.

Ces trois catégories de facteurs sont généralement présentes dans la séquence d'adoption d'un comportement (tableau 2). C'est leur influence qui permet la présence ou l'absence ainsi que la persistance ou l'arrêt d'un comportement. Tout programme qui veut influencer un comportement doit tenir compte des trois catégories de facteurs.

Tableau 2 | Séquence d'adoption du comportement

✓ Une personne a une raison initiale, une impulsion ou une motivation pour agir (facteur prédisposant).

✓ Le facteur prédisposant peut être suffisant pour déclencher un comportement. Il est néanmoins insuffisant à son maintien, dans la mesure où la personne n'a pas les ressources et les habiletés pour le faire.

✓ La motivation est suivie du déploiement ou de l'utilisation de ressources pour faciliter le comportement (facteur facilitant).

✓ L'action qui en découlera sera suivie d'une réaction émotive, physique ou sociale (facteur de renforcement).

✓ Le facteur de renforcement consolide le comportement.

✓ La présence de facteurs facilitants fournit un contexte positif au comportement et augmente l'apport aux facteurs prédisposants.

✓ Les « récompenses » et les satisfactions provenant du comportement le rendront plus attirant. Dans ce contexte, les facteurs de renforcement deviennent les facteurs prédisposants futurs.

✓ Le renforcement social d'un comportement facilitera l'action.

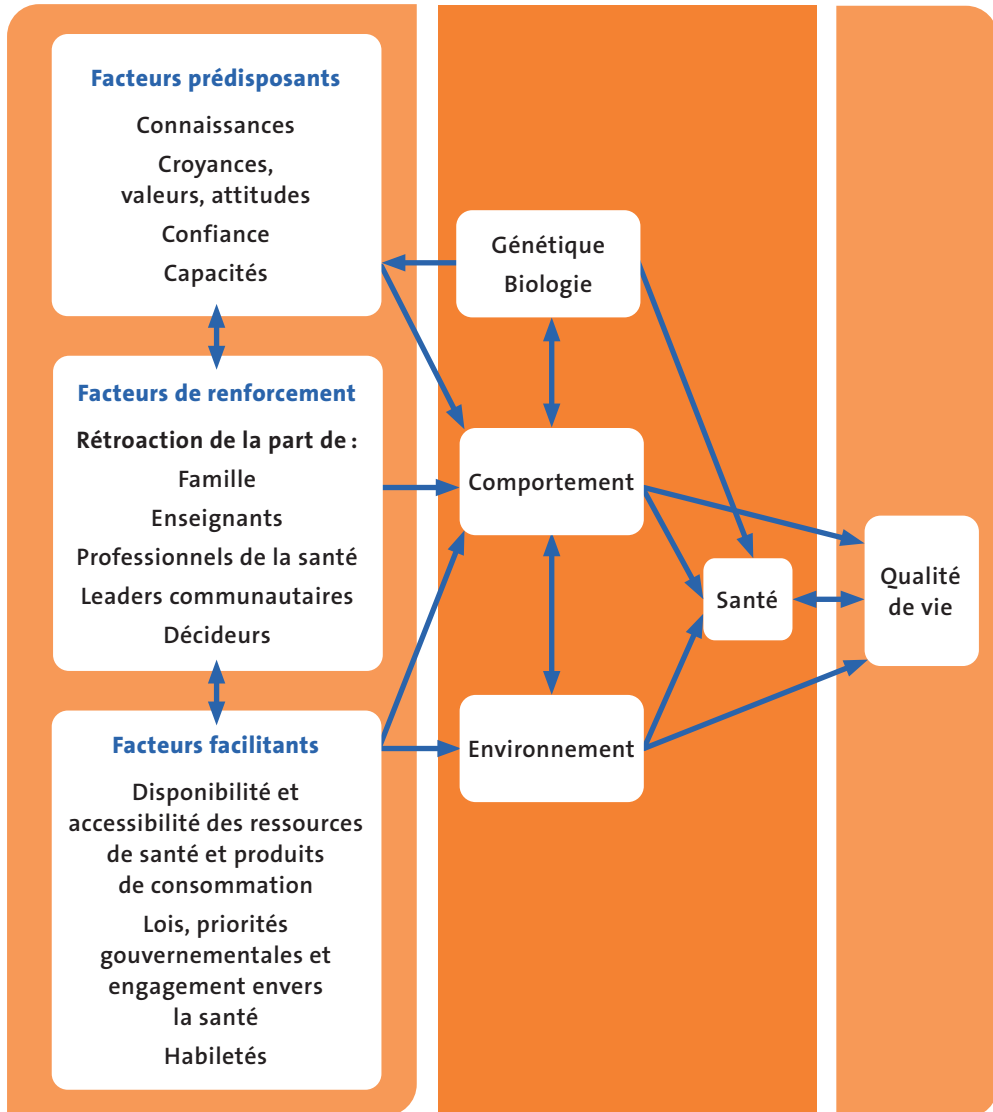
Les exemples qui suivent permettent d'illustrer l'interrelation entre les différents facteurs.

Ainsi, un adolescent peut avoir une attitude négative envers la consommation de cigarettes et croire que fumer est nocif pour la santé (facteur prédisposant). De plus, une réglementation prohibant la vente de cigarettes aux mineurs rend l'accessibilité difficile (facteur facilitant). S'abstenir de fumer peut être un comportement valorisé et récompensé par ses parents (facteur de renforcement). L'ensemble de ces éléments contribue à ce que l'adolescent s'abstienne de fumer et maintienne ce comportement.

À l'opposé, un adolescent peut être encouragé à fumer par ses pairs (facteur de renforcement). Les cigarettes sont facilement accessibles dans divers magasins (facteur facilitant). Ces deux éléments favorisent une attitude positive face à la cigarette et incitent à fumer (facteur prédisposant).

Il faut souligner que le modèle *PRECEDE/PROCEED* est un modèle de planification et non de prédiction de comportements. Il permet de prioriser des facteurs en vue de planifier les composantes spécifiques qui seront intégrées à un programme de promotion de la santé.

Figure 3 | Éléments contenus dans les catégories de facteurs



Comme il a été mentionné précédemment, les trois catégories de facteurs énoncées sont à l'œuvre dans le maintien ou l'extinction du comportement.

Facteurs prédisposants

Les facteurs prédisposants sont directement liés à la motivation d'agir d'un individu ou d'un groupe. Cette catégorie inclut les connaissances, les attitudes, les croyances, les valeurs, les besoins perçus et la capacité à agir. Elle comprend, par ailleurs, des dimensions cognitives et affectives (savoir, sentir, croire, valoriser, performer).

Connaissances et sensibilisation

La seule augmentation de connaissances n'entraîne pas toujours un changement comportemental ou organisationnel (modification d'une structure ou d'une organisation). Cependant, Green et Kreuter s'entendent pour dire qu'il y a une association positive entre la connaissance et la modification comportementale ou organisationnelle.

Ainsi, la connaissance d'un domaine de la santé est probablement nécessaire avant qu'une action s'accomplisse de façon consciente. Toutefois, l'action n'aura lieu que dans la mesure où l'individu recevra un incitatif assez fort pour agir sur la base de cette connaissance. Un certain niveau de connaissances est donc nécessaire pour accomplir une action. Cependant, des informations additionnelles, au-delà de ce seuil, ne seront pas suffisantes pour engendrer un plus grand changement.

Des considérations similaires s'appliquent aux changements organisationnels. La connaissance influence les décisions des gens en place, mais ce sont d'autres considérations stratégiques et politiques qui permettront leur mise en application.

Une plus grande sensibilisation et un accroissement de connaissances sont une étape, mais impliquent des modifications dans d'autres domaines tels que les croyances, les valeurs, les attitudes, les intentions et l'actualisation de soi, pour éventuellement modifier le comportement.

Croyances, valeurs et attitudes

Les **croyances** représentent la conviction qu'un phénomène ou un objet est vrai ou réel. Des mots comme « vérité » et « confiance » sont employés pour exprimer les croyances. Le modèle des croyances relatives à la santé (*Health Belief Model*) explique et prédit le comportement à partir des croyances.

Les **valeurs** signifient le bon et le mauvais, le vrai et le faux des éléments d'un comportement. Elles sont associées à un groupe de personnes partageant une histoire commune ou un territoire géographique. Elles sont les bases qui justifient les actions en termes moral et éthique.

Les valeurs personnelles sont indissociables des choix comportementaux. Toutefois, certains choix sont incohérents par rapport aux valeurs. Considérant cet élément, un programme de promotion de la santé — souvent à court terme — ne vise pas à modifier les valeurs, mais à présenter aux gens l'incohérence entre leurs différentes valeurs (pour la santé), leurs comportements et l'environnement (souvent mauvais pour la santé), et à les aider à percevoir ces incohérences.

Considérant que les valeurs sont rattachées à des groupes spécifiques, il est utile de définir des sous-populations pour faire ensuite l'analyse des facteurs prédisposants.

Les **attitudes** sont plutôt une sensation dirigée vers un objet (personne, action, situation ou idée) auquel est associée une évaluation, bonne ou mauvaise. Elles diffèrent des valeurs puisqu'elles sont en lien avec des objets particuliers (personnes, actions, situations) et qu'elles se basent sur une ou plusieurs valeurs.

Une façon de mesurer les attitudes en lien avec un objet est de demander aux personnes leurs perceptions à partir d'un continuum d'antonymes (ex. : bon, mauvais ; beau, laid). Leurs réponses permettent de faire une évaluation de la force de leur attitude et de les situer.

