

Le paradoxe de l'évaluation des programmes communautaires multiples de promotion de la santé

Louise Potvin

Université de Montréal

Gilles Paradis

Hôpital général de Montréal

et Richard Lessard

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal métropolitain

Résumé:

Cet article suggère que la pratique actuelle en évaluation de programmes communautaires multiples en promotion de la santé est paradoxale. En effet, les programmes communautaires de promotion de la santé doivent, pour survivre et être efficaces, s'appuyer largement sur une participation importante de la communauté à toutes les étapes de la planification et de la réalisation du projet. Or, cette délégation des décisions va nettement à l'encontre du credo épidémiologique et quasi-expérimental en vigueur dans les approches traditionnelles à l'évaluation de programmes en promotion de la santé. Écartant d'emblée la tentation de circonscrire les préoccupations d'évaluation des effets aux seuls stades de développement expérimental des programmes communautaires, le présent article propose certains principes pour une décentralisation des décisions d'évaluation, qui ne menaceraient pas la validité de ces études évaluatives. L'application de ces principes est décrite en relation avec le Projet québécois de démonstration en santé du cœur.

Abstract:

*The current practice in the evaluation of multiple community health promotion trials is paradoxical. To be efficient and sustainable, community health promotion programs include the participation of the lay community in all steps of the process of program planning and implementation. However, this sharing of control of the experimental conditions goes against most epidemiological principles and the quasi-experimental tradition that underly the evaluation of community health promotion programs. Health promotion practitioners may be tempted to solve this paradox by downplaying the importance of the outcome evaluation once experimental trials have led the way and showed some positive results. This paper argues against such a practice and proposes certain principles for decentralizing the decision process, in the evaluation of multiple community health promotion trials, while preserving the internal validity of such studies. The application of these principles is described within the context of a demonstration project entitled: *Projet québécois de démonstration en santé du cœur*.*

Mots clefs: communauté, évaluation, promotion de la santé

De plus en plus, les théoriciens de la promotion de la santé se font les avocats de stratégies d'interventions centrées non plus sur l'individu, mais sur la communauté. L'environnement social et physique est maintenant généralement présenté comme une source de renforcements ou de barrières pour la

modification ou le maintien de comportements compatibles avec notre notion contemporaine de santé. (Health and Welfare Canada, 1986; Green & Kreuter, 1991; Rose, 1992). Certains vont même jusqu'à rejeter l'utilité pour le mouvement de promotion de la santé, de s'attarder aux comportements. En effet, selon McKinlay

(1993), les déterminants sociaux-environnementaux de la santé sont plus susceptibles aux interventions de promotion de la santé, surtout chez les classes défavorisées, que les comportements individuels. Ce climat favorable aux stratégies communautaires qui émerge dans le champs de la prévention primaire résulte en une multiplication des projets communautaires en promotion de la santé.

Un des principes à la base des stratégies communautaires en promotion de la santé est l'implication de la population dans toutes phases de planification, développement et réalisation des projets. Selon Green (1991) ce ne sont que les programmes de prévention et de promotion qui naissent et se développent à partir de l'implication de la communauté et qui de plus, suscitent un fort sentiment d'appartenance qui peuvent aspirer à connaître du succès et à survivre au delà de la période de financement. Le mouvement actuel de promotion de la santé reconnaît de plus en plus que les interventions préventives doivent être planifiées et réalisées en fonction du contexte social et politique de chaque communauté (Mittlemark, 1990). Or, comment peut-on concilier la nécessité de mettre en place des interventions contextualisées avec les impératifs de l'évaluation? En effet l'utilisation des méthodes expérimentales et quasi-expérimentales suppose le contrôle du traitement par l'expérimentateur. Cette proposition est pour le moins contradictoire avec les principes mis de l'avant par le mouvement de promotion de la santé. Est-ce à dire qu'il faille abandonner toute velleité d'évaluation d'effets des programmes communautaires?

Il existe actuellement en promotion de la santé certains discours et pratiques qui implicitement, accèdent cette thèse. Par exemple, lorsque l'on propose de limiter l'évaluation des effets à certaines composantes spécifiques de programmes qui sont par ailleurs plus englobants, on se prive de l'opportunité d'étudier le fonctionnement même du programme en relation avec ses effets, car un programme complexe ne peut se réduire à la somme de ses parties (Campbell, 1987). On entend aussi certains affirmer que dans le cas de la santé du coeur, comme les programmes

communautaires ont fait leur preuve (Shea & Bash, 1990; Nissinen & Puska, 1991), il n'est plus nécessaire d'en évaluer les effets, on peut se contenter de vérifier la mise en place de processus intermédiaires qui "garantissent" ces effets. Nous croyons, au contraire, que même si les résultats des vingt dernières années sont relativement encourageants, il est très prématuré de conclure à l'efficacité généralisée de ces programmes.

