



Recueil sur la prise de décisions fondée sur des données probantes : Numéro 3

Partager les réussites en santé publique au
Canada

Table des matières

Recueil sur la PDFDP	3
Histoires en vedette	3
Pratiques de dépistage sanguin chez les nouveau-nés dans l'État de Victoria : l'expérience australienne	5
Campagne « La rage existe réellement » : l'utilisation de résultats fondés sur des données probantes pour améliorer les connaissances sur la rage à Hamilton.....	9
Le projet REPOPA : examiner les politiques visant à améliorer l'activité physique (REsearch into POlicy to enhance Physical Activity).....	13
La promotion des mesures législatives fondées sur des données probantes au sujet de la manipulation des aliments dans la région de York	18
L'élaboration et la mise en œuvre de normes de pratique pour les soins infirmiers de santé publique concernant la période prénatale, postnatale et de la petite enfance au Manitoba	22
Le site Web compilant des données sur la santé communautaire : à l'écoute des besoins locaux en Colombie-Britannique	26

Recueil sur la PDFDP

Au Canada, chaque jour, des données probantes issues de la recherche servent à éclairer des décisions en santé publique. Nous avons colligé des histoires de partout au pays qui mettent en lumière l'usage des données probantes pour éclairer les pratiques, les programmes et les politiques de santé publique au pays. Lisez ce qui suit pour découvrir comment vos collègues utilisent des données probantes afin d'améliorer la santé des Canadiens. Avez-vous une histoire à partager? Communiquez avec nous à cnnmo@mcmaster.ca!

Histoires en vedette

Pratiques de dépistage sanguin chez les nouveau-nés dans l'État de Victoria : l'expérience australienne

Mridula Bandyopadhyay et Milica Markovic

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Victoria, Australie



Le dépistage sanguin chez les nouveau-nés est un outil important permettant de dépister des problèmes de santé rares et sérieux. **Découvrez à la page 5** comment le ministère de la Santé et des Services sociaux de l'État de Victoria (Australie) a mis en œuvre un projet d'amélioration de la qualité visant à augmenter l'utilisation du dépistage sanguin chez les nouveau-nés et à satisfaire aux principaux indicateurs de performance.

Campagne « La rage existe réellement » : l'utilisation de résultats fondés sur des données probantes pour améliorer les connaissances sur la rage à Hamilton

Jane Murrell

Services de santé publique de la Ville de Hamilton



Face à une épidémie de la souche du raton laveur du virus de la rage, la Ville de Hamilton et le ministère des Richesses naturelles et des Forêts ont créé et mis en œuvre une initiative de prévention et de contrôle de la rage. **Découvrez à la page 9** comment cette campagne novatrice de sensibilisation du public a été élaborée et mise en œuvre pour promouvoir la connaissance de la rage.

Le projet REPOPA : examiner les politiques visant à améliorer l'activité physique)

Maja Bertram, Natasa Loncarevic, Arja R. Aro



Département de santé publique, unité de recherche en promotion de la santé, Université du sud du Danemark

Afin de renforcer les capacités et l'expérience en matière d'élaboration de politiques intersectorielles fondée sur des données probantes, des chercheurs ont réalisé un projet dans plusieurs pays. **Découvrez à la page 13** les manières dont le projet REPOPA a employé des stratégies novatrices pour étudier l'élaboration de politiques fondée sur des données probantes et pour renforcer l'expérience et les connaissances dans ce domaine, grâce à des données probantes tirées de différents contextes.

La promotion des mesures législatives fondées sur des données probantes au sujet de la manipulation des aliments dans la région de York

Becky Hester, Diana Miller, Caitlyn Paget, Chetna Pandya

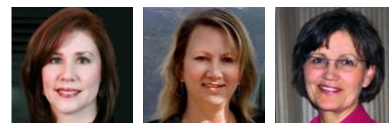


Bureau de santé publique de la région de York

Avant 2018, en Ontario, le certificat de manipulateur d'aliments n'était pas obligatoire. Ainsi, certaines municipalités ont adopté leur propre règlement. **Découvrez à la page 18** les manières dont la municipalité régionale de York a exploré et mis en œuvre dans sa région un règlement rendant obligatoire le certificat de manipulateur d'aliments pour les services d'alimentation.

L'élaboration et la mise en œuvre de normes de pratique pour les soins infirmiers de santé publique concernant la période prénatale, postnatale et de la petite enfance au Manitoba

Cheryl Cusack,¹ Michelle Johnson,² Jan Schmalenberg¹



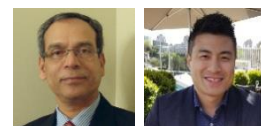
¹Santé, Aînés et Vie active Manitoba – Direction de la santé des populations et de la santé publique,

²Autorité de santé de Prairie Mountain

Avant 2013, il n'existait pas de compétences nationales pour les soins infirmiers de santé publique concernant la période prénatale, postnatale et de la petite enfance. **Découvrez à la page 22** comment Santé, Aînés et Vie active Manitoba a conçu et mis en œuvre des normes en matière de soins infirmiers de santé publique pour la période prénatale, postnatale et de la petite enfance afin de combler cette lacune.

Le site Web compilant des données sur la santé communautaire : à l'écoute des besoins locaux en Colombie-Britannique

Drona Rasali et Daniel Fong



Centre pour le contrôle des maladies de la C.-B. (BCCDC), Autorité provinciale des services de santé (Provincial Health Services Authority ou PHSA)

L'équipe responsable de la santé publique et de la santé des populations du Centre pour le contrôle des maladies de la C.-B. (BC Centre for Disease Control) a entrepris un projet visant à favoriser l'intégration des données dans le processus de planification des services de santé communautaire en Colombie-Britannique. **Apprenez-en davantage à la page 26** sur la création et la mise en œuvre du site Web compilant des données sur la santé communautaire et ses ressources connexes.

Pratiques de dépistage sanguin chez les nouveau-nés dans l'État de Victoria : l'expérience australienne

Mridula Bandyopadhyay et Milica Markovic

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Victoria, Australie

Contexte et justification

Les 1000 premiers jours de vie sont critiques pour la santé et le mieux-être de tous les enfants. Cette période, de la conception au second anniversaire, présente une occasion unique d'établir les bases d'un état de santé optimal tout au long de la vie. Une manière de promouvoir un début de vie sain passe par le dépistage sanguin et auditif chez les nouveau-nés, ce qui devrait être fait au cours de ces 1000 premiers jours.

Le dépistage sanguin, sur lequel se penche cette étude de cas, est l'un des programmes de santé publique les plus efficaces en Australie. Sur un carton destiné à cette fin, les infirmières et les sages-femmes recueillent du sang (quatre gouttelettes) prélevé sur le talon d'un nouveau-né, de 48 à 72 heures après la naissance, elles le font sécher à l'air pendant quatre heures puis l'envoient à un laboratoire de l'État pour qu'il soit soumis au dépistage. Cette procédure est une manière rapide, sécuritaire et efficace de repérer les nouveau-nés présentant un risque d'être atteints de problèmes de santé rares mais sérieux, y compris des handicaps physiques et intellectuels. L'identification précoce permet les interventions précoces, au cours des premières semaines de vie, ce qui peut prévenir les effets négatifs sur la santé et promouvoir la santé et le mieux-être tout au long de la vie.



Photo : Thorsten Frenzel (Pixabay)

Objectifs

Selon les lignes directrices australiennes fondées sur des données probantes relatives au dépistage sanguin chez les nouveau-nés, les échantillons sanguins devraient être recueillis de 48 à 72 heures après la naissance et être transmis au laboratoire en moins de 96 heures (quatre jours) après la collecte, afin de favoriser les interventions précoces permettant de prévenir les effets négatifs. La qualité de l'échantillon est aussi importante afin d'éviter l'échantillonnage répété. Cela inclut s'assurer que les cartons sont séchés correctement et que l'échantillon n'est pas contaminé. Une approche axée sur la santé publique requiert que tout écart entre les lignes directrices et les pratiques doit être réduit grâce à une initiative d'amélioration de la qualité.

Initiative

L'objectif de l'initiative de l'État de Victoria (Australie) était de repérer les fournisseurs de soins de maternité qui ne répondaient pas aux indicateurs de performance clés, de réaliser des visites sur place et de faciliter l'amélioration de la qualité. Les cibles de l'initiative étaient les services publics et privés de soins de santé de maternité ainsi que les sages-femmes exerçant une pratique privée indépendante. Pour chaque fournisseur de soins de maternité, les données concernant la rapidité de la collecte d'échantillons ainsi que de l'envoi et du transport (le temps que prend l'échantillon à se rendre au laboratoire de l'État après la collecte) du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017 ont été analysées afin d'établir un niveau de référence. Ces données ont également servi à surveiller et à suivre l'amélioration de chaque fournisseur de soins de maternité de l'État de Victoria en ce qui a trait à l'atteinte des normes recommandées de collecte et de rapidité.