La relation entre le comportement et les attitudes, croyances et valeurs n'est pas toujours comprise. Toutefois, il y a une évidence de lien. Par exemple, les recherches démontrent que les attitudes sont en partie les déterminants, composantes et conséquences des croyances, des valeurs et des comportements. Par conséquent, il est essentiel de tenir compte des attitudes, des croyances et des valeurs comme facteurs prédisposants.

Efficacité personnelle

L'efficacité personnelle se définit comme la perception de sa propre capacité à organiser et mettre en œuvre avec succès un nouveau comportement. Elle se mesure à partir des expériences antérieures d'actions similaires ou encore de circonstances rencontrées ou observées. L'efficacité personnelle est le concept-clé du modèle développé par Bandura (théorie sociale cognitive).

Intention comportementale

Le concept central de la théorie de l'action raisonnée de Fishbein et Ajzen est l'intention comportementale. Celle-ci représente l'étape finale avant que l'action ou le comportement n'advienne. Elle est influencée par les attitudes et la perception des normes sociales favorables au comportement, qui sont elles-mêmes influencées par les croyances concernant l'efficacité de l'action par rapport aux buts fixés ainsi que les attitudes relatives aux résultats escomptés.

Habiletés existantes

La présence d'habiletés prédispose une personne à agir d'une certaine façon. Ces habiletés sont en lien avec les concepts de confiance en soi, d'efficacité personnelle et d'intention comportementale. Il s'agit des habiletés qu'une personne possède pour agir dans une situation spécifique de comportement de santé. Si la personne ne possède pas les habiletés nécessaires à l'accomplissement d'une action, l'acquisition de ces habiletés fait partie des facteurs facilitants qui soutiendront l'adoption du comportement ciblé.

De façon générale, les facteurs prédisposants sont les préférences d'un individu ou d'un groupe qui le conduisent à faire un choix, qu'il soit comportemental ou environnemental.

Facteurs démographiques

Les facteurs démographiques tels que le statut socio-économique, l'âge, le sexe ou la taille de la famille sont des facteurs prédisposants. Toutefois, ils sont difficilement modifiables ou influençables par un programme de promotion de la santé. Aussi seront-ils utilisés pour segmenter la population et déterminer des sous-groupes vers lesquels seront dirigés des programmes particuliers.

Facteurs facilitants

Les facteurs facilitants, comme leur nom l'indique, facilitent la performance d'une action individuelle ou organisationnelle. Associés à l'environnement, ils reposent sur la disponibilité, l'accessibilité et la capacité d'offrir des ressources communautaires et de santé. Ils sont également tributaires des conditions de vie qui peuvent entraver l'adoption du comportement souhaité ou de l'acquisition de nouvelles habiletés pour que le changement comportemental ou environnemental puisse s'opérer soit au niveau d'une personne, d'une organisation ou d'une communauté.

Lors de la planification d'un programme de promotion de la santé, la présence ou l'absence de facteurs facilitants dans la communauté devra être examinée. Un bilan écologique tenant compte des ressources disponibles (ex. : présence d'une organisation communautaire) devra être effectué ainsi qu'un bilan éducationnel prenant en compte les habiletés des différents acteurs (ex. : formation du personnel).

Ressources santé

Les ressources santé incluent les cliniques, les hôpitaux, les centres de santé, les professionnels ou tout autre personne ou programme qui a comme objectif l'amélioration de la santé. Les coûts, la distance, l'accès au transport ou à une offre culturelle, les heures d'ouverture, etc. sont des éléments de l'accessibilité et de la disponibilité des ressources de santé. Il est essentiel d'évaluer chacune de ces composantes dans tout programme impliquant une meilleure utilisation des services de santé.

Autres facteurs environnementaux

L'accessibilité, la disponibilité et les coûts modiques associés aux produits de consommation sont des facteurs facilitants importants. La vente de cigarettes dans les machines distributrices, l'accessibilité aux aliments camelote ou à l'alcool sont des exemples de produits nocifs pour la santé qui sont facilement disponibles.

Lois, priorités gouvernementales et engagement envers la santé

La loi limitant le taux d'alcool chez les conducteurs est un exemple de législation ayant contribué à diminuer un problème de santé important, soit les traumatismes liés à la conduite avec facultés affaiblies. Par ailleurs, des élus municipaux qui accordent une priorité à l'activité physique en l'incluant dans plusieurs décisions dont celles prises dans le cadre de leur plan d'urbanisme est un autre exemple de facteurs facilitants.

Nouvelles habiletés

Les habiletés représentent la capacité d'une personne à produire une action rattachée à un comportement de santé. Elles englobent l'aptitude à contrôler un facteur de risque personnel face à une maladie, l'utilisation des ressources médicales et les habiletés à modifier l'environnement. L'utilisation appropriée de programmes de relaxation ou la capacité de faire certains exercices, l'utilisation adéquate du siège d'auto pour enfant, un recours efficace à son droit de vote, la capacité à former une coalition ou à organiser sa communauté sont tous des exemples d'habiletés à exercer une action positive sur la santé.

Les facteurs facilitants se rattachent à chaque facteur identifié lors des bilans comportemental et environnemental et doivent, en ce sens, être précisés. À titre d'exemple, les facteurs facilitants associés à la consommation de cigarettes sont l'accessibilité, le coût, les restrictions, la disponibilité de programmes et de moyens pour arrêter de fumer ou encore le fait de résister à la pression des pairs. Autre exemple, les facteurs facilitants liés à la pratique de l'exercice physique sont la promotion d'une activité modérée quotidienne, l'accessibilité à des équipements, le coût et les occasions de pratique sportive.

Si l'objectif est de modifier l'environnement, le promoteur de la santé doit s'associer à des personnes possédant des habiletés, notamment en organisation communautaire ou encore à former des coalitions, à organiser des collectes de fonds, à négocier, à travailler avec les médias, à écrire et à parler en public.

Facteurs de renforcement

Les facteurs de renforcement sont subséquents aux actions et peuvent entraîner des rétroactions positives ou négatives. Ils comprennent le soutien social, l'influence des pairs, les conseils et les rétroactions des professionnels de la santé ainsi que les conséquences physiques découlant du comportement (bien-être ou douleur).

Les bénéfices sociaux (reconnaissance, appréciation), les bienfaits physiques (confort, arrêt d'inconfort ou de douleur), les récompenses tangibles (bénéfices financiers ou diminution de coûts) et toute récompense perçue (apparence physique, respect de la personne, association avec une personne admirée ou célèbre) sont autant de renforcements positifs. Par ailleurs, toutes conséquences négatives par rapport à un comportement sont aussi considérées comme des facteurs de renforcement. Toutefois, dans ce cas, elles conduiront plutôt à l'extinction du comportement.

Pour les organisations, un renforcement positif peut inclure les profits résultant de la vente d'un produit dangereux tandis qu'un renforcement négatif peut inclure la perte de gain assuré par la non-utilisation de produits plus sains (ex. : l'utilisation de polluants *versus* des produits plus écologiques).

Comme pour la plupart des facteurs facilitants, les facteurs de renforcement sont associés à chaque facteur identifié lors des bilans comportemental et environnemental. Pour revenir à l'exemple de la consommation d'alcool, un renforcement positif peut émaner du soutien social des pairs concernant la consommation d'alcool alors qu'un renforcement négatif peut provenir des médias qui associent alcool et plaisir.

Les composantes des facteurs de renforcement qui influencent le comportement

Anticipation du renforcement ou de la punition

L'anticipation influence la performance d'une action. L'encouragement ou le découragement social est perçu comme un facteur de renforcement. Il peut aussi être un facteur facilitant s'il devient concret en fournissant, par exemple, une aide financière ou un transport nécessaire à l'accomplissement de l'action. Par ailleurs, il peut également être négatif. Pensons à l'influence des médias concernant le lien entre plaisir et alcool.

Source de renforcement

La source de renforcement varie en fonction des objectifs, du type de programme, mais aussi du lieu et de l'âge de la population cible. Ainsi, les personnes qui influenceront les travailleurs et les jeunes enfants par leurs attitudes et leurs comportements sont différentes. Dans le premier cas, on peut penser aux collègues de travail, et dans le second, aux parents ou aux pairs.

Degré de changement

Il est plus aisé de renforcer positivement de petits changements que des changements majeurs. Ces derniers peuvent prendre l'allure de punitions plutôt que de récompenses, par exemple, la diminution de la consommation de sucreries.

Les mêmes éléments s'appliquent pour les changements relatifs à l'environnement ou aux services de santé. Le soutien social ou communautaire renforce l'individu dans son désir de coopérer ou de se joindre à un groupe de pression qui vise à modifier l'environnement. Le soutien provient alors de la communauté, des professionnels de la santé ou des différents programmes de promotion de la santé.

La tâche du promoteur de la santé est de s'assurer que les participants au programme auront le maximum d'occasions d'être soutenus de façon positive pour l'ensemble de leurs nouveaux comportements.

Sélection et établissement des priorités

Le cœur des bilans éducationnel et écologique est de sélectionner les facteurs prédisposants, facilitants et de renforcement qui, s'ils sont modifiés, induiront les comportements sanitaires et les changements environnementaux visés. Les facteurs retenus constitueront la base des objectifs éducationnels et écologiques qui, eux-mêmes, guideront les activités concrètes du programme ainsi que la sélection du matériel et des méthodes utilisées.