Nous sommes d'avis que si l'analyse est juste, la solution ne réside pas dans l'abandon de l'évaluation d'effets comme source de connaissances scientifiques. Ce n'est pas parce la participation communautaire comme ingrédient essentiel d'un programme, est en porte-à-faux avec les méthodes expérimentales et quasi-expérimentales d'évaluation qu'il faille abandonner l'évaluation d'effets comme source de connaissances scientifiques sur les programmes communautaires en promotion de la santé. Ce serait jeter le bébé avec l'eau du bain! C'est aussi faire preuve d'une étroitesse d'esprit assez singulière que de faire équivaloir une méthode quelle qu'elle soit avec la rigueur scientifique.

Les modèles d'évaluation des programmes communautaires qui ont cours présentement nous semblent pour la plupart incapables de répondre tant aux besoins d'information des planificateurs de santé qu'aux besoins d'intervention des populations concernées. Il nous semble donc qu'une réflexion importante visant à repositionner les méthodologies d'évaluation pour les rendre plus compatibles avec la philosophie des programmes communautaires de promotion de la santé doit être entreprise. Comme premier jalon de cette réflexion nous allons d'abord identifier les lacunes des approches évaluatives actuellement en place dans les programmes communautaires de façon à mettre en évidence leur inefficacité à apporter des résultats scientifiquement valides et aussi pertinents, du point de vue des populations concernées, pour ensuite élaborer certains principes qui pourraient gouverner ce genre d'entreprises. Dans le cadre du Projet québécois de démonstration en santé du coeur (PQDSC) nous avons dû imaginer et mettre en oeuvre un certain nombre

de mécanismes pour nous permettre de rencontrer à la fois les besoins des communautés et nos exigences comme scientifiques de participer à l'accroissement des connaissances. Ce sont ces essais qui ont guidé notre réflexion.

Le modèle traditionnel d'évaluation des programmes communautaires en promotion de la santé

Le modèle traditionnel d'évaluation des programmes communautaires en promotion de la santé, repose essentiellement sur une approche quasi expérimentale et épidémiologique de l'évaluation. Même si les cinq programmes communautaires de promotion de la santé du cœur les plus souvent cités et qui ont fourni des données d'évaluation de façon extensive ont utilisé des devis d'évaluation variés, ceux-ci demeurent quand même essentiellement dans la tradition des approches expérimentales et quasi-expérimentales (Nissinen & Puska, 1991). Rappelons brièvement que le projet de Karélie du Nord consiste en une comparaison pré-post de la prévalence des certains comportements dans un comté de la Finlande où se déroule l'intervention comparativement aux mêmes indicateurs de comportement pour l'ensemble du pays et pour un comté voisin (Puska et al., 1981; Puska et al., 1983). Un seul autre projet, celui de Pawtucket utilise aussi des comparaisons entre une communauté expérimentale et une communauté contrôle comme devis d'évaluation (Carleton et al., 1987; Assaf et al., 1988). Cependant, ce devis initial est considérablement enrichi par le suivi d'une cohorte de citoyens et par le monitoring intensif à la fois de la participation des citoyens de la communauté expérimentale aux activités du programme et de la prise en charge du programme par une ou des coalitions locales (McGraw et al., 1989).

Les deux projets de Stanford ont implanté des programmes variant en intensité dans certaines communautés, deux pour le Stanford Three Community (Farquhar et al., 1977) et trois pour le Five City (Farquhar et al., 1990).

Dans les deux cas l'évaluation compare les prévalences des comportements sous étude avec les prévalences observées dans respectivement une ou deux communautés dans lesquelles aucune intervention n'est planifiée (Farquhar et al., 1985). Enfin dans le Minnesota Heart Health Program (Blackburn, 1983) on a implanté le même programme dans trois communautés expérimentales en décalant l'implantation sur plusieurs années. Chaque communauté est jumelée à une communauté contrôle. Les suivis de cohorte et les enquêtes transversales menées dans ces six communautés permettent l'estimation des effets des programmes tout en les distinguant de la tendance séculaire (Jacobs et al., 1986). Malgré cette diversité des devis d'évaluation, il est quand même possible de dégager trois caractéristiques méthodologiques importantes, communes à ces programmes et qui forment la base de ce que nous appelons l'approche traditionnelle en évaluation de programmes communautaires en promotion de la santé.