Pendant 12 mois, à compter du 1^{er} mars 2018, les services de maternité présentant les plus longs délais entre la collecte et l'envoi des échantillons ont été sélectionnés pour recevoir une visite afin de nous permettre de connaître les obstacles à la prestation d'un programme de haute qualité en matière de dépistage sanguin chez les nouveau-nés. Ces visites ont amélioré notre compréhension de plusieurs problèmes locaux liés :

- à la géographie et à l'éloignement;
- au réseau et à la disponibilité des sages-femmes à domicile;
- aux services de messagerie en pathologie et aux services postaux;
- aux politiques et aux pratiques de chaque hôpital, y compris leurs répercussions sur la prestation de services de haute qualité.

La phase suivante de l'intervention ciblait les services de maternité dont les résultats étaient dans la moyenne. La dernière phase s'est axée sur les visites auprès des services de maternité ayant les meilleurs résultats, afin de nous permettre de comprendre les systèmes et les mécanismes leur permettant d'offrir un programme de dépistage sanguin chez les nouveau-nés de haute qualité.

Pour améliorer la rapidité de transmission et la qualité des échantillons des services de maternité ayant les moins bons résultats, nous avons collectivement élaboré et adapté un plan d'action individuel en collaboration avec le fournisseur de soins de maternité et les principales parties prenantes (comme les fournisseurs de services en pathologie et leurs services de messagerie), afin de trouver des solutions locales aux problèmes locaux. Parmi d'autres initiatives de collaboration visant à encourager l'excellence en matière de dépistage sanguin chez les nouveau-nés, mentionnons des interventions universelles comme les suivantes :

- la promotion de la participation à une [formation en ligne gratuite](#) destinée aux sages-femmes, aux infirmières et au personnel administratif des services de maternité;
- la conception d'un dépliant simple destiné aux sages-femmes sur la démarche de dépistage sanguin chez les nouveau-nés;
- la production d'une affiche sur le dépistage sanguin chez les nouveau-nés ciblant les consommateurs et les professionnels de la santé des domaines des soins infirmiers et de la pratique sage-femme.



Des outils multimédias ont aussi été mis au point pour favoriser et faciliter une démarche harmonieuse de collecte et d'envoi d'échantillons afin d'améliorer les résultats. Ces outils comprenaient notamment une [vidéo](#) portant sur l'expérience de vie d'un parent australien dont l'enfant a reçu un diagnostic de phénylcétonurie et une visite virtuelle du laboratoire de dépistage. Cette [deuxième vidéo](#) visait à améliorer la compréhension de ce qui arrive aux échantillons sanguins au laboratoire de dépistage, y compris leur traitement, leur conservation et la recherche.

Ces interventions universelles ont été complétées par des interventions spécifiques ciblant les fournisseurs, comme l'organisation d'ateliers régionaux interactifs et l'implication de patients locaux ayant vécu l'expérience de recevoir un diagnostic de maladie rare grâce au dépistage sanguin chez les nouveau-nés, et les ramifications que cela entraîne. Ces ateliers incluaient la résolution de problèmes à partir de scénarios réels recueillis lors des visites sur place.

Des forums ont eu lieu dans la capitale, Melbourne, afin que les cliniciens spécialisés des hôpitaux publics et privés et les sages-femmes exerçant une pratique privée indépendante puissent se réunir. Les participants ont grandement apprécié ces occasions d'échanger sur l'importance d'un programme de dépistage de haute qualité et ses répercussions sur la vie des nouveau-nés.

Évaluation et répercussions

Les sages-femmes et les infirmières ayant assisté à la formation de renforcement des capacités l'ont jugée satisfaisante à 100 %. Elles avaient le sentiment d'avoir amélioré leurs connaissances et leur compréhension du programme de dépistage sanguin chez les nouveau-nés et d'avoir appris les méthodes correctes de collecte, de séchage et de transmission des échantillons. Elles ont également développé des liens durables avec d'autres fournisseurs de soins de maternité. L'élaboration de l'initiative en consultation avec des parties prenantes clés a joué un rôle important dans la mesure dans laquelle l'initiative a été reçue et le niveau d'enthousiasme entourant sa mise en œuvre. Depuis le début de l'initiative, on a observé des améliorations systématiques des indicateurs de performance. Les données pour le premier trimestre de 2019 montrent une augmentation globale de la rapidité de la collecte des échantillons sanguins à l'échelle de l'État, y compris dans le secteur hospitalier public, qui est le plus grand fournisseur de soins de maternité de l'État de Victoria.

Les initiatives mises en œuvre sont autofinancées. On prévoit que l'élan se maintiendra, car ces initiatives sont à l'échelle du système et fondées sur des processus. Comme le roulement du personnel et les changements de direction pourraient ralentir la qualité de la performance, celle-ci continuera d'être suivie à chaque trimestre, et des interventions additionnelles pourront être mises en œuvre au besoin.

Leçons tirées

Une des principales leçons tirées de cette expérience était que les données constituent une première étape importante pour guider l'amélioration de la qualité. Les données ont éclairé les dialogues individuels et face à face avec les fournisseurs de soins de maternité afin de comprendre les défis auxquels ils font face et de trouver des solutions de manière collaborative. Un facteur clé de la mise en œuvre réussie des initiatives mentionnées était la prise en compte du contexte spécifique à chaque fournisseur de soins de maternité. Par exemple, la prise en main et l'adhésion aux initiatives étaient beaucoup plus importantes lorsqu'elles étaient organisées conjointement. L'inclusion des hauts dirigeants des fournisseurs de soins de maternité dans l'élaboration d'un plan d'action local était aussi indispensable au succès de cette intervention.

« Le fait de savoir qu'ils peuvent prévenir des handicaps permanents ... donne au personnel le sentiment d'être utile et de faire une différence dans la vie d'un nouveau-né, et la motivation de continuer à offrir un programme de grande qualité qui sauve des vies. »

En raison de la rareté des problèmes de santé identifiés grâce au dépistage sanguin chez les nouveau-nés, la majorité des membres du personnel n'avait jamais croisé de nouveau-né ayant l'un ou l'autre des problèmes visés par le dépistage. Le fait de rencontrer des enfants et leur famille lors d'ateliers interactifs a permis aux fournisseurs de soins de maternité de connaître les répercussions concrètes du programme de dépistage sanguin chez les nouveau-nés sur la santé à long terme et les résultats sociaux. Le fait de savoir qu'ils peuvent prévenir des handicaps permanents en recueillant correctement quatre gouttes de sang et

en les envoyant à temps donne au personnel le sentiment d'être utile et de faire une différence dans la vie d'un nouveau-né, et la motivation de continuer à offrir un programme de grande qualité qui sauve des vies.

Campagne « La rage existe réellement » : l'utilisation de résultats fondés sur des données probantes pour améliorer les connaissances sur la rage à Hamilton

Jane Murrell

Services de santé publique de la Ville de Hamilton

Contexte et justification

Le 4 décembre 2015, les Services de santé publique de Hamilton, en Ontario, ont reçu le premier signalement d'un raton laveur enragé dont le test de détection de la souche du raton laveur du virus de la rage était positif. L'animal avait attaqué deux chiens. Ce raton laveur était le premier animal terrestre à être infecté par le virus à Hamilton depuis 1994. La situation s'est rapidement transformée pour devenir la plus grande épidémie de la souche du raton laveur du virus de la rage de toute l'histoire canadienne. Elle a touché plusieurs régions et de nombreuses municipalités. À ce jour, 462 animaux ont obtenu des résultats positifs à un test de dépistage de la rage, et 332 d'entre eux provenaient de Hamilton. Une initiative de prévention et de contrôle de la rage par le ministère des Richesses naturelles et des Forêts, en partenariat avec les Services de santé publique de la Ville de Hamilton, a été lancée dans le but d'éradiquer la souche du raton laveur du virus de la rage de la région de Hamilton. Les premières étapes ont consisté à mettre à jour les documents de sensibilisation à la rage et à créer une nouvelle campagne de sensibilisation du public.

Objectif

L'objectif de la nouvelle campagne de sensibilisation à la rage consistait à « capter l'attention » et à prévenir les expositions futures. L'intention de la campagne était d'amener les résidents à consulter le site Web de la ville pour plus d'information.

Initiative

Une firme de marketing a été engagée pour créer la campagne. Deux styles ont été proposés (*voir les images 1 et 2*). Le premier était une affiche traditionnelle en éducation à la santé, qui montrait la photo d'un raton laveur. Le deuxième style combinait de façon créative des espèces qui sont des vecteurs de la rage, soit une chauve-souris, un raton laveur, une mouffette et un renard, pour créer des animaux hybrides appelés le « baccoon » et le « skox¹ ». Les deux propositions ont été testées dans le cadre de



Image 1 – Première ébauche des affiches

groupes de discussion. Les participants étaient des membres du personnel, des membres du public, des propriétaires d'animaux domestiques, des enfants et des résidents ne parlant pas anglais. Ces gens ont été interrogés à différents endroits, y compris dans des parcs à chiens, dans un centre international, dans d'autres services municipaux et dans un camp de jour pour enfants. Les tests auprès de groupes de discussion étaient volontairement simples et consistaient à montrer aux participants les deux affiches, et à leur demander de choisir celle qu'ils préféraient et d'expliquer pourquoi. On a aussi demandé aux participants : « Quelle affiche attirerait le plus votre attention et pourrait susciter des conversations? »

¹ Des combinaisons des noms des animaux en question (NDLT).