Le processus de sélection et de choix de priorités comporte plusieurs étapes :

1 Identifier et trier

La liste des facteurs qui influencent le comportement et l'environnement doit être la plus exhaustive possible, car elle permet, d'une part, de décortiquer finement un comportement ou un environnement et, d'autre part, d'analyser les actions à mener de façon pertinente. Deux méthodes sont utiles pour effectuer cette démarche :

- › La collecte d'informations auprès des personnes connaissant bien le terrain (méthode informelle) ;
- › La réalisation d'une recension des écrits pertinents associée ou non à celle d'un bref questionnaire auprès de la population cible pour vérifier la validité des informations (méthode formelle).

Méthode informelle

Cette méthode se base sur la connaissance de la population cible. Cette connaissance peut provenir des personnes impliquées dans le programme, des personnes visées, des professionnels qui desserviront cette population ou de tout individu en lien avec les services de santé qui, de près ou de loin, peut détenir des informations sur la population.

Il s'agit en l'occurrence de colliger des informations sur les raisons qui influencent la population cible à produire tel comportement de santé et à identifier les barrières au changement comportemental. Les techniques suivantes peuvent être utilisées pour recueillir cette information : le *brainstorming*, les entrevues, les groupes informels de discussion, le groupe nominal, les *focus group*, les tables rondes, les questionnaires. Il est important de recueillir les données de façon systématique pour qu'elles soient utilisables et fournissent le maximum d'informations. De ces données, il faut trier les différents éléments selon qu'ils aient une connotation positive ou négative. Les premiers sont à renforcer alors que les seconds seront à vaincre.

Méthode formelle

Une revue systématique de la littérature peut fournir des indications précieuses quant aux attitudes culturelles et sociales d'un groupe ou encore des indices pertinents sur des facteurs spécifiques en lien avec un comportement de santé ciblé.

L'utilisation de listes de vérification ou de questionnaires qui permettent une collecte systématique et organisée d'informations peut aussi être pertinente afin de mesurer les connaissances, les attitudes, les croyances et les perceptions concernant un comportement de santé, l'environnement ou les services offerts à des groupes ou individus cibles de la communauté. Les répertoires de ressources communautaires, les données sur l'utilisation des différents services de santé ou encore toute information provenant d'études réalisées auprès de la communauté peuvent également être une bonne source d'informations.

Il est parfois difficile de définir si un facteur entre dans la catégorie des facteurs prédisposants, facilitants ou de renforcement. Celui-ci peut alors figurer dans une ou plusieurs catégories. Comme ces catégories ne sont pas mutuellement exclusives, un facteur peut facilement se retrouver dans plus d'une catégorie. Par ailleurs, la catégorie dans laquelle un facteur est situé peut avoir son importance au moment de déterminer les activités et les messages liés à chacune d'elles.

2 Établir des priorités parmi les catégories

La méthode suggérée à cette étape pour établir les priorités est de déterminer l'ordre d'apparition ou d'influence des différents facteurs. La séquence d'adoption d'un comportement (voir la description à la page 28) peut suggérer un ordre d'apparition.

Par exemple :

- › Les services (ou les ressources) doivent être offerts (facteurs facilitants) avant de susciter une demande et de mettre en œuvre des efforts d'éducation pour leur utilisation ;
- › La sensibilisation précède l'adoption d'un nouveau comportement ;
- › La croyance selon laquelle il peut y avoir un risque à adopter un nouveau comportement (facteur prédisposant) doit être examinée avant que les facteurs facilitants ne soient mis en place ;
- › Les facteurs de renforcement n'auront pas d'influence si le comportement n'est pas déjà présent ;
- › La mise en place de certains facteurs facilitants peut se développer sur une longue période de temps et demander l'implication de la communauté, des pressions politiques ou des réallocations de ressources ;

Et finalement

- › Certains facteurs peuvent être plus difficiles à modifier en raison des politiques, mandats ou ressources de l'organisation.

Il peut être utile – sinon essentiel – de travailler simultanément à plusieurs niveaux et sur plusieurs facteurs.

3 Établir des priorités à l'intérieur d'une même catégorie

Par la suite, il faut ordonner les facteurs à l'intérieur d'une même catégorie à partir de deux critères principaux : leur importance et leur capacité à être modifiés (potentiel de changement).

L'importance du facteur est estimée par sa prévalence, son lien immédiat avec le problème et sa nécessité. Ces éléments sont déterminés à partir de la logique, de l'expérience et des données existantes. En d'autres termes, les questions à se poser sont :

- › Quelle est la fréquence de ce facteur ? (prévalence)
- › Est-ce que ce facteur a un lien direct avec le comportement ? (lien immédiat)
- › Est-ce que ce facteur est essentiel pour induire un changement de comportement ? (nécessité)

La capacité d'un facteur à être modifié (potentiel de changement) est évaluée à partir d'études ou de programmes antérieurs. Par exemple, la sélection d'un facteur peut s'effectuer en s'appuyant sur des études qui démontrent que les croyances sont plus faciles à modifier que les attitudes qui, elles-mêmes, sont plus faciles à modifier que les valeurs.

Le principe du tableau 1 (voir la page 22), c'est-à-dire la priorité du comportement selon son importance et son potentiel de changement, peut être repris ici pour prioriser les facteurs à retenir.

Pour conclure, le fait de pouvoir observer un comportement influence la capacité générale à le changer. Donc, plus le comportement est observable, plus il peut être modifié. Cela peut être illustré, par exemple, par l'importance croissante de ne pas fumer dans des réunions publiques.

Il faut souligner l'importance de travailler à mettre en place les facteurs facilitants et de renforcement. Sans ceux-ci, le changement d'un comportement est moins probable.

Formulation des objectifs éducationnels et écologiques

Les objectifs éducationnels et écologiques se formulent de la même façon et comportent les mêmes composantes que les objectifs comportementaux et environnementaux. Ils répondront aussi aux mêmes questions :

Qui ? Quelle est la population ciblée ?

Quoi ? Quel changement souhaite-t-on ?

De combien ? Quel est le degré de modification souhaité ?

Quand ? Combien de temps faut-il pour que le changement ait lieu ?

Les objectifs éducationnels sont surtout liés aux facteurs prédisposants et aux habiletés alors que les objectifs écologiques sont surtout liés aux facteurs facilitants et de renforcement. Il s'agit de formuler des objectifs en lien avec ces trois catégories de facteurs.

Les objectifs éducationnels peuvent viser à atteindre la population cible, mais aussi des relais qui auront une influence sur le comportement de la population cible. Par exemple, les enseignants peuvent renforcer un comportement souhaité chez des enfants par une action particulière.

La classification en trois catégories des facteurs affectant un comportement ou l'environnement permet de préciser les activités concrètes du programme de promotion de la santé. Par exemple, une communication directe avec la population cible afin de renforcer les facteurs prédisposants ; une communication indirecte par le biais de personnes ou de réseaux ayant une influence sur la population cible (employeurs, communauté, église, pairs et autres personnes significatives) pour accroître les facteurs de renforcement ; la consolidation de l'organisation communautaire, l'influence de programmes politiques et la formation de décideurs pour agir sur les facteurs facilitants.

En résumé

Les bilans éducationnel et écologique permettent :

- ✓ De cerner les facteurs prédisposants, facilitants et de renforcement qui influencent le comportement et l'environnement ;
- ✓ De sélectionner les facteurs prioritaires et, si possible, d'illustrer l'ordre selon lequel ils exercent leur influence ;
- ✓ D'établir les objectifs de changement.

La sélection des facteurs retenus comme prioritaires permet d'identifier les objectifs éducationnels et écologiques qui, eux-mêmes, permettent de définir les activités du programme de promotion de la santé.



L'alignement des interventions et les bilans administratif et politique

Étape 4

Alignement des interventions Bilans administratif et politique

Composantes du programme de promotion

Stratégies d'éducation
Plaidoyer
Média
Développement des compétences



Politiques
Réglementations
Organisations

Définition

L'alignement des interventions consiste à élaborer un plan d'action pour atteindre les objectifs définis aux trois premières étapes de la démarche de planification, en y intégrant les interventions les plus susceptibles de réussir à atteindre ces objectifs.

Le bilan administratif repose sur l'analyse des réglementations, des ressources et des conjonctures présentes au sein de l'organisation pouvant faciliter ou nuire à la mise en œuvre du programme. Ce bilan tient compte de l'organisation qui parraine le projet et non du contexte sociopolitique plus large. C'est un bilan interne à l'organisation.

Le bilan politique repose, quant à lui, sur l'analyse des conditions structurelles, politiques et légales internes et externes à l'organisation.

Objectifs

L'alignement des interventions et les bilans administratif et politique visent à :

- › Élaborer un plan d'action en y intégrant les meilleures pratiques pouvant servir à atteindre les objectifs recensés afin d'établir les ressources nécessaires ainsi que les conditions de mise en œuvre du programme, dont les conditions sociopolitiques requises pour son implantation et sa pérennisation ;
- › Définir les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires et disponibles pour le programme ;
- › Examiner les conditions structurelles, politiques et légales présentes au sein de l'organisation et à l'extérieur de celle-ci.

Alignement des interventions

Après avoir déterminé les priorités sociales et de santé du programme, les déterminants comportementaux et environnementaux ainsi que les objectifs éducationnels et écologiques, cette étape-ci consiste à convertir les résultats des divers bilans en un plan d'action, c'est-à-dire en plan de préimplantation du programme.