Premièrement, le moteur du programme est la vérification empirique d'une hypothèse de recherche. Les préoccupations de santé des populations concernées sont le plus souvent subordonnées aux impératifs des hypothèses. Nous croyons que ceci constitue une faiblesse majeure de cette approche et qu'elle porte une atteinte sérieuse à la validité externe des résultats. En effet, les nouvelles approches communautaires en promotion de la santé reposent essentiellement sur la prise en charge des programmes par les citoyens. Cette prise en charge se fait principalement par l'établissement d'un partenariat avec des coalitions locales qui assument progressivement une part de plus en plus importante de la planification, du financement et de la réalisation des activités de promotion de la santé dans la communauté. Le programme est vu de plus en plus comme initiateur de ce processus. Or, il nous apparaît difficile de susciter une telle prise en charge d'un programme dont la préoccupation première n'est pas de répondre aux besoins de santé du milieu. Comment alors généraliser les effets d'un programme planifié en fonction d'une hypothèse de recherche à une situation de diffusion dans laquelle on favorisera l'intégration des citoyens à la phase de planification comme

à la phase de réalisation du programme? Dans cette perspective, il nous semble que l'objet d'évaluation est fondamentalement différent de l'objet de diffusion et que ces différences restreignent considérablement la possibilité de généralisation des résultats.

Une seconde caractéristique reliée à la première est la centralisation des décisions méthodologiques. En effet, lorsque plus d'un site expérimental est impliqué dans un essai communautaire, on centralise le processus de recherche de façon à uniformiser entre les sites, sinon les programmes d'intervention, du moins tous les aspects reliés à l'évaluation. Même les expériences très récentes comme le Kaiser Family Foundation Grant Program in the West (Wagner et al., 1991), ou le Ontario Heart Health Action Plan (RBJ Associates, 1992), dans lesquels les sites bénéficient de beaucoup d'autonomie en ce qui a trait à l'élaboration du programme, mettent de l'avant une évaluation entièrement centralisée. Une telle situation hybride pose probablement un certain nombre de problèmes non négligeables.

En effet, il y a danger que la richesse provenant de la diversité des projets soit occultée par une approche qui vise à mesurer ce qui est commun entre les sites et donc comparable. On se trouve alors à réduire les projets à un certain nombre de plus petits communs dénominateurs pour fins d'évaluation. Il y a aussi danger de démobiliser les intervenants locaux face aux problèmes de l'évaluation qui est vue comme un projet séparé et une source de contraintes. Ce danger est d'autant plus réel que dans plusieurs projets ce sont les ressources locales qui doivent implanter les cueillettes de données planifiées centralement. Enfin, tous les manuels d'évaluation rappellent que l'évaluation d'un programme se planifie en même temps que l'intervention, et que si la première est au service de l'autre, il y a quand même des aménagements à faire au plan de l'intervention pour favoriser la validité du processus d'évaluation. Ce dialogue constructif et générateur d'idées nouvelles nous semble difficile à établir dans un tel contexte.