Les résultats indiquent que l’affiche présentant des animaux hybrides (« baccoon ») était la favorite. Elle a été choisie par 84 % des participants. Leurs commentaires descriptifs étaient notamment les suivants : « C’est différent et accrocheur », « Ça pourrait susciter des questions parce que c’est bizarre », et « Elle est plus susceptible d’être partagée sur les réseaux sociaux ». Cinq des treize personnes ayant choisi l’autre affiche ont changé d’avis lorsqu’on leur a demandé : « Quelle affiche attirerait le plus votre attention et susciterait ainsi plus de conversations? » La plupart des résidents ne parlant pas anglais ont aussi choisi l’affiche des animaux hybrides. Ils croyaient que le raton laveur de l’autre affiche était un chien, tandis que l’image hybride où figurait une chauve-souris les a fait s’interroger sur le sujet de l’affiche, parce qu’elle leur semblait étrange. De plus, les résultats indiquaient une variabilité importante dans le degré de connaissance de la rage chez les participants.

Mise en œuvre

Les images « Baccoon » et « Skox » ont été choisies pour la campagne « La rage existe réellement », laquelle a été officiellement lancée dans toute la ville en septembre 2016. La campagne consistait en des panneaux d’affichage, des affiches installées dans les arrêts d’autobus, du marquage publicitaire sur deux voitures des services animaliers, des affiches dans des arénas et des édifices municipaux ainsi que des publicités dans les médias sociaux (*voir l’image 2*). La campagne a aussi été partagée avec d’autres bureaux de santé et des partenaires clés. À ce jour, trois autres bureaux de santé ont adopté la campagne pour leur propre programme d’éducation en matière de rage. De plus, l’Association ontarienne des techniciens vétérinaires a utilisé ces images pour sa campagne « Protégez votre animal », en 2017 et en 2018.



Image 2 – Produit final

Évaluation et répercussions

Afin de mesurer le succès et le rayonnement de la campagne, une évaluation d’échantillonnage de commodité a été réalisée en 2018 à l’aide de sondages tant en ligne que sur papier. Les objectifs de cette évaluation étaient les suivants :

1. déterminer la portée de la campagne de sensibilisation;
2. déterminer le niveau de connaissance de la rage des résidents de la ville de Hamilton.

Résumé de l’évaluation

- Un total de 2 369 réponses complètes.
- La plupart des répondants (93,8 %) avaient entendu parler de la rage avant ce sondage et de ceux-ci, 77 % connaissaient le problème de rage touchant la ville de Hamilton.
- Un peu plus de la moitié des répondants (52,9 %) étaient en mesure de reconnaître les publicités « Baccoon » ou « Skox » ainsi que les messages sanitaires clés exprimés par ces publicités.
- Quatre-vingt-quatre pour cent (84 %) des répondants ont nommé les chats comme étant des vecteurs potentiels de la rage, comparativement à 93 % ayant nommé les chiens et 97 % ayant nommé les ratons laveurs.
- Quatre-vingt-deux pour cent (82 %) des répondants ont répondu correctement au sujet des soins à apporter à une blessure causée par un animal susceptible d’être porteur de la rage.
- La plupart des répondants (82 %) ont répondu correctement lorsqu’on leur demandait si la rage est mortelle.
- Certains répondants (26 %) croyaient que les oiseaux étaient un vecteur de la rage.

Les résultats de l'évaluation ont révélé que plus d'efforts étaient nécessaires pour rappeler que les chats sont une espèce pouvant être un vecteur de rage. Comme Hamilton avait déjà connu deux chats errants enrégés depuis le début de l'épidémie, c'est devenu un nouvel objectif du programme. On a alors créé un nouvel hybride : celui d'un chat et d'un chien, appelé le « Purrpup » (voir l'image 3). Cette image mettait l'accent sur les animaux domestiques étant à risque d'être porteurs de la rage. Elle était aussi plus appropriée pour l'éducation en matière de rage dans les cliniques vétérinaires, où le public peut s'identifier aux messages concernant les animaux domestiques.



Image 3 – « Purrpup »

Leçons tirées

Le fait de partager le travail de création avec d'autres bureaux de santé et des partenaires a élargi la portée et le rayonnement de cette campagne d'éducation. Sa diffusion a rencontré quelques défis. Par exemple, en créant les noms des animaux hybrides, il a été décidé d'utiliser des guillemets afin qu'il n'y ait aucun problème au moment de les traduire en d'autres langues. Après le lancement de la campagne, nous avons découvert que le terme « skox » a une définition défavorable dans le langage populaire. C'était malheureux, mais comme le terme « skox » est toujours utilisé en même temps que l'image et le slogan « La rage existe réellement », le sentiment était qu'il n'y aurait pas de malentendu. L'évaluation a aussi démontré que certains résidents ne savaient pas que la rage était mortelle et que le fait d'apporter les soins appropriés à une blessure constituait une première étape essentielle en matière de protection.

L'évaluation a indiqué que ces éléments importants devaient être mis davantage de l'avant sur nos affiches afin d'améliorer les connaissances. Pour la suite, les questions suivantes nécessiteront des améliorations constantes afin de renforcer la sensibilisation de la communauté à la rage :

- S'assurer que tous les messages sur la santé mentionnent explicitement que la rage peut causer la mort.
- Déboulonner les mythes concernant les animaux qui peuvent et ne peuvent pas transmettre la rage.
- Continuer à renforcer les messages sur la santé en ce qui a trait à l'exposition à des animaux.
- Continuer à réitérer l'importance de la prévention de la rage par la vaccination des animaux, l'évitement des animaux sauvages et la supervision des animaux domestiques.

« Parmi les répercussions heureuses imprévues, notons que l'image du « bacoon » a transcendé la barrière des langues, car plusieurs résidents ne parlant pas anglais ont reconnu la chauve-souris, mais voulaient poser plus de questions lorsque cette image était combinée à celle d'un raton laveur. »

Parmi les répercussions heureuses imprévues, notons que l'image du « bacoon » a transcendé la barrière des langues, car plusieurs résidents ne parlant pas anglais ont reconnu la chauve-souris, mais voulaient poser plus de questions lorsque cette image était combinée à celle d'un raton laveur. Cet aspect n'avait pas été considéré avant l'étape de la conception graphique. La campagne « La rage existe réellement » a été populaire sur les réseaux sociaux grâce à ses images uniques et accrocheuses. Globalement, l'évaluation a

démontré que la campagne a réussi à garder les résidents de Hamilton à l'abri de la rage, tout en suggérant également des manières d'améliorer cette campagne.

Pour avoir accès à l'une ou l'autre des ressources mentionnées dans ce texte, communiquez avec Jane Murrell à jane.murrell@hamilton.ca.

Le projet REPOPA : examiner les politiques visant à améliorer l'activité physique (REsearch into POLicy to enhance Physical Activity)

Maja Bertram, Natasa Loncarevic, Arja R. Aro

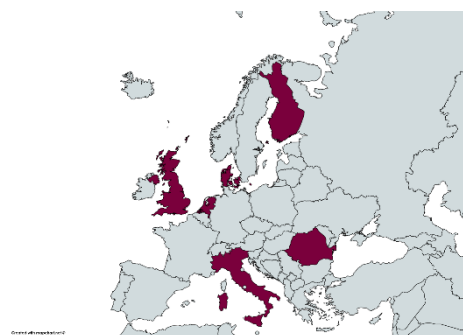
département de santé publique, unité de recherche en promotion de la santé,
Université du sud du Danemark

Contexte et justification

De solides données probantes démontrent les bénéfices pour la santé de l'activité physique régulière ainsi que les manières dont différents environnements physiques influencent la vie active. Les données probantes issues de la recherche sont aussi utiles pour élaborer des politiques efficaces. Toutefois, il manque encore des connaissances sur les manières d'intégrer les données probantes issues de la recherche en santé pour améliorer les politiques publiques en matière d'activité physique. Il peut s'agir de politiques qui portent directement sur l'activité physique ou de politiques qui créent des environnements favorables à l'activité physique.

Dans le but de renforcer l'expérience et les connaissances sur les manières d'améliorer l'élaboration de politiques intersectorielles fondée sur des données probantes en matière d'activité physique, le projet REPOPA (REsearch into POLicy to enhance Physical Activity; www.repopa.eu) a été lancé. Le septième programme-cadre de l'Union européenne a financé le projet, qui s'est déroulé d'octobre 2011 à septembre 2016. Le projet REPOPA a adopté une approche axée sur l'élaboration de politiques publiques fondée sur des données probantes, laquelle intègre les données probantes issues de la recherche à des sources additionnelles de données probantes tirées des contextes, des ressources et des besoins et préférences sociaux et politiques locaux.

Le projet s'est déroulé dans six pays de l'Union européenne (Danemark, Finlande, Italie, Pays-Bas, Roumanie et Royaume-Uni). Le Canada agissait à titre de partenaire d'évaluation du projet. Les résultats de ce projet peuvent être utiles au Canada, lorsqu'il s'agit de planifier l'élaboration et la mise en œuvre de politiques liées à l'activité physique ou à d'autres activités de promotion de la santé.