En premier lieu, cette conversion en éléments du programme doit, d'une part, correspondre aux changements individuels, organisationnels et communautaires visés et, d'autre part, être basée sur les évidences scientifiques d'éléments d'intervention générant potentiellement un changement sur les facteurs identifiés. Quand les évidences scientifiques sont absentes, les théories du changement jouent un rôle essentiel. Si le programme s'adresse à une diversité de sous-groupes de la population, celui-ci sera décliné en une variété d'interventions ciblant différemment les sous-groupes.

En deuxième lieu, il s'agit de prétester les éléments d'intervention qui n'ont pas déjà été testés.

Enfin, en troisième lieu, il faut décliner les composantes du programme en une série stratégique d'interventions séquencées faisant ainsi un programme cohérent et global. Ce n'est qu'après avoir effectué toutes ces étapes que les bilans politique et administratif peuvent être réalisés.

Vision écologique

Les étapes 3 et 4 (bilans éducationnel et écologique — alignement des interventions et bilans administratif et politique) permettent d'établir des objectifs qui viseront l'**individu**, ses **milieux de vie** ainsi que son **environnement global**. Le plan du programme doit inclure ces trois niveaux d'action.

Le modèle *PRECEDE/PROCEED* reconnaît l'interdépendance de ces niveaux. La présence d'une loi interdisant le tabac (environnement global) ou la présence d'une distributrice d'aliments sains dans un milieu de travail (milieu de vie) sont des exemples d'interventions qui doivent être mises en place avant de changer le comportement individuel (cessation tabagique ou adoption d'une alimentation saine). Ces éléments constituent des facteurs facilitateurs et de renforcement qui favorisent le changement et le maintien du comportement.

Ainsi, dans un programme global, l'alignement des trois facteurs (prédisposants, facilitateurs et de renforcement pour l'individu, sa famille, les membres de son milieu de vie de même que la société en général) permet d'espérer une efficacité certaine du programme. Décliner le programme avec des interventions spécifiques touchant ces trois catégories de facteurs et les différents niveaux d'action est capital pour développer une vision écologique et, ainsi, réaliser un programme global.

Distinction terminologique

L'emploi des termes « **intervention** » et « **programme** » est souvent interchangeable. Toutefois, pour Green et Kreuter, l'intervention réfère à une composante spécifique d'un programme global. Par exemple, un message médiatique est une activité s'intégrant dans une campagne médiatique (intervention) qui, elle-même, est une composante d'un programme plus large visant à changer la norme sociale à l'égard d'un mode de vie et interpellant les décideurs, les élus, etc.

Bilan administratif

Il s'agit d'examiner ici l'adéquation entre les ressources de l'organisation (ressources humaines, matérielles et financières) et les ressources requises par les activités inscrites dans le plan d'action afin d'aménager le programme de promotion de la santé, de l'optimiser et d'abolir les barrières et les obstacles à sa réalisation.

1 Évaluer les ressources nécessaires

À cette étape, les ressources examinées sont le temps requis, le personnel et le budget.

- › Le **temps requis** a été estimé plusieurs fois dans les différentes phases de planification, notamment lors de l'établissement par séquence des objectifs. Ainsi, les objectifs éducationnels et écologiques doivent être atteints avant les objectifs comportementaux ou environnementaux qui, eux-mêmes, le sont avant l'objectif de santé ou l'amélioration de la qualité de vie.

Le diagramme de Gantt est un outil qui peut aider à estimer le temps requis. Ce diagramme présente de façon visuelle le début et la fin de chaque activité par ordre chronologique en précisant celles qui se chevauchent ainsi que celles qui sont accomplies simultanément dans le temps. Pour chacune des activités liées aux différents objectifs, il est possible de préciser le temps alloué en semaines, en mois ou en années (tableau 3).

À l'arrière-plan de cette planification, l'examen du diagramme permet de dégager une perspective de cause à effet. Les objectifs immédiats, représentés par les objectifs éducationnels et écologiques, influencent les objectifs intermédiaires, représentés par les bilans comportemental et environnemental. Ces derniers interagissent avec les objectifs ultimes en association avec les bénéfices sociaux et de santé qui sont représentés par le bilan épidémiologique (précisé par les bilans sanitaire, génétique/biologique, comportemental et environnemental) et le bilan social.

La première estimation du **budget** se fait au niveau du personnel, en multipliant le temps pour chaque catégorie de personnel avec le salaire horaire ou une portion du salaire annuel et en y ajoutant les bénéfices, si nécessaire. Chaque organisation possède généralement ses politiques ou ses règles concernant les salaires et les bénéfices.

S'ajoutent aux salaires et bénéfices les frais associés au matériel, à l'imprimerie, à la poste, aux photocopies, aux téléphones, aux équipements, aux ordinateurs, au transport, etc.

2 Évaluer les ressources disponibles

Il s'agit d'examiner, lors de cette dernière étape, les ressources humaines, matérielles et financières dont l'organisation dispose.

Personnel

Il est fréquent dans une organisation de présumer que les ressources humaines en place suffiront à la réalisation du programme, ce qui n'est pas souvent le cas. Advenant le manque de ressources, plusieurs choix sont possibles :

- › Identifier le personnel des départements ou des unités autres que les ressources humaines qui devrait être inclus dans le programme et s'assurer de son implication ;
- › Former le personnel de façon à ce qu'il puisse assumer certaines tâches ;
- › Explorer la possibilité d'engager des bénévoles ou de coopérer avec d'autres organisations ;
- › Faire une recherche de financement ;
- › Évaluer la possibilité que les services soient payants ;
- › Si aucune de ces possibilités n'est envisageable, s'orienter vers des changements organisationnels impliquant une réorganisation ou une redistribution des ressources à l'intérieur de l'organisation, et ce, avant le début du programme.

Matériel

Il peut être important d'évaluer si une partie du matériel qui sera utilisé n'est pas déjà disponible dans une autre organisation au palier local, régional ou même national. Plutôt que d'élaborer et de produire tout le matériel nécessaire, du matériel existant peut être emprunté et adapté aux besoins du programme. Cette pratique permet généralement de diminuer de façon notable les coûts, autant au niveau du temps professionnel que de la production du matériel lui-même.

Les contraintes et les solutions envisagées concernant le personnel s'appliquent également au matériel.

L'évaluation de tous ces aspects conduit à prendre des décisions quant à la poursuite du programme. Si les ressources disponibles diffèrent trop des ressources nécessaires, il est toujours possible de réduire les objectifs ou de modifier les activités préconisées.

Mais avant de faire un tel geste, les éléments suivants doivent être pris en considération :

- › **Le seuil** : la notion de seuil suggère qu'il y a un minimum d'investissement de personnel en deçà duquel le programme ne pourra pas atteindre ses objectifs.
- › **Le point de diminution** : ce point représente le niveau d'investissement au-delà duquel un ajout de ressources humaines, financières et matérielles n'implique pas nécessairement de gains importants ou essentiels.
- › **Les éléments critiques** : ce sont les éléments essentiels pour l'atteinte des objectifs du programme.
- › **Les attentes critiques** : elles représentent le niveau d'objectifs en deçà duquel il est impossible d'aller sans mettre en péril tout le programme.
- › **Le « momentum » et l'argent disponible** : il s'agit de la possibilité d'étaler le programme sur une période de temps plus longue, ce qui permettrait par le fait même de réduire les coûts initiaux du programme.
- › **Les populations cibles** : il s'agit des personnes les plus difficiles à rejoindre, celles qui demandent le plus de ressources et, de ce fait, celles qui génèrent le plus de coûts. Il peut être tentant de ne pas leur donner priorité. Toutefois, cette solution risque aussi de nuire considérablement à l'atteinte des objectifs et au programme dans son ensemble.

3 Évaluer les barrières à la mise en œuvre du programme

Les barrières internes à l'organisation sont associées aux attitudes, aux politiques et aux relations de pouvoir. Différentes considérations doivent ainsi être envisagées.

Les attitudes et l'engagement du personnel

Il est essentiel à ce point de connaître les commentaires et les suggestions des personnes qui mettront en œuvre le programme, et ce, particulièrement si elles n'ont pas été impliquées dans sa planification. Cela doit s'effectuer avant le début de la mise en œuvre. Cette pratique ne garantit pas leur adhésion aux objectifs du programme, mais en accroît la possibilité.

Les conflits au niveau des buts

Si le programme demande une modification des procédures habituelles et entre en conflit avec les buts et objectifs de l'organisation-cliente ou de l'équipe, il est important de clarifier les priorités. Cela peut être le cas, par exemple, d'un programme de prévention des dépendances aux drogues réalisé par du personnel engagé et formé par l'organisme en santé, mais mis en œuvre dans une école qui ne partage pas son but.

Le degré de changement

De petites modifications de pratique sont plus faciles qu'un changement radical, ambitieux ou trop important. La mise en œuvre du programme doit donc s'effectuer petit à petit.

La familiarité avec les procédures et les méthodes

Toute méthode ou procédure nouvelle devrait être introduite et présentée avec finesse de façon à éviter qu'elle soit rejetée, ignorée ou adoptée de façon inadéquate.

La complexité

Tout changement qui demande de nombreuses négociations et exige une coordination complexe est plus difficile à mettre en place qu'une seule action ou l'implication d'une seule personne.

L'espace

L'espace peut devenir critique dans certaines organisations. Il devrait être distribué en fonction des besoins relatifs aux opérations du programme.