En conséquence des deux premières caractéristiques, un troisième aspect de

l'approche traditionnelle est une tentative d'uniformisation des caractéristiques des sites sauf en ce qui a trait aux quelques paramètres qui font l'objet d'hypothèses. En effet, afin de se conformer aux diktats de la méthode expérimentale analytique, les chercheurs tentent souvent de transposer dans les essais communautaires multiples le credo méthodologique développé dans les essais cliniques randomisés multicentriques. Les modes de cueillette de données sont complètement uniformes, les instruments ne varient pas, les cibles des interventions sont les mêmes. Idéalement même, on aimerait pouvoir assigner aléatoirement plusieurs communautés à diverses modalités d'une intervention. L'analogie avec les essais cliniques randomisés serait ainsi parfaite, à la condition bien évidemment de contrôler parfaitement les interventions et de s'assurer que les variations locales dans l'application des programmes soient minimales. Même si l'on trouvait le financement et l'intérêt nécessaire dans un nombre suffisant de communautés pour conduire une telle étude, ses résultats seraient difficilement applicables pour des fins de diffusion (problème de validité externe) et de plus ils seraient d'un intérêt théorique très limité. En effet, dans une telle étude, l'unité d'analyse serait la communauté. Par conséquent, les inférences causales concernant les individus seraient contraintes par les mêmes problèmes que dans les études où un petit nombre de communautés sont assignées d'une façon non aléatoire à une intervention de promotion de la santé; c'est-à-dire que l'assignation par groupes dans les différentes modalités expérimentales aurait aussi comme effet de biaiser la variance d'erreur pour les analyses dans lesquelles l'unité est l'individu, et de sous estimer la probabilité d'erreur de type II (trouver des relations là où il n'y en n'a pas). Or, dans la mesure où l'on s'intéresse à comprendre comment les interventions de promotion de la santé modifient les comportements des individus, les avantages marginaux de telles études deviennent très faibles. De plus, ces tentatives d'uniformisation peuvent avoir comme effet néfaste de masquer les problèmes d'implantation de ces programmes lorsque ceux-ci sont fortement tributaires des caractéristiques locales. Nous sommes d'avis que s'il ne faut pas négliger la qualité d'informations

provenant d'instruments uniformes, il ne faut pas non plus se priver de la richesse de la diversité des expériences locales dans l'évaluation des essais communautaires multiples.

L'approche traditionnelle et centralisée de l'évaluation des programmes communautaires multiples de promotion de la santé est fondamentalement en porte-à-faux avec la philosophie même de l'objet d'évaluation. En effet, le mouvement de la promotion de la santé appelle à une planification des programmes qui repose essentiellement sur un diagnostic des besoins de la population (Green & Kreuter, 1991) et sur la participation des individus à ce processus de diagnostic (McLeroy et al., 1988). On peut difficilement penser que la mobilisation des communautés soit possible pour atteindre des objectifs non valorisés et pour mettre en oeuvre des moyens qui leur sont étrangers. Or, sans cette mobilisation, les efforts de promotion se limitent à une diffusion d'information qui souvent, ne rejoint pas les populations les plus défavorisées, et qui surtout, survit rarement à la période initiale de financement.

La centralisation des décisions d'évaluation nous semble aussi contradictoire avec les objectifs de prise en charge par les communautés de leur développement concernant leur santé, que met de l'avant le nouveau mouvement de promotion de la santé. L'évaluation, nous l'apprenons dans les manuels, devrait faire partie du processus de planification des programmes. Or, comment peut-on concilier les besoins de contrôle d'une équipe centralisée d'évaluateurs avec les exigences d'innovation et de créativité de plusieurs équipes d'intervenants qui doivent planifier en fonction des besoins et des caractéristiques de communautés spécifiques?

Ces problèmes soulevés par l'approche traditionnelle en évaluation des programmes communautaires de promotion de la santé nous semblaient assez importants et cruciaux pour que nous tentions d'implanter une approche radicalement nouvelle dans l'évaluation du Projet québécois de démonstration en santé du coeur. Cette nécessité d'invention était d'autant plus aiguë que chacun des trois sites choisis pour réaliser le projet pouvait compter sur des ressources d'éva-

luation et de programmation qui les rendaient à toutes fins pratiques autonomes.

Le projet québécois de démonstration en santé du coeur

Le projet québécois de démonstration en santé du coeur (PQDSC) est la composante québécoise de l'Initiative fédérale-provinciale en santé du coeur (IFP). Cette initiative vise à réduire la prévalence des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires dans la population canadienne par l'établissement d'un partenariat entre le fédéral et les provinces, par le biais des Ministères de la santé provinciaux, pour mettre en place des programmes multisectoriels et multifactoriels en promotion de la santé du coeur. Le programme se déroule en deux phases, une enquête de prévalence des facteurs de risque est suivie d'un programme de promotion de cinq ans (Health and Welfare Canada, 1992). Les modalités de sélection des programmes spécifiques étaient entièrement laissées à la discrétion des investigateurs provinciaux dans la mesure où certaines exigences minimales concernant l'évaluation étaient rencontrées.

Au Québec, le groupe des investigateurs principaux, dont trois ont un statut de professeur ou de chercheur universitaire a décidé de faire appel aux Départements de santé communautaires (DSC) afin qu'ils soumettent des projets communautaires à réaliser localement. Cette décision