Objectif(s)

Les objectifs du projet REPOPA étaient les suivants :

- étudier l'état de l'utilisation de la recherche et d'autres types de données probantes dans l'élaboration de politiques sur l'activité physique en analysant des documents et en interrogeant des acteurs;
- étudier deux types d'interventions en matière d'élaboration des politiques publiques sur l'activité physique (des jeux de rôle sur les politiques et des interventions axées sur la gestion et adaptées au contexte local) pour améliorer l'élaboration de politiques fondée sur des données probantes;

- mettre au point des indicateurs permettant d'évaluer le niveau d'élaboration de politiques fondée sur des données probantes.

Initiative, mise en œuvre et évaluation

Le projet REPOPA a employé une méthode programmatique, c'est-à-dire que chaque phase du projet influençait les phases suivantes.

Phase 1 :

Le projet a commencé par une **analyse de contenu thématique** de 21 politiques et des **entretiens avec des décideurs politiques et des experts** (n = 86). Les principaux obstacles à l'utilisation des données probantes issues de la recherche dans l'élaboration de politiques étaient :

- les traditions;
- les facteurs bureaucratiques et organisationnels;
- la nature des processus d'élaboration des politiques publiques et les intérêts politiques;
- le manque d'études ou l'absence d'études applicables, au besoin;
- la difficulté, pour les non-universitaires, de comprendre le langage universitaire;
- l'absence de mécanismes pour recueillir des données probantes issues de la recherche ou pour rencontrer des chercheurs.

D'autres facteurs recensés étaient le manque de temps, le peu de ressources financières et humaines, et l'absence de compétences et de lignes directrices en ce qui concerne l'utilisation des données probantes issues de la recherche dans le processus d'élaboration des politiques publiques.

Les principaux facteurs facilitant l'utilisation des données probantes issues de la recherche dans l'élaboration de politiques étaient :

- le soutien donné par les services administratifs à l'utilisation des données probantes issues de la recherche;
- une culture organisationnelle qui favorise l'élaboration de politiques fondée sur des données probantes;
- l'existence d'études pertinentes qu'il est possible de mettre en pratique;
- des relations directes ou institutionnelles entre les décideurs politiques et les chercheurs.

Phase 2 :

Sur la base des résultats de la phase 1, le projet a mis au point **deux types d'interventions**.

La première intervention était un jeu de rôle sur les politiques visant à stimuler l'usage des données probantes dans l'élaboration de politiques locales et à améliorer la collaboration pour accroître la compréhension mutuelle entre les décideurs politiques et différentes organisations (p. ex., des organisations gouvernementales comme les administrations municipales, et des organisations non gouvernementales comme des associations de patients et des clubs sportifs). Le jeu de rôle sur les politiques s'est déroulé aux Pays-Bas, au Danemark et en Roumanie. Les équipes de ces pays ont conçu le jeu, choisi de vrais scénarios politiques, réalisé une analyse des systèmes et préparé l'exécution du jeu.

Les jeux de rôle sur les politiques ont été conçus à partir d'un scénario de base : une municipalité fictive où différents acteurs travaillaient à la mise en œuvre d'une politique relative à l'activité physique. L'objectif était de mettre au point des interventions intersectorielles grâce à la collaboration entre acteurs et de concevoir un plan de mise en œuvre global correspondant aux objectifs de la politique sur l'activité physique. Un meneur de jeu animait la partie et s'assurait du respect du scénario. Afin d'élaborer des interventions intégrées et intersectorielles, les équipes devaient obtenir l'appui d'autres équipes. À la fin, le meneur de jeu évaluait les résultats et, avec les acteurs responsables du jeu, décidait si les interventions proposées par les équipes (lesquelles constituaient le plan de mise en œuvre final) répondaient aux objectifs de la politique relative à l'activité physique.

Les jeux de rôle sur les politiques ont été adaptés aux contextes locaux et de 18 à 20 participants y ont pris part dans chaque pays. À titre d'exemple, au Danemark, le jeu a été conçu autour d'une politique appelée « La politique sur la santé 2013-2016 : c'est l'affaire de tous à Elsinore ». Le groupe cible désigné était constitué de tous les citoyens de la municipalité, mais on portait une attention particulière aux citoyens ayant des besoins particuliers et des maladies chroniques. Cette politique était fortement axée sur la promotion de l'activité physique chez tous les citoyens, y compris les enfants et les jeunes. Son objectif était de mettre en place, dans la municipalité, des environnements donnant des chances égales à tous les citoyens d'avoir des modes de vie sains. Le jeu consistait à créer un plan de mise en œuvre de cette politique.

Les données liées à la participation à ce jeu ont été mesurées par des observations et des questionnaires administrés avant le jeu, immédiatement après le jeu et six mois après le jeu. Les jeux de rôle sur les politiques ont semblé améliorer la compréhension mutuelle entre les décideurs politiques et les organisations qui y ont participé. Ils ont aussi démontré l'importance du soutien de l'organisation et de la direction en ce qui a trait à l'usage des données probantes issues de la recherche, surtout en matière de collaboration intersectorielle. De plus, le jeu a engendré une meilleure compréhension des processus politiques, y compris en ce qui concerne les réseaux organisationnels et les rôles des acteurs. On a aussi observé un changement positif dans l'attitude et les comportements relatifs à la collaboration, à certains aspects du leadership et à l'usage des données probantes. Également, les jeux de rôle sur les politiques ont aidé à illustrer les avantages du recours à l'expertise et à diverses sources de données probantes dans le processus d'élaboration des politiques publiques.

La seconde intervention était axée sur la gestion et adaptée au contexte local en fonction des besoins, du contexte et de l'analyse des acteurs. Chaque équipe (au Danemark, en Italie et aux Pays-Bas) a choisi deux scénarios politiques pour son intervention. Au Danemark, l'intervention visait à accroître la collaboration intersectorielle et l'élaboration stratégique de politiques. Aux Pays-Bas, l'intervention cherchait à renforcer la planification en matière d'activité physique. En Italie, les interventions se sont axées sur les connaissances et l'application de la recherche concernant deux stratégies relatives à l'activité physique. Les interventions comprenaient des ateliers, des séances de formation, du réseautage, de l'échange de connaissances et des consultations. Les interventions ont duré de 6 à 18 mois. Un questionnaire a été distribué avant, immédiatement après l'intervention et 12 mois après l'intervention.

Les interventions se sont révélées utiles pour accroître le niveau d'élaboration de politiques fondée sur des données probantes. Elles ont aussi amélioré l'accès aux données probantes issues de la recherche, les requêtes les concernant et l'utilisation de celles-ci. Les obstacles à l'utilisation des données probantes issues de la recherche ont également diminué, et les politiciens ont demandé des données probantes issues de la recherche plus fréquemment. Bien que l'évaluation démontrait que les interventions fondées sur les besoins et l'élaboration collaborative de politiques sont des manières efficaces d'améliorer l'élaboration de politiques fondée sur des données probantes, le suivi après 12 mois a révélé qu'il était difficile de soutenir ces effets à long terme.

Phase 3 :

Les résultats ont été validés et négociés auprès des acteurs des pays participants et des représentants d'autres pays de l'UE grâce à une **méthode Delphi**. L'étude Delphi a généré une liste de 25 indicateurs mesurables en matière d'élaboration de politiques fondée sur des données probantes, et huit indicateurs complexes additionnels, lesquels ne sont pas (encore) mesurables. Ces 25 indicateurs se divisaient en quatre catégories :

- Ressources humaines : compétences et réseautage;
- Documentation : récupération et production;
- Communication et participation;
- Suivi et évaluation.

Le processus Delphi a été mis en œuvre en trois étapes : deux rondes Delphi par Internet à l'échelle internationale (76 participants) et une troisième phase Delphi en personne à l'échelle nationale, dans les six pays liés au projet REPOPA. Les 25 indicateurs mesurables définitifs peuvent servir de liste de vérification en matière d'élaboration des politiques publiques afin d'évaluer si la politique en question est fondée sur des données probantes et la mesure dans laquelle c'est le cas. Veuillez consulter *Development of measurable indicators to enhance public health evidence-informed policy making* (<https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-018-0323-z#Tab1>) pour en savoir davantage sur ces indicateurs. Des résumés des données probantes et des fiches d'information ont aussi été préparés afin de synthétiser les données probantes amassées dans chacun des six pays. Tous ces documents peuvent être consultés sur la page Web du projet REPOPA (www.repopa.eu).



Leçons tirées

Le projet REPOPA a permis de définir plusieurs manières dont les chercheurs peuvent aider les décideurs politiques à favoriser l'élaboration de politiques fondée sur des données probantes :

- Communiquer les résultats des études existantes, pertinentes et applicables sans utiliser de jargon universitaire;
- Bâtir des processus et des mécanismes visant à amasser des données probantes issues de la recherche ainsi qu'à rencontrer et à créer des relations avec des décideurs politiques;

- Utiliser des jeux de rôle sur les politiques pour accroître la compréhension mutuelle entre les décideurs politiques et les chercheurs;
- Souligner l'importance de la collaboration intersectorielle entre les organisations et les directions.