Bilan politique

Une fois l'évaluation des barrières administratives effectuée et les actions mises en place pour les réduire ou les éliminer, il peut demeurer certaines conditions d'ordre structurel ou politique à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisation. Celles-ci doivent être connues. Ces conditions font partie du contexte plus large et sont traitées dans le cadre du bilan politique. Elles représentent les conditions structurelles, politiques et légales intra ou inter-organisationnelles.

Le diagnostic politique permet d'identifier les forces et les faiblesses liées au contexte interne et externe de l'organisation, de définir les alliances possibles et d'anticiper les écueils potentiels. À cet effet, le document *La santé politique, petit manuel d'analyse et d'intervention politique en santé* propose une méthode d'analyse et d'intervention politique, développée par une équipe de l'Université Laval du Québec (O'Neill et coll., 2011). Il s'agit d'un outil additionnel permettant une réalisation structurée de ce diagnostic.

1 Évaluer les politiques et les règlements de l'organisation (conditions intra-organisationnelles)

Il est essentiel qu'il y ait compatibilité entre la mission, les politiques, la structure organisationnelle de l'organisme et le programme souhaité. Si tel n'est pas le cas, différents éléments du programme devront être révisés, et ce, à la lumière des éléments suivants :

La cohérence

La cohérence entre la mission, les politiques de l'organisation et le programme doit être évaluée. Dans le cas d'identification d'incohérences, il peut être utile de trouver des exceptions d'application ou encore des désistements en lien avec une ou des politiques concernées. Il faut, à ce point-ci, trouver le moyen d'interpréter, d'adapter ou de modifier des politiques afin que celles-ci puissent contribuer aux changements nécessaires. Si le programme est cohérent avec la mission et les politiques, on retrouve souvent une mention de cette cohérence dans l'introduction du programme, souvent signée par le directeur ou responsable, affirmant du même coup le soutien des autorités.

La flexibilité

Toute politique ou règlement a un degré de flexibilité. Il est pertinent de l'évaluer par rapport à des programmes déjà existants afin de fournir des arguments en faveur du programme souhaité.

L'anticipation

Le programme peut aussi ne pas être cohérent avec les missions, les valeurs, les politiques des parties prenantes ou les autres organisations influentes. Il est important d'anticiper cette situation, car elle pourrait entraîner des coupes budgétaires ou des conflits avec des décideurs, par exemple. Soutenus par des informations crédibles et scientifiques, les promoteurs de la santé pourront miser sur leurs compétences et leurs habiletés en négociation et en communication pour obtenir le soutien des décideurs. Grâce à des communications étroites avec les membres de la communauté, ils pourront aussi les prémunir contre des réactions négatives au projet.

2 Évaluer les forces et les barrières politiques (conditions inter-organisationnelles)

L'évaluation des forces politiques tient compte des facteurs structurels et politiques en lien avec les autres organisations. L'objectif est d'anticiper les différentes dimensions politiques, les acteurs politiques et les relations de pouvoir ayant un impact sur les facteurs comportementaux et environnementaux en lien avec le programme.

L'évaluation des conditions inter-organisationnelles est particulièrement importante étant donné que plusieurs programmes et politiques visant la modification d'habitudes de vie, de conditions de vie ou d'environnements sont contrôlés par plusieurs organisations, souvent situées hors du secteur de la santé. Il arrive que ces acteurs soient en conflits les uns avec les autres, notamment pour l'obtention de financement. Il est nécessaire d'adopter une approche qui présente ces acteurs comme étant interdépendants plutôt qu'indépendants les uns des autres et de rechercher le gain que chacun peut avoir en échange de son implication.

Les barrières dans la communauté

La participation de la communauté à la planification du programme amoindrit les barrières. Toutefois, il peut subsister certaines conceptions fausses qui peuvent donner lieu à une résistance passive, à des actions pour minimiser le programme, le discréditer ou encore le saboter. Dans certains cas, il peut être intéressant d'inviter les organisations qui se sentent menacées par le programme à le coparrainer, et donc à en partager la reconnaissance et la visibilité.

Le plaidoyer (*advocacy*), de plus en plus utilisé par les promoteurs de santé, peut permettre de contrer des actions de groupes d'intérêts divergents. L'utilisation des médias ou de certaines stratégies telles que l'approche de la *Santé dans Toutes les Politiques* (Jacques-Brisson et St-Pierre, 2018) peuvent contribuer à influencer directement et efficacement les décideurs au profit des objectifs poursuivis. Ce sont quelques approches pouvant être utilisées afin d'influencer les forces politiques constatées.

En résumé

L'alignement des interventions permet :

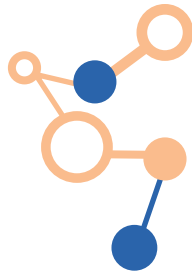
- ✓ D'élaborer un plan d'action pour atteindre les objectifs définis aux trois premières étapes de la démarche de planification ;
- ✓ D'identifier les interventions les plus susceptibles de contribuer à atteindre ces objectifs ;
- ✓ De prétester les éléments d'intervention qui n'ont pas déjà été testés.

Le bilan administratif permet :

- ✓ De déterminer les ressources disponibles et nécessaires pour la réalisation du programme ;
- ✓ D'éliminer les barrières intra-organisationnelles nuisant à l'implantation du programme ;
- ✓ De décider de la poursuite, de l'adaptation, de la modification ou de l'arrêt du programme.

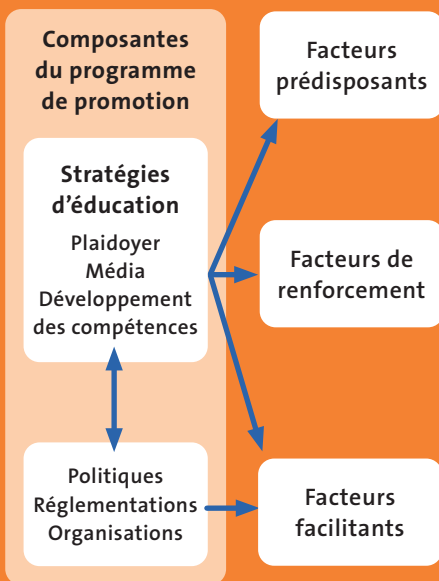
Le bilan politique permet :

- ✓ D'examiner le contexte structurel, politique et légal dans lequel se déroulera le programme ;
- ✓ D'identifier les partenariats indispensables ;
- ✓ De déterminer les forces ainsi que les barrières intra et inter-organisationnelles pouvant faciliter la mise en œuvre du programme ou y nuire.



La mise en œuvre et le maintien du programme

Étape 5 Mise en œuvre et maintien



Mise en œuvre

Dès que la partie *PRECEDE* est complétée, la partie *PROCEED* est à entreprendre. Elle consiste en la mise en œuvre et l'évaluation du programme.

Le développement du programme consiste en une série d'interventions spécifiques — tant au niveau des stratégies d'ordre individuel que celles d'ordre organisationnel, familial, législatif ou communautaire — qui répondent aux objectifs éducationnels et écologiques. Ces interventions sont dictées par les recherches scientifiques ou suggérées par des théories de changement. Maintenant que le programme est précis, il s'agit de le réaliser, c'est-à-dire de l'implanter, de le mettre en œuvre et de favoriser son maintien dans le temps.

Les ingrédients d'une bonne mise en œuvre sont une planification efficace, un budget adéquat, un soutien politique et organisationnel solide, une bonne formation et supervision du personnel et, finalement, un contrôle adéquat du processus d'évaluation. La formation et la supervision du personnel constituent la pierre angulaire de l'implantation du programme et peuvent faire l'objet, de ce fait, d'une planification en soi. Par ailleurs, le succès de la mise en œuvre dépend aussi de l'expérience, de la sensibilité aux besoins exprimés par la communauté, de la souplesse face à des situations changeantes, du regard posé sur les objectifs à long terme et d'un bon sens de l'humour. La plupart de ces ingrédients viennent avec le temps et l'occasion de commencer par de petits pas et de construire sur les succès obtenus.

La première étape est liée aux bilans administratif et politique. Elle consiste à revoir les forces et les barrières identifiées précédemment et à instaurer les changements organisationnels, les règlements et les politiques nécessaires à la mise en œuvre du programme. Certaines barrières sont internes à l'organisation et peuvent être surmontées par une réorganisation ou une réaffectation des responsabilités. D'autres relèvent de comportements ou de procédures associés à l'organisation ou à d'autres organisations et peuvent être modifiés par de l'information et de l'éducation aux décideurs, une négociation d'ententes, des règles ou encore par une action sociale ou la promotion de nouvelles législations.

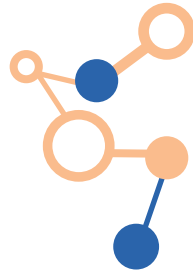
Toutes les initiatives politiques, les réglementations ou les structures organisationnelles (*PROC : Policy, Regulatory and Organizational Constructs*) sont perçues comme des facteurs qui facilitent les changements éducationnels et écologiques à la base des actions et des conditions de vie nécessaires à une bonne santé (*EED : for Educational and Ecological Development*). Les concepts de *PROCEED* cherchent à faire en sorte que le programme soit disponible, accessible, acceptable et responsable (assurance-qualité).

En promotion de la santé, les données les plus pertinentes sont généralement disponibles dans les études de cas qui servent d'assises au rationnel et aux stratégies d'intervention. Elles permettent également de mettre en lumière les problèmes liés à la mise en œuvre des activités du programme.