« Ces interventions adaptées au contexte local ont aidé les décideurs politiques à tenir compte des besoins et des valeurs des personnes visées par ces politiques, ainsi qu'à les encourager à demander plus fréquemment des données probantes issues de la recherche. »

Les chercheurs du projet REPOPA se sont aussi joints à de vrais groupes d'élaboration de politiques sur l'activité physique et ils les ont aidés à utiliser des données probantes issues de la recherche. Ces interventions adaptées au contexte local ont aidé les décideurs politiques à tenir compte des besoins et des valeurs des personnes visées par ces politiques, ainsi qu'à les encourager à demander plus fréquemment des données probantes issues de la recherche. REPOPA n'était pas qu'un projet de recherche universitaire. Ses conclusions ont aussi été transformées en instruments utilisables, comme des indicateurs pour l'élaboration de politiques fondée sur des données probantes.

Le thème du projet REPOPA était l'activité physique, mais les leçons qui en ont été tirées et les instruments qui ont été mis au point peuvent s'appliquer à d'autres domaines, surtout ceux qui concernent les modes de vie sains.

La promotion des mesures législatives fondées sur des données probantes au sujet de la manipulation des aliments dans la région de York

Becky Hester, Diana Miller, Caitlyn Paget, Chetna Pandya

Bureau de santé publique de la région de York

Contexte et justification

En 2018, le certificat de manipulateur d'aliments (CMA) est devenu obligatoire en Ontario. La province se joignait alors à d'autres provinces et municipalités qui exigent que les services d'alimentation disposent sur place de personnel formé au sujet de la manipulation hygiénique des aliments. Un service d'alimentation est tout endroit où l'on prépare ou sert de la nourriture destinée à la consommation publique, y compris les restaurants, mais aussi les camions de cuisine de rue, les usines de production alimentaire, les cantines, les cafétérias, et les comptoirs de service des hôpitaux et des établissements de soins de longue durée, entre autres.



Avant 2018, l'Ontario exigeait de ses bureaux de santé publique (BSP) qu'ils s'assurent que la formation était accessible localement et qu'ils encouragent les services d'alimentation à employer des manipulateurs d'aliments certifiés. Cependant, l'embauche de manipulateurs d'aliments certifiés était facultative, sauf si une municipalité avait adopté un règlement rendant le CMA obligatoire. Parmi les administrations ayant adopté des règlements concernant le CMA avant 2018, nommons Toronto, Niagara, Hamilton et London.

Objectifs

En 2015, avant que le CMA soit obligatoire dans toute la province, le bureau de santé publique de la région de York (BSPRY) s'est demandé s'il fallait adopter un règlement local concernant le CMA. L'objectif du règlement était d'augmenter le nombre et la proportion de services d'alimentation qui emploient du personnel certifié, dans l'intention d'accroître les pratiques de manipulation hygiénique des aliments et d'améliorer la conformité des services d'alimentation lors des inspections sanitaires.

« L'objectif du règlement était d'augmenter le nombre et la proportion de services d'alimentation qui emploient du personnel certifié, dans l'intention d'accroître les pratiques de manipulation hygiénique des aliments et d'améliorer la conformité des services d'alimentation lors des inspections sanitaires. »

L'équipe de projet a tenu compte de nombreuses questions au cours de l'élaboration d'un règlement concernant le CMA, y compris :

- la question de savoir s'il fallait ou non adopter un tel règlement;
- le contenu du règlement (p. ex., s'il fallait exiger la présence de personnel certifié dans tous les services d'alimentation, ou seulement dans les services à risque élevé; le nombre d'employés certifiés à exiger; et s'il fallait exiger des propriétaires/exploitants qu'ils soient certifiés);
- la manière de mettre en œuvre et de faire respecter le règlement (p. ex., comment informer les exploitants et contrôler le respect du règlement, et s'il fallait ou non l'appliquer de façon progressive).

Évaluation des données probantes concernant le certificat de manipulateur d'aliments obligatoire

Le BSPRY a tenu compte de plusieurs sources de données probantes pour décider s'il fallait ou non adopter un tel règlement. Une revue de littérature exhaustive a indiqué que la formation en salubrité des aliments améliore les connaissances et les attitudes en matière de salubrité alimentaire. La stratégie de recherche de littérature s'est axée sur des combinaisons de différents mots-clés pour représenter les concepts suivants : manipulation d'aliments ou inspection des aliments; certification ou éducation ou règlement; santé publique; et obligation. La recherche a été réalisée dans des bases de données de littérature scientifique et dans le moteur de recherche de Google, en plus d'une recherche manuelle de littérature grise provenant de bureaux de santé publique et de ministères. Sur les 70 articles trouvés, trois revues systématiques et un rapport de littérature grise ont été considérés comme pertinents et de grande qualité méthodologique.

Pour évaluer les attitudes locales envers le certificat de manipulateur d'aliments, le BSPRY a interrogé plus de 1 000 résidents de la région de York. Il a découvert que 88 % d'entre eux appuyaient l'adoption d'un règlement. Pour cette enquête, on a ajouté un module sur mesure portant sur l'appui du public à une mesure législative concernant le CMA au Système de surveillance rapide des facteurs de risque 2014, un sondage téléphonique représentatif des résidents de l'Ontario qui est réalisé chaque année par des BSP choisis de la province.

Le BSPRY a aussi analysé des données originales sur l'efficacité du CMA. Le programme en salubrité des aliments a ajouté des questions sur le CMA aux formulaires utilisés lors des inspections sanitaires régulières. Ainsi, les inspecteurs en santé publique (ISP) ont recueilli, dans tous les services d'alimentation inspectés, les réponses aux questions suivantes : des personnes étaient-elles certifiées? Le cas échéant, qui étaient-elles (p. ex., un manipulateur d'aliments ou un propriétaire/exploitant)? Ces personnes étaient-elles sur place au moment de l'inspection? Cette collecte de données a permis au BSPRY d'analyser quatre années de dossiers d'inspection (2011-2014). Les résultats ont démontré que les services d'alimentation ayant du personnel certifié étaient visés par moins d'infractions et moins de plaintes, en plus d'être moins touchés par des activités d'application de la loi (p. ex., ordonnances, fermetures, contraventions).

Comme il a été démontré que le CMA était une intervention fondée sur des données probantes ayant un appui public généralisé, le BSPRY a décidé d'adopter un règlement le rendant obligatoire.

Utilisation des données probantes pour influencer le contenu du règlement

D'une administration à l'autre, le contenu des mesures législatives concernant le CMA varie en ce qui a trait à qui doit être certifié (p. ex., les propriétaires/exploitants ou les manipulateurs d'aliments, un seul manipulateur ou plusieurs) et au fait de déterminer si une personne certifiée doit être sur place en tout temps. L'analyse des dossiers d'inspection par le BSPRY a révélé que le fait qu'un manipulateur d'aliments certifié soit sur place était plus efficace que le fait d'en compter un parmi son personnel, en plus de démontrer que le fait qu'un propriétaire/exploitant certifié soit dans l'équipe (mais pas nécessairement sur place) était particulièrement associé à une conformité accrue. Par conséquent, le règlement de la région de York a exigé qu'un propriétaire/exploitant certifié soit membre de l'équipe et qu'un manipulateur d'aliments certifié soit sur place pendant toutes les heures de fonctionnement.

Mise en œuvre

Le BSPRY a adopté une approche progressive et la mise en œuvre du règlement a commencé dans les services d'alimentation qui présentent un risque plus élevé. Le CMA a été exigé dans les services d'alimentation à risque élevé à partir de 2017 et dans les services à risque modéré à partir de 2019. Les

bureaux de santé assignent à chaque service d'alimentation une cote de risque basée sur des critères standardisés fournis par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Ceux-ci comprennent la complexité et l'importance de la manipulation des aliments, le type de population concernée et l'historique en matière de conformité. Ces facteurs sont pondérés et calculés pour déterminer la fréquence minimale des inspections annuelles dans chaque établissement.

Les services à risque élevé ont été considérés comme prioritaires en raison du plus grand risque pour le public et des inspections plus fréquentes (trois par année, comparativement à deux pour les services à risque modéré). Cela donnait aux inspecteurs en santé publique plus d'occasions d'éduquer les exploitants au sujet du règlement avant l'application de celui-ci.

Le BSPRY a lancé une campagne de communication ciblée visant à informer les propriétaires/exploitants au sujet du règlement. Cette campagne comprenait plusieurs volets :

- des rencontres avec les propriétaires/exploitants afin de les éduquer au sujet des exigences du règlement et pour répondre à leurs préoccupations;
- l'envoi de courriels, de lettres et de cartes postales à chaque service d'alimentation pour l'informer du règlement;
- l'envoi de courriels et de lettres de rappel distincts aux services à risque élevé et modéré lors de l'entrée en vigueur du règlement;
- de la formation individuelle pour les propriétaires/exploitants par les inspecteurs en santé publique pendant leurs inspections;
- des rencontres avec les agents d'application des règlements municipaux pour les éduquer sur les exigences du règlement;
- des publicités dans les journaux locaux pour informer le grand public au sujet du règlement;
- la mise à jour du site Web du BSPRY pour informer les propriétaires/exploitants et le grand public au sujet du règlement.



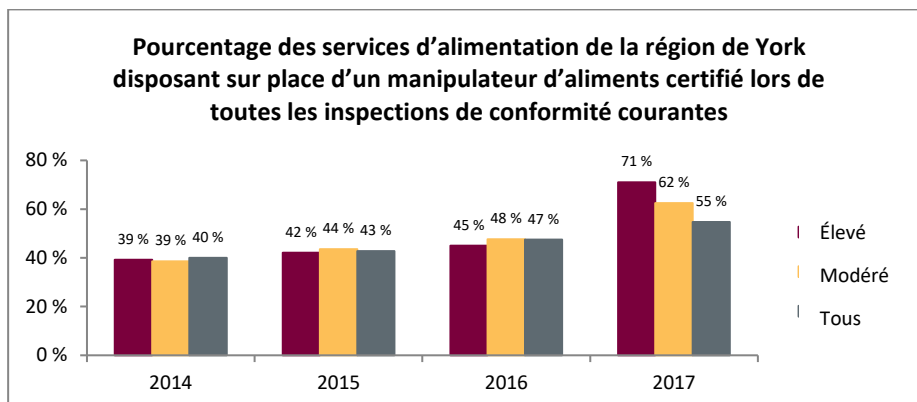
Le BSPRY a aussi offert plus d'ateliers sur le CMA pour s'adapter à la hausse de la demande de certification.

Le règlement a été contrôlé et appliqué par les inspecteurs en santé publique au cours d'inspections courantes. Ils se sont appliqués à soutenir les propriétaires/exploitants pendant les périodes de transition grâce à de la formation et à de la consultation, plutôt que par des contraventions et de la coercition. Les inspecteurs en santé publique ont formé les propriétaires/exploitants au sujet du nouveau règlement et ils les ont aidés à inscrire leur personnel aux ateliers de manipulation d'aliments. Ces services de formation en personne ont été complétés par l'envoi de cartes postales et d'autres communications ciblées en fonction du statut du règlement dans tous les services d'alimentation. Bien que le règlement permettait aux inspecteurs en santé publique de remettre des contraventions aux installations en cas de non-conformité, une seule contravention a été dressée en vertu du règlement en 2017, la première année de son application.

Répercussions

Le règlement a augmenté la proportion des services d'alimentation qui ont un manipulateur d'aliments certifié sur place. En 2016, 45 % des services d'alimentation à risque élevé et 47 % de tous les services d'alimentation avaient du personnel certifié sur place. En 2017, 71 % des services d'alimentation à risque élevé et 55 % de tous les services avaient du personnel certifié sur place. Même si l'application du

règlement n'avait pas encore commencé dans les services à risque modéré, la proportion de services à risque modéré qui comptaient un manipulateur d'aliments certifié sur place avait aussi augmenté.



Les règlements des municipalités locales, y compris le règlement de la région de York, pourraient avoir contribué à l'adoption par la province d'une obligation en matière de CMA. Le cas du certificat de manipulateur d'aliments illustre les manières dont les mesures législatives locales fondées sur des données probantes peuvent ouvrir la voie à des changements législatifs systémiques plus larges (provinciaux).

Leçons tirées

Aux autres administrations qui envisagent la création et la mise en œuvre de règlements locaux, nous recommandons notre approche qui a consisté à diviser un changement complexe en plusieurs points de décision. Cela permet aux sources de données probantes les plus pertinentes d'être considérées pour chaque décision. De plus, le recours à de multiples sources de données probantes peut aider à adapter l'information nécessaire aux différentes parties prenantes pour chaque point de décision séquentiel.

L'application progressive et l'importance accordée à la sensibilisation et à l'éducation des propriétaires/exploitants ont aussi contribué à assurer la conformité. Cela correspond à l'approche globale et basée sur l'éducation du BSPRY en matière d'inspections sanitaires. Bien que nos travaux se soient axés sur les répercussions d'une obligation en matière de CMA dans les services d'alimentation, cette approche est pertinente pour les administrations qui envisagent d'autres formes de formation obligatoire dans d'autres contextes (comme les installations d'eaux à usage récréatif ou les entreprises faisant l'objet d'inspections pour prévenir les infections, telles que les garderies ou les services personnels) afin de soutenir des améliorations généralisées des pratiques de santé publique.

L'élaboration et la mise en œuvre de normes de pratique pour les soins infirmiers de santé publique concernant la période prénatale, postnatale et de la petite enfance au Manitoba

Dr. Cheryl Cusack,¹ Michelle Johnson,² Jan Schmalenberg¹

¹ Santé, Aînés et Vie active Manitoba – Direction de la santé des populations et de la santé publique, ²Autorité de santé de Prairie Mountain

Contexte et justification

En 2013, au Canada, aucune norme fondée sur les compétences n'existait spécifiquement pour le rôle des infirmières hygiénistes et des infirmiers hygiénistes (IH) concernant la période prénatale, postnatale et de la petite enfance. Pourtant, des experts nationaux ont établi qu'il était prioritaire de clarifier les rôles et de mettre au point une vision commune basée sur la gamme complète des pratiques(1). Pour aborder cette question, le Manitoba a élaboré des normes provinciales pour les IH et les a lancées en 2015. Ces normes provinciales s'appuyaient sur des normes et des compétences nationales pour la pratique des IH(2) (3) et peuvent donc être d'un grand intérêt.

Objectif(s)

L'objectif à court terme de cette initiative était de définir des activités uniformes et mesurables pour les rôles des IH dans les pratiques prénatales, postnatales et de la petite enfance. Les normes représentent une « vision d'excellence » et présentent des points de repère mesurables pour les IH(2). Les normes manitobaines visent à représenter l'entièreté du rôle des IH dans la promotion du développement sain de la petite enfance et de l'équité en matière de santé au sein d'une pratique fondée sur les populations. L'objectif à long terme était d'élaborer des outils et des ressources permettant de soutenir la mise en œuvre et l'atteinte des normes par l'ensemble des IH de la province.

« Les normes représentent une « vision d'excellence » et présentent des points de repère mesurables pour les IH(2). »

Au début de l'initiative, une première étape importante consistait à distinguer la santé des populations, les soins de santé primaires et les soins primaires. Afin d'exercer pleinement une pratique fondée sur les populations, les IH doivent comprendre les distinctions entre ces concepts et agir de façon délibérée dans leurs décisions cliniques quotidiennes.

- La définition de la *santé des populations* englobe plusieurs stratégies visant à faire progresser la santé des populations et à réduire les inégalités entre des segments de la population(4).
- Les *soins de santé primaires* ont été définis comme étant une approche visant à transformer les services de santé et à améliorer l'état de santé à partir des principes de promotion de la santé et de prévention des maladies, d'accessibilité, de participation publique, de technologies appropriées et de collaboration intersectorielle(5).
- Les soins primaires ont été définis comme étant des services de soins de santé offerts en milieu communautaire(5).

Les programmes et les services universels des soins infirmiers en santé publique appliquent des méthodes systématiques pour trouver les personnes isolées des systèmes traditionnels qui bénéficieraient d'interventions et de suivis ciblés de la part d'IH. À l'inverse, les personnes bien informées et capables d'accéder aux soins primaires y sont dirigées par des IH afin d'obtenir des services de soins de santé.

Initiative

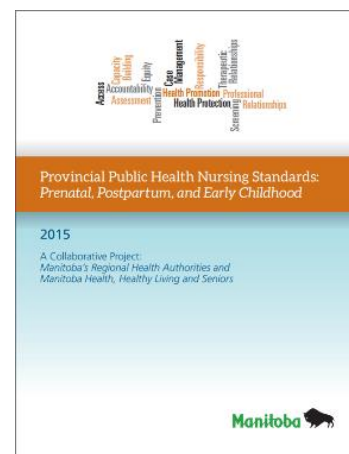
Le modèle de prise de décisions fondée sur des données probantes (PDFDP) du Centre de collaboration nationale des méthodes et outils (CCNMO) a guidé la démarche d'élaboration et de mise en œuvre des normes. Selon ce modèle, la PDFDP est éclairée par de multiples sources de données probantes, y compris l'expertise de santé publique, les problèmes de santé communautaire locaux, les ressources de santé publique, le climat communautaire et politique, et la recherche(6). Étant à la base des pratiques fondées sur des données probantes, la recherche a été mise en évidence dans chaque section.



Des données ont été recueillies au sujet de nombreux éléments dans chacun des vastes domaines de la PDFDP. Par exemple, les sections sur la santé communautaire locale soulignaient le profil démographique des populations du Manitoba, la géographie de la province, ses attributs culturels et les résultats pour la santé périnatale. La section sur les ressources de santé publique intégrait les normes nationales(2), les compétences(3), les rôles et les activités(7) des soins infirmiers de santé publique, et elle se concentrait sur la possibilité que les IH interviennent afin de faire avancer l'équité en matière de santé au Manitoba. Les sections portant sur le climat communautaire et politique résumaient des lois et des modèles de prestation de services manitobains qui influencent les pratiques des IH. Enfin, la section portant sur la recherche résumait les données probantes au sujet des périodes prénatale et postnatale, du développement sain des enfants et de l'équité en matière de santé.