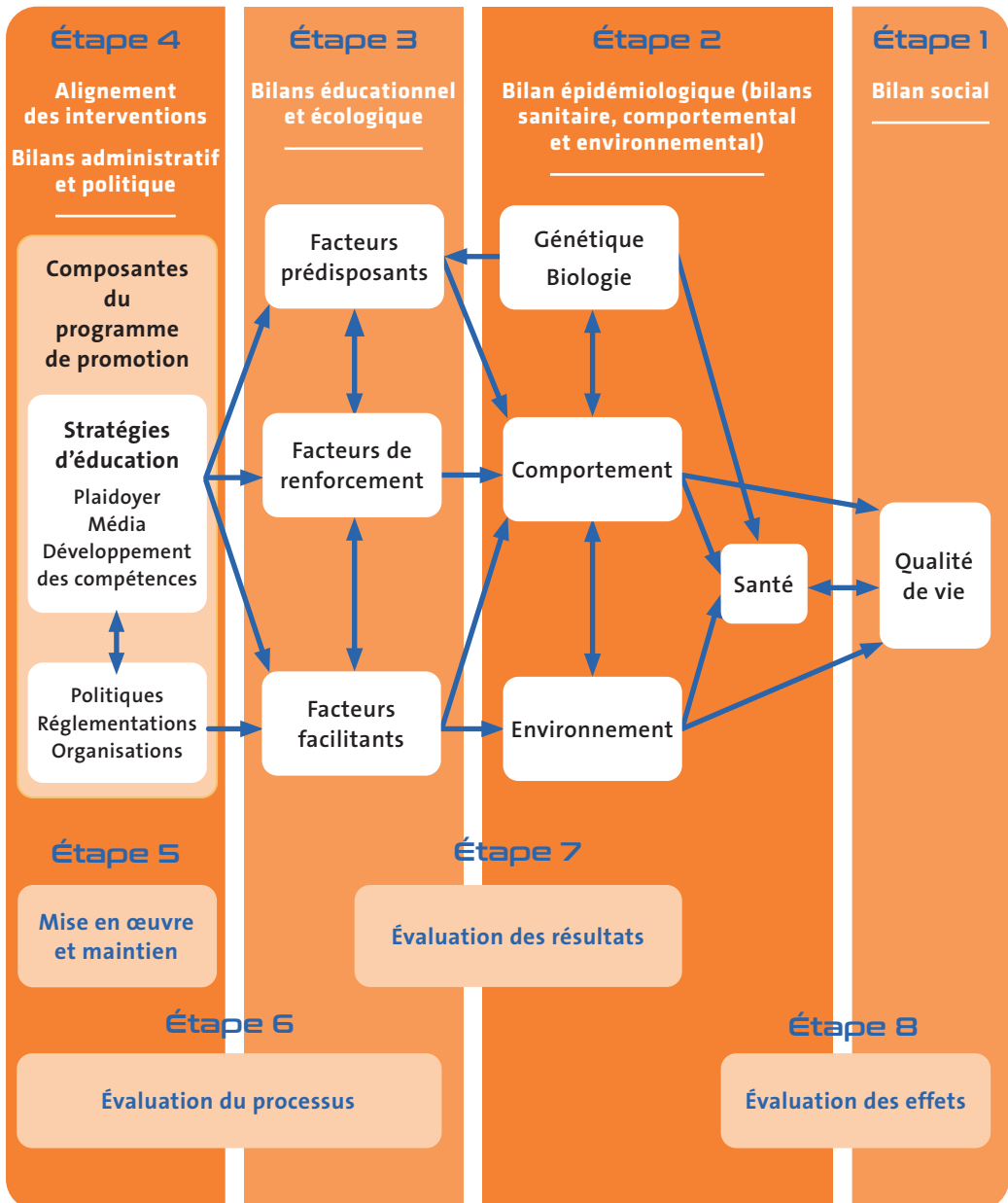
Maintien du programme

L'une des difficultés les plus fréquentes d'un programme en promotion de la santé est de pouvoir le maintenir une fois qu'il est implanté. Un programme portant sur les maladies infectieuses peut avoir des impacts à court terme et est le plus souvent mené à terme. Cependant, un programme en promotion de la santé qui cible la modification d'un style de vie ou des facteurs de risque en association avec des problèmes de santé chroniques a des effets qui se manifestent souvent à plus long terme et peut, de ce fait, avoir tendance à s'essouffler.

Dans ce contexte, les succès initiaux d'un programme peuvent être un incitatif à une implication plus large de la communauté. Dans le même sens, la participation de multiples acteurs aux différents processus (planification, approbation, mise en œuvre) est essentielle. Elle permet une appropriation du programme à différents niveaux organisationnels ou communautaires et accroît par conséquent les chances qu'a celui-ci d'être maintenu.



L'évaluation



Définition

Une démarche d'évaluation, qui consiste fondamentalement à porter un jugement de valeur sur un programme ou sur n'importe laquelle de ses composantes, favorisera une meilleure prise de décision.

Ce jugement peut porter sur tous les facteurs retenus ou sur un sous-ensemble de facteurs lors de l'application du modèle *PRECEDE/PROCEED*. Parmi ceux-ci, on dénombre : la mesure de la qualité de vie ; les indicateurs de santé ; les facteurs comportementaux et environnementaux ; les facteurs prédisposants, facilitants et de renforcement ; les activités du programme déjà implantées ; les changements de politiques, de règlements ou d'organisations ; le niveau d'expertise du personnel ; la qualité de la performance et le matériel développé. L'intérêt de l'évaluation est d'associer le changement d'un facteur à une composante ou une activité du programme de promotion de la santé.

La figure 4 de la page suivante montre que l'évaluation peut se pencher sur des composantes immédiates du programme telles que les stratégies d'éducation, les politiques, les réglementations ou les organisations (prétest ou évaluation formative) ou encore les ressources et la mise en œuvre (évaluation de processus) pour graduellement se déplacer vers les résultats à court terme du programme, basés sur les facteurs prédisposants, facilitants et de renforcement (évaluation des résultats), puis vers les résultats à moyen terme du programme, basés sur les facteurs comportementaux et environnementaux (évaluation des résultats), et finalement, vers les effets ultimes en association avec les bénéfices de santé et de qualité de vie (évaluation des effets). Ces différents niveaux d'évaluation sont discutés à la section « Types d'évaluation des programmes de promotion de la santé ».

Objectifs

L'évaluation est toujours nécessaire. Elle vise à :

- › Assurer la pertinence, la compréhension et l'acceptabilité des activités, des méthodes et du matériel inclus dans les diverses composantes du programme ;
- › Connaître les barrières et les facilitateurs à l'implantation du programme ;
- › Cerner les résultats du programme à court, moyen et long termes.

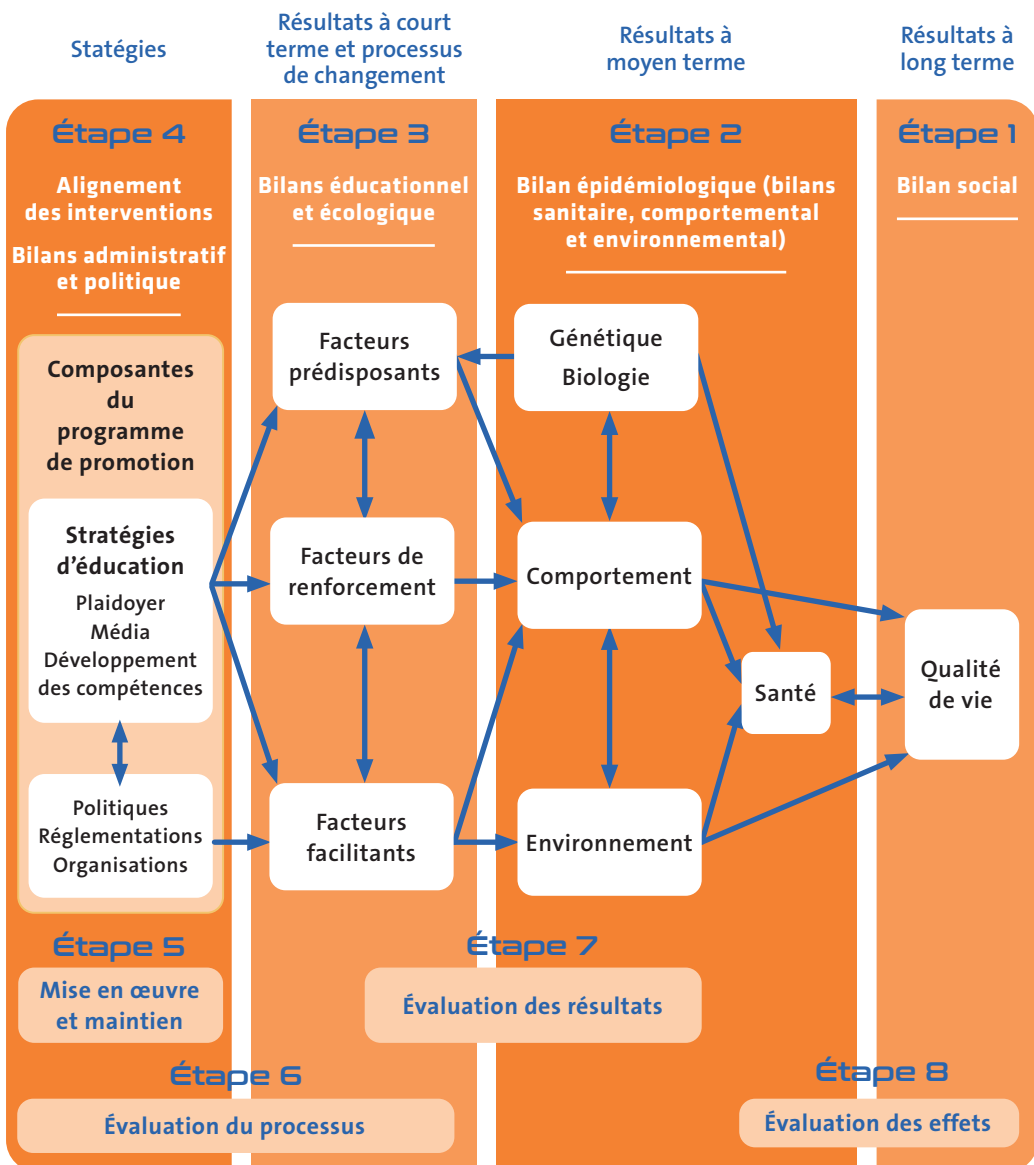
Elle permet de mettre en lumière les forces et les faiblesses du programme. Par conséquent, elle apporte un soutien pour maintenir et améliorer un programme bénéfique ou encore pour réallouer les ressources d'un programme moins efficace.

Par ailleurs, les objets d'une évaluation peuvent être différents selon le point de vue adopté. Les politiciens et le public sont généralement intéressés à faire l'évaluation des programmes les plus coûteux et suscitant le plus de controverses ; les professionnels de la santé et la communauté scientifique sont intéressés par les programmes les plus innovateurs ; les promoteurs de la santé et les acteurs sur le terrain veulent quant à eux évaluer les résultats en fonction du temps investi et des efforts fournis.

Types d'évaluation des programmes de promotion de la santé

Après avoir prétesté les composantes du programme de promotion de la santé, sa mise en œuvre peut s'évaluer à trois niveaux : le processus, les résultats (*outputs*) et les effets (*outcomes*). Le processus réfère aux conditions d'implantation du programme, les résultats correspondent aux résultats à court et moyen termes du programme tandis que les effets représentent les résultats à long terme.

Figure 4 | Types d'évaluation des programmes de promotion de la santé



Évaluation du processus

L'information sur le processus du programme est la première donnée disponible et constitue le premier niveau de l'évaluation.

L'évaluation du processus consiste à mesurer les conditions de mise en œuvre du programme et l'atteinte des populations cibles. Il s'agit d'une description claire et précise des éléments du programme et de son déroulement.

Il faut noter que l'évaluation formative (ou prétest) a été réalisée avant la mise en œuvre du programme. Cette évaluation est utilisée pour s'assurer que la justesse des diverses composantes du programme (activités, méthode, matériel, etc.) répond aux publics pour lesquels elles sont réalisées. En fait, il s'agit d'évaluer les activités, les méthodes et les nouvelles composantes du programme, puis d'ajuster le matériel de façon à ce qu'il soit plus accessible, plus adapté culturellement et plus acceptable par le public cible.

Les objectifs de l'évaluation du processus sont les « intrants » ou *inputs* du programme, les activités de mise en œuvre, l'atteinte des populations cibles et les réactions des acteurs. Les intrants réfèrent aux éléments politiques et théoriques du programme, à la spécificité et la vraisemblance des objectifs ainsi qu'aux ressources (financières, humaines et matérielles) allouées ou ajoutées. Les activités de mise en œuvre recouvrent par exemple la performance du personnel, les méthodes de collecte de données, les activités organisationnelles et leurs règlements ainsi que les événements médiatiques ou parrainés. Enfin, l'atteinte des populations cibles et les réactions des acteurs renvoient à la révision de la planification du programme par des comités ou des groupes de discussion composés de participants potentiels, au niveau de participation relative aux différentes activités du programme ou encore au niveau de collaboration des participants ou des organisations extérieures. Cette évaluation, qui met en lumière tout élément déviant du plan original, permet par ailleurs une interprétation et une généralisation plus précises des résultats.

Évaluation des résultats

L'évaluation des « extrants » ou *outputs* consiste à évaluer les résultats immédiats du programme (ou certains aspects des résultats) tels les objectifs comportementaux et environnementaux liés aux facteurs prédisposants, facilitants et de renforcement. La clarté, la spécificité et la vraisemblance des objectifs élaborés à l'aide, d'une part, des bilans comportemental et environnemental et, d'autre part, des bilans éducationnel et écologique sont les points d'ancrage de l'évaluation des résultats du programme.

Évaluation des effets

Ce niveau d'évaluation des effets ou *outcomes* touche les objectifs de santé et les bénéfices sociaux identifiés dès le début du processus de planification. Il réfère aux taux de mortalité, de morbidité, de maladies ou de handicaps pour une portion précise de la population. À titre d'exemple, les indicateurs sociaux tels que le chômage, l'itinérance ou la perte d'autonomie sont exprimés en pourcentage de la population.

Degré de précision et de contrôle nécessaire

Les questions clés à se poser lors d'une évaluation sont :

- › Qui demande l'évaluation ?
- › Qu'est-ce que les promoteurs de la santé et les autres acteurs ont besoin d'apprendre de cette évaluation ?
- › Que veulent-ils savoir exactement ?

Les réponses à ces questions permettent de déterminer l'approche et le type d'évaluation à privilégier.

Processus comme axe d'évaluation

L'évaluation du processus pourrait porter sur la possibilité de mettre en œuvre, au palier régional ou local, un programme dont les méthodes et le protocole expérimental ont déjà démontré des résultats appropriés et efficaces dans le cadre de recherches épidémiologiques, cliniques et évaluatives. Toutefois, il ne s'agirait pas d'appliquer systématiquement ce programme, mais d'être à même de comprendre pourquoi il a été efficace et de l'adapter selon les populations et les situations vécues.

Les objets d'intérêts examinés pourraient être, par exemple, les qualifications du personnel, l'intensité et la durée de la formation, l'accès et l'adéquation des lieux de services, les canaux de communication, la sensibilité culturelle du matériel éducatif, le degré d'encouragement à l'implication des pairs et de la famille, l'application des règlements de même que la compétence à appliquer des méthodes d'organisation communautaire.

Les données quantitatives seraient, par exemple, le nombre et la durée de sessions de formation ou d'information, le nombre d'individus rejoints ou encore le nombre et le type de messages diffusés par les médias.

Les données qualitatives représenteraient pour leur part une description de la préparation, des qualifications, de l'expérience du personnel impliqué dans le programme ou des réactions des participants à celui-ci ainsi que l'observation des services fournis.

Résultats ou effets comme axe d'évaluation

Lors de l'évaluation des résultats, la question suivante pourrait être posée : Est-ce que le programme améliore les facteurs cibles liés aux comportements ou à l'environnement ? L'évaluation des effets examine plutôt si l'application du programme réduit la mortalité causée par le problème de santé. L'information qu'il est nécessaire de recueillir pour répondre à ces questions avec un intervalle de confiance adéquat requiert beaucoup d'efforts et de rigueur.

Attribuer un changement à un programme spécifique ou à une ou plusieurs de ses composantes au sein d'une population nécessite des évidences ou des preuves. La force de ces évidences est établie en fonction de la méthode d'évaluation. La taille de l'échantillon étudié, la validité et la fiabilité des mesures et du plan d'évaluation font partie des éléments à prendre en considération. En d'autres termes, les techniques employées pour contrôler les divers facteurs retenus peuvent fournir d'autres explications aux effets observés.

Certaines questions sont à considérer :

- › Que demande l'organisation qui finance le programme ?
- › Est-ce que l'échéancier est réaliste ? Dans combien de temps les résultats ou les effets peuvent-ils être mesurés en regard du moment où ils sont attendus ?
- › Est-ce que la population ciblée pour l'étude est impliquée dans la démarche ? Est-elle accessible ?
- › Est-ce que les participants ont été partie prenante de la planification ?
- › Est-ce possible ou réaliste que les participants au programme soient désignés au hasard afin d'obtenir un devis expérimental ? Sinon, quelles sont les solutions de remplacement ?
- › Quelles sont les conditions éthiques retenues pour expérimenter certains effets sur des sujets humains ?
- › Est-ce que des instruments de mesure valides et fiables sont disponibles pour mesurer les résultats ou est-ce que de nouveaux outils de mesure doivent être développés et testés ?
- › Quelles sont les conditions mises en place pour la collecte, l'analyse des données et leur approbation ?
- › Est-ce que les ressources financières et humaines sont suffisantes pour réaliser l'étude tel qu'envisagé ?

Sans soutien technique et économique adéquat, il est peu réaliste et tout à fait inapproprié que des programmes communautaires ayant des ressources modestes et limitées mènent à de telles évaluations.