Mise en œuvre

Le résultat de cette initiative fut l'élaboration de normes manitobaines, de formulaires, de voies cliniques et de webinaires. Tout au long de l'initiative, le personnel du Ministère a travaillé en étroite collaboration avec les autorités régionales de santé ainsi qu'avec des IH. Cela est considéré comme un volet indispensable au succès de cette initiative. Les responsables provinciaux de la santé publique ont maintenu les normes et les outils à l'ordre du jour mensuel ordinaire de leur équipe, tandis que le personnel, les gestionnaires et les directeurs ont participé à différents comités qui examinaient, testaient et adaptaient les outils en fonction de la pratique des IH au Manitoba. Un autre volet essentiel de l'initiative qui a assuré un progrès constant était la création d'un nouveau poste à période déterminée pour un chef de projet à Santé, Aînés et Vie active Manitoba (SAVAM) de mai 2013 à avril 2016. Un poste additionnel a été obtenu en mai 2017 pour continuer à faire avancer et à mettre en œuvre les normes.



Le dernier volet de la mise en œuvre consistait en une série de webinaires pour diffuser les connaissances dans toute la province. Des IH ont participé à la conception des webinaires, qui ont été donnés en août et en septembre 2018. Le premier webinaire offrait une mise en contexte, en reconnaissance du fait que le projet était en cours depuis plusieurs années. Le second webinaire mettait l'accent sur la période prénatale; le troisième, sur la période postnatale et les nouveau-nés; et le dernier, sur les formulaires et les processus. Encore une fois, le modèle de la PDFDP a servi de cadre de référence pour guider le contenu et l'élaboration des webinaires. Ceux-ci ont été enregistrés et sont accessibles, comme les documents connexes, sur le [site Web de Santé Manitoba](#). Les IH continuent de les consulter, et ils sont utilisés dans les séances d'orientation des nouveaux employés.

Évaluation et répercussions

Avant la publication des normes en 2015, des données ont été recueillies par sondage grâce à une technique Delphi modifiée. Le sondage reprenait tous les énoncés des normes et les faisait suivre d'une échelle de Likert en cinq points. Il demandait aux participants d'évaluer leur degré d'accord ou de désaccord avec chaque énoncé. Il comprenait aussi des zones d'entrée de texte. L'intention était de faire trois rondes de sondage pour réviser les énoncés obtenant moins de 70 % d'accord et atteindre un consensus sur ceux-ci. Toutefois, après la première ronde, les résultats démontraient que 90 % des participants étaient d'accord ou fortement d'accord avec la majorité des énoncés. Les rares énoncés obtenant des degrés d'accord entre 80 % et 90 % concernaient le calendrier de suivi. Les commentaires écrits dans les zones de texte témoignaient d'une inquiétude par rapport à la capacité d'atteindre les points de référence avec les ressources existantes, par opposition au contenu des énoncés eux-mêmes. Comme aucun énoncé n'avait obtenu moins de 70 % d'accord, il n'a pas été nécessaire de faire d'autres rondes de sondage ou de réviser les énoncés des normes.

La dernière évaluation a eu lieu pendant les webinaires. Au cours de chacun des quatre webinaires, on a demandé aux participants, par des questions de sondage, d'évaluer leur état de préparation par rapport à la mise en œuvre des normes, à partir du modèle ADKAR(8). Le modèle ADKAR est un outil qui guide le changement grâce à une échelle de classement mesurant les étapes de la sensibilisation, du désir, des connaissances, de la capacité et du renforcement. Conformément aux commentaires précédents, les participants déclaraient généralement avoir les connaissances permettant de mettre en œuvre ces normes. Les méthodes d'évaluation des répercussions des normes sur les pratiques sont en cours d'élaboration.

Leçons tirées

Les normes manitobaines définissent des attentes minimales pour la pratique des IH au cours de la période prénatale, postnatale et de la petite enfance. Cette démarche a impliqué la collaboration d'IH, de chefs de file en soins infirmiers, d'autorités régionales de santé et de SAVAM. Les postes à temps plein supplémentaires créés à SAVAM spécifiquement pour ce projet ont été essentiels, car ils ont exercé un leadership et maintenu l'élan de cette initiative. Le niveau d'implication des IH et des dirigeants régionaux a été indispensable au succès de ce projet et à la gestion du changement organisationnel. Il a contribué de façon tangible à la mise en œuvre harmonieuse des outils dans la pratique.

Références

1. Schofield, R., Ganann, R., Brooks, S., McGugan, J., Dalla Bona, K., Betker, C. *et al.* (2011). Community health nursing vision for 2020: Shaping the future. *Western Journal of Nursing Research*, 33(8), 1047-1068.

2. Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada. (2019). *Modèle et Normes de pratique professionnelle des soins infirmiers en santé communautaire au Canada*. Ottawa, Ontario : Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada.
3. Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada. (2009). *Compétences des soins infirmiers de santé publique*. Ottawa, Ontario : Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada.
4. Gouvernement du Canada. (2012). *Key Elements and Actions that Define a Population Health Approach*. Ottawa, Ontario : Santé Canada.
5. Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2015). *Soins de santé primaires : position de l'AICC*. Ottawa, Ontario : Association des infirmières et infirmiers du Canada.
6. Centre de collaboration nationale des méthodes et outils. (Révisé 2012). *La prise de décisions fondée sur des données probantes : un modèle de prise de décisions fondée sur des données probantes en santé publique* [fiche d'information]. Consulté en ligne à : <https://www.nccmt.ca/uploads/media/media/0001/01/0afa1ca3df1f1893d2b91bad365372ae255a0aff.pdf>
7. Association canadienne de santé publique. (2010). *La pratique infirmière en santé publique ~ en santé communautaire au Canada : rôles et activités* (4^e éd.). Ottawa, Ontario : Association canadienne de santé publique.
8. Prosci. (s. d.) *What is the ADKAR Model?* Consulté en ligne à : <https://www.prosci.com/adkar/adkar-model>

Le site Web compilant des données sur la santé communautaire : à l'écoute des besoins locaux en Colombie-Britannique

Drona Rasali et Daniel Fong

Surveillance de la santé des populations et épidémiologie, Centre pour le contrôle des maladies de la C.-B. (BCCDC), Autorité provinciale des services de santé (Provincial Health Services Authority ou PHSA)

Ont contribué à ce projet :

Drona Rasali, Ph. D. (depuis 2012), Bethany Elliot (2012-2016), Rita Zhang (2013-2018), Jesse Veenstra (2015-2016), Danielle Burch (2018-2019), Irene Ingel (2018-2019), Svetlana Ristovski-Slijepcevic (depuis 2017), Crystal Li (par intermittence, 2016-2019), Laili Qiyam (depuis 2019), Sarah Gustin (2013-2017), Ellen Lo (2018), Daniel Fong (depuis 2017) et l'équipe de solutions Web de la PHSA, dirigée par Michael Zalter (depuis 2014).

Contexte et justification

Bien que la Colombie-Britannique (C.-B.) soit l'une des provinces les plus en santé du Canada, des segments de sa population peinent à être en bonne santé. Il est nécessaire de partager des données sur la santé afin de mieux comprendre et d'améliorer la santé et le mieux-être de ces collectivités. Ce cas décrit une initiative visant à fournir des données pertinentes permettant la prise de décisions fondée sur les données probantes dans la planification des services de santé communautaire en C.-B. Cette initiative a été motivée par les besoins en matière de données de santé des gouvernements provincial, régionaux et locaux, surtout pour réduire le fardeau croissant des maladies chroniques grâce à des stratégies de prévention et de promotion de la santé.

Objectifs

Les principaux objectifs du projet étaient de produire et d'offrir une plateforme Web afin de partager des données faciles à utiliser et uniformisées pour la planification des services de santé communautaire dans toute la province. La plateforme en ligne de données en santé communautaire inclut une variété d'indicateurs démographiques, socio-économiques et relatifs à la santé des populations.

Initiative

L'équipe responsable de la santé publique et de la santé des populations (SPP) du Centre pour le contrôle des maladies de la C.-B. (BCCDC), lequel fait partie de l'Autorité provinciale des services de santé (PHSA), a conçu le [site Web compilant des données sur la santé communautaire](#). Les ressources en ligne suivantes sont incluses sur le site :

- L'*Atlas de la santé communautaire de la C.-B.* répertorie de nombreux indicateurs de santé pour les 131 municipalités de la C.-B. (2013);
- Les *Profils de santé communautaire de la C.-B.* (PSC) résumés, à partir d'un modèle commun, les données standard en matière d'indicateurs de santé communautaire. Ces PSC ont d'abord été diffusés pour 131 municipalités incorporées importantes (2014), puis

BC Community Health Data

See the Profiles Search the Database Use the Atlas About Contact

Supporting BC Communities with Health Data

Local-level health data highlights community strengths and areas for improvement, which is important for planning policies and programs that are responsive to a community's needs.

Click on the tools below to start exploring the health profile of your community and other communities across British Columbia. See the FAQs within each tool for more details.