Ressources nécessaires pour effectuer l'évaluation

Tout processus d'évaluation peut facilement être interrompu par manque de temps ou d'intérêt de la part des acteurs qui participent à la collecte des données. Fréquemment, l'évaluation est perçue comme une tâche académique utilisant des ressources qui devraient être dévolues aux programmes eux-mêmes. Un des moyens pour tenter d'augmenter la participation des différents acteurs lors de la collecte de données est de les impliquer dans l'élaboration du plan d'évaluation. Les éléments clés pour cette élaboration sont :

- › Dans la mesure du possible, désigner une personne responsable de la coordination de la collecte de données ;
- › En se basant sur les objectifs formulés dans les étapes du *PRECEDE*, spécifier :
 - Les hypothèses dérivées des objectifs ;
 - Une liste des objets d'intérêts qui représentent les variables indépendantes ou les stratégies du programme, les méthodes ou le matériel éducatif ;
- › Bâtir une table ou une charte qui peut aider à visualiser l'organisation des données et leur compilation ;
- › Insérer des nombres, pourcentages ou taux présentant les standards d'acceptabilité ;
- › Faire une liste des informations essentielles ;
- › Développer un plan de l'échéancier des étapes de planification et de mise en œuvre de l'évaluation ;
- › Identifier les techniques de collecte de données appropriées et réalistes en fonction des données nécessaires ;
- › Identifier les sources de données et les outils de collecte déjà existants qui peuvent être utilisés ainsi que les outils à développer ;
- › Établir un plan de collecte de données en spécifiant quelles données doivent être recueillies, par qui et quand ;
- › Développer un plan pour la phase de diffusion des résultats incluant les présentations formelles des résultats, le rapport final, les publications, etc.

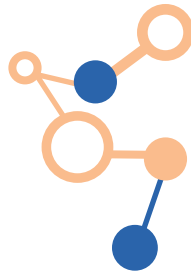
Encore une fois, un des éléments essentiels de l'évaluation est de répondre à la demande de ceux pour qui elle est réalisée. Dans cette perspective, il est important de mettre l'accent sur la demande et d'éviter de recueillir des données qui n'y répondent pas. Les données recueillies doivent être utiles, utilisables et utilisées.

En résumé

L'évaluation est nécessaire.

Deux questions essentielles se posent :

- ✓ Que veut-on mesurer ?
- ✓ Quelles sont les mesures possibles compte tenu de la capacité, du temps disponible et des ressources de l'organisme ?



Le résumé

Bilan social

Le bilan social consiste à évaluer, avec la population ou le groupe concerné, les principales préoccupations relatives à la qualité de vie et aux déterminants sociaux de la santé. Cette étape s'accomplit en impliquant la population dans l'étude de ses besoins et de ses aspirations et en déterminant, avec elle, les besoins qui sont prioritaires.

Bilan épidémiologique

Le bilan épidémiologique consiste d'abord à identifier les problèmes de santé qui sont en lien avec les conditions et la qualité de vie de la population. Cette identification est réalisée à l'aide des données disponibles, des diverses enquêtes et des recherches médicales et épidémiologiques. Ensuite, le bilan épidémiologique consiste à circonscrire le problème de santé, puis à identifier des facteurs génétiques/biologiques, comportementaux et environnementaux qui lui sont liés. Les facteurs comportementaux sont rattachés à l'individu alors que les facteurs environnementaux sont liés aux conditions physiques et sociales qui ont une influence sur le problème de santé.

Bilans éducationnel et écologique

Les bilans éducationnel et écologique consistent à identifier les facteurs qui doivent être modifiés pour instaurer et maintenir un processus de changement comportemental et environnemental. Ces facteurs sont regroupés en trois catégories, soit les facteurs prédisposants, facilitateurs et de renforcement.

Les facteurs prédisposants sont antécédents au comportement. Ils correspondent aux facteurs qui fournissent la motivation au changement.

Les facteurs facilitateurs sont également antécédents au comportement. Ils facilitent la concrétisation d'une action motivée.

Les facteurs de renforcement sont subséquents au comportement. Ils sont la récompense ou l'incitatif au comportement et contribuent à son maintien, à sa répétition ou à son élimination, si tel est l'objectif.

L'étude des différentes catégories de facteurs permet de déterminer ceux qui seront les cibles spécifiques du programme compte tenu de leur importance relative et des ressources disponibles.

Tout programme de promotion de la santé doit contribuer conjointement à modifier les facteurs liés au comportement et ceux liés à l'environnement.

Alignement des interventions

Cette étape consiste à convertir les résultats des divers bilans en un plan d'action, c'est-à-dire en plan de préimplantation du programme. Cette conversion en éléments du programme doit correspondre aux changements individuels, organisationnels et communautaires visés. Il faut les décliner en une série stratégique d'interventions séquencées, faisant ainsi un ensemble cohérent et global. Si le programme s'adresse à une diversité de sous-groupes de la population, celui-ci sera décliné en une variété d'interventions ciblant différemment les sous-groupes.

Bilans administratif et politique

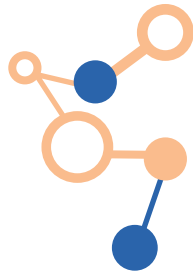
Les bilans administratif et politique consistent à analyser ce qui peut influencer le développement et la mise en œuvre du programme, soit les ressources humaines, matérielles et financières, les capacités internes de l'organisation ainsi que les conditions structurelles, politiques et environnementales en place dans l'organisation et dans les autres organisations concernées par le programme.

Mise en œuvre et maintien

Une fois que le montage final du programme est réalisé, il s'agit de le mettre en œuvre, c'est-à-dire d'implanter les activités précédemment définies en fonction des rôles, des objectifs, de l'échéancier, des ressources et du budget, tout en ayant eu soin de prétester les activités pour s'assurer d'une adhésion culturelle et d'une compréhension du matériel par le public cible.

Évaluation : processus, résultats et effets

L'évaluation fait partie intégrante du programme et repose essentiellement sur les objectifs déterminés lors des différents bilans. L'évaluation du processus est en lien avec les conditions de mise en œuvre du programme et l'atteinte des populations cibles ; celle des résultats est liée aux objectifs éducationnels et écologiques ainsi qu'aux objectifs comportementaux et environnementaux alors que celle des effets est en lien avec les objectifs de santé et de qualité de vie. L'évaluation doit permettre de mettre en lumière les forces et les faiblesses du programme. Elle doit répondre aux besoins de ceux pour qui elle est réalisée.



Références bibliographiques

GREEN, L.W. et M.W. KREUTER (2005). *Health Program Planning : An Educational and Ecological Approach*, 4th edition, New York : McGraw-Hill.

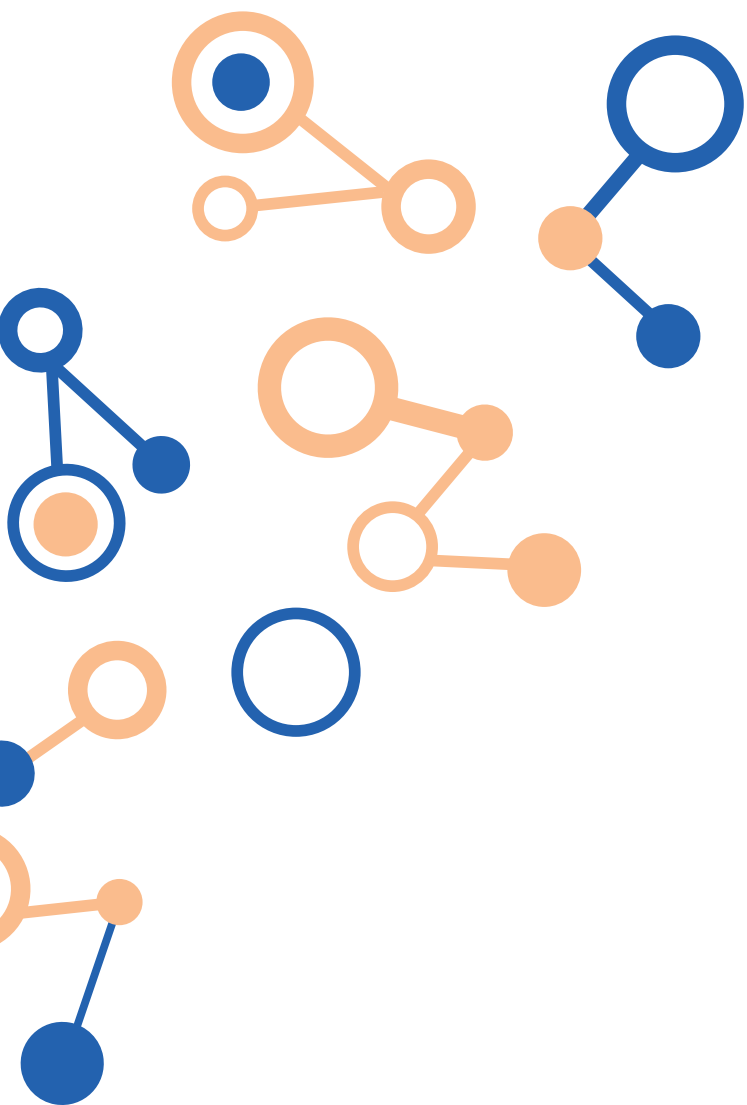
GREEN, L.W. et J.M. OTTOSON (2006). *A Framework for Planning and Evaluation PRECEDE-PROCEED: An Evolution and Application of the Model*. Conférence aux Journées annuelles de santé publique, 25 octobre 2006, Montréal, Québec.

JACQUES-BRISSON, A. et L. ST-PIERRE (2018). *Guide d'implantation de l'approche de la Santé dans Toutes les Politiques au palier local*, RÉFIPS, Collection PARTAGE, Montréal, Canada.

O'NEILL, M., G. ROCH et M. BOYER (dirs) (2011). *La santé politique, petit manuel d'analyse et d'intervention politique en santé*, 2^e édition. Presses de l'Université Laval, Québec, Canada.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1986). *Charte d'Ottawa — Promotion de la santé*. Récupéré de : www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Canada

REMMINGTON, P.L., B.B. CATLIN et K.P. GENNUSO (2015). "County Health Ranking: Rationale and methods". *Popul Health Metrics*, 13, 11.



978-2-98125-788-8