Community Profiles

In the BC Community Health Profiles, explore a set of community health data for 142 incorporated municipalities on health and factors that affect health. Data is compiled from multiple sources with information presented in charts, graphs, and tables. Download PDF profiles or data in a CSV (Excel) file.

Health Database

With Search the Database, search health topics of interest for your community or region by topic or by location. Download customized data tables in a CSV (Excel) file.

Health Atlas

Use the Community Health Atlas mapping tool to display indicators of population health by geographic area. Search by topic to visualize and compare one indicator across BC. Download a PDF map or data table in a CSV (Excel) file.

ils ont été améliorés et diffusés sous la forme d'un outil Web interactif pour l'ensemble des 142 municipalités incorporées (2016);

- Une *base de données de santé* interrogeable fournit des données pour tous les indicateurs inclus dans les PSC, en plus de données concernant plusieurs autres indicateurs de l'état de santé communautaire (2016).

Le but des ressources en ligne est d'assister les gouvernements locaux, les commissions scolaires et les organisations non gouvernementales (ONG) dans la prise de décisions fondée sur les données probantes en matière de planification en santé communautaire. Ces ressources permettent aux utilisateurs de consulter, d'explorer et d'utiliser les données locales liées au profil démographique, à l'état de santé des populations et à d'autres facteurs qui influencent la santé. La PHSA a mis au point toutes ces ressources en partenariat avec le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, cinq autorités régionales de santé (Interior Health, Fraser Health, Vancouver Coastal Health, Vancouver Island Health et Northern Health), les administrations locales (Union of BC Municipalities) et des ONG (BC Healthy Communities Society). Les informations spécifiques aux peuples autochtones ne sont pas actuellement incluses dans les données en santé communautaire, en raison d'un manque de données disponibles. Il faut explorer cet aspect davantage en travaillant étroitement avec l'Autorité de santé pour les Premières Nations.

Élaboration et mise en œuvre

Comme le prescrivait [BC Healthy Communities](#), une initiative provinciale de promotion de la santé, la PHSA a démarré le projet en 2012 et a lancé un Atlas de la santé communautaire pour toute la province en 2013, en collaboration avec BC Stats, DataBC et Vancouver Island Health (voir [Data BC Blog 2013](#)).

Sur la base de la solidité de ce travail, le groupe de travail sur les communautés en santé de l'initiative provinciale a ensuite déterminé que des profils de santé spécifiques aux communautés étaient nécessaires pour répondre de façon satisfaisante aux besoins en matière de données locales pour la planification des services de santé communautaire. La PHSA a ainsi préparé des PSC pour 131 municipalités incorporées de la C.-B. et les a diffusés sur son site Web en 2014, en version PDF statique.

Peu après, la PHSA et le groupe de travail ont commencé à explorer différentes possibilités visant à rendre les profils interactifs, compréhensibles et faciles à utiliser pour éclairer la planification des services de santé locaux. La PHSA a élaboré et organisé les ressources en ligne en trois principaux volets. Elle les a rendues accessibles publiquement en 2016 sur la plateforme en ligne du site Web compilant des données sur la santé communautaire de la C.-B. (<http://communityhealth.phsa.ca>).

La base de données interrogeable inclut des données concernant un grand nombre d'indicateurs tirés de sources variées, y compris :

- profil démographique (10 indicateurs);
- facteurs sociaux et économiques (18 indicateurs);
- scolarité (8 indicateurs);
- santé générale (24 indicateurs) et santé des étudiants (60 indicateurs);
- comportements sains (6 indicateurs);
- développement de la petite enfance (6 indicateurs);
- systèmes de santé (3 indicateurs);
- santé maternelle et santé infantile (2 indicateurs);
- mortalité prématurée (5 indicateurs);
- cancer (9 indicateurs).

Par consensus, le groupe de travail a sélectionné certains de ces indicateurs afin qu'ils soient inclus dans les PSC. Les indicateurs sont organisés en PSC individuels pour l'ensemble des 142 municipalités incorporées de la C.-B. Ils incluent des messages uniformes et cohérents décrivant les caractéristiques propres à la communauté. Une vingtaine de villages plus petits ont été exclus de la base de données en raison de l'impossibilité de publier les données.

En avril 2019, les trois ressources en ligne ont été mises à jour avec les plus récentes données disponibles. Ces trois ressources seront actualisées au fur et à mesure que de nouvelles données seront disponibles (p. ex., après le cycle de recensement de 2021).

Évaluation et répercussions

Les données tirées du site Web compilant des données sur la santé communautaire sont largement utilisées par les administrations locales (p. ex., [la Ville de Squamish](#)), les médecins praticiens (p. ex., [BC Guidelines: Primary Care of Diabetes](#)), les établissements d'enseignement (p. ex., [l'Université de la Colombie-Britannique](#), [l'Université de Victoria](#), [le Columbia Basin Institute](#)), [l'Association pour la santé publique de la Colombie-Britannique](#), des ONG (p. ex., [PlanH](#)), et des médias locaux et communautaires (p. ex., [Lake Country Calendar](#)) afin d'encourager la planification de programmes et la prise de décisions fondées sur des données probantes. Une évaluation provinciale de l'initiative BC Healthy Communities, réalisée en 2014-2016, a révélé que les PSC et leurs outils connexes étaient perçus comme étant des ressources faisant la promotion de l'implication des autorités régionales de santé auprès des administrations locales, ce qui satisfaisait l'un des objectifs de l'initiative Healthy Communities de la province.

En 2018-2019, l'équipe SPP a commandé une évaluation afin d'évaluer l'efficacité des trois ressources de données sur la santé communautaire ainsi que de la plateforme Web qui hébergeait ces ressources. Une firme externe d'experts-conseils (Context Research) a réalisé des sondages (n = 111), des groupes de discussion (n = 14) et des entretiens (n = 8) avec des membres du personnel de l'administration locale et avec des représentants des autorités régionales de santé, y compris des médecins hygiénistes. La firme d'experts-conseils a aussi utilisé des mesures d'audience Web pour ces trois ressources en ligne. Les résultats de l'évaluation indiquent que les outils et les ressources offrent des données et des informations utiles aux collectivités locales, au grand public et pour la formation du personnel.

« Les résultats de l'évaluation indiquent que les outils et les ressources offrent des données et des informations utiles aux collectivités locales, au grand public et pour la formation du personnel. »

En même temps, la majorité des répondants ont dit avoir besoin d'informations et de données plus détaillées en matière de santé communautaire. L'utilisation croissante des données locales a généré un besoin de profils améliorés pour les zones locales nouvellement formées, appelées les « zones de services en santé communautaire » (Community Health Service Areas ou CHSA). De plus, l'intérêt démontré par des individus autres que les parties prenantes cibles à utiliser les ressources en ligne pour l'application des connaissances peut être vu comme un effet dérivé des répercussions de ces ressources au-delà du champ de la planification des services de santé communautaire.

Conclusions et leçons tirées

Cette initiative collaborative réussie s'est axée sur le soutien à la prise de décisions fondée sur les données probantes dans la planification des services de santé communautaire guidée par les besoins des

communautés locales de toute la C.-B. Les ressources mises au point par la PHSA sont un exemple d'une collaboration qui a progressivement amélioré, depuis 2012, l'accès à des données locales de plus en plus détaillées. Cette initiative offre de nouvelles façons de partager des données grâce à une meilleure visualisation des manières de répondre aux besoins des utilisateurs finaux. La clé du succès de ce projet repose sur la démarche de participation continue des parties prenantes afin de déterminer les données qu'il est utile de recueillir (maintenant et à l'avenir), ainsi que sur le maintien des outils grâce à des efforts consacrés à l'entretien et à la mise à jour des ressources.

Au cours de l'élaboration de ces ressources en ligne, nous avons révélé des lacunes dans la disponibilité des données et affiné notre compréhension des données utiles aux communautés locales. Nous avons aussi affronté le défi qui consiste à adapter et à diffuser de grandes quantités de données afin de les rendre conviviales et utiles pour les besoins locaux. Ce projet nous a permis de mieux comprendre les manières dont les ressources de données croisent, enrichissent et complètent d'autres profils communautaires préparés par Statistique Canada, par le ministère de la Santé et par les autorités régionales de santé.

Les parties prenantes veulent toujours plus de données locales détaillées. Au début de ce projet, les zones de santé locales de la C.-B. étaient les secteurs géographiques sanitaires les plus petits pour lesquels des données étaient généralement disponibles et mesurables. Nous savons désormais que cela n'est pas suffisamment détaillé. Le ministère de la Santé a mis au point des secteurs géographiques sanitaires de plus petite taille (CHSA), qui seront des manières nouvelles et plus robustes de représenter les communautés locales. La création et la refonte des profils de données en santé communautaire à cette nouvelle échelle géographique aidera à répondre aux besoins des administrations locales en matière de données. De plus, les données plus détaillées publiées à l'échelle des CHSA pourraient faciliter l'intégration des besoins en matière de données du domaine de la santé publique ainsi que des réseaux de soins primaires, lesquels ont été consultés au moment d'aménager les nouveaux secteurs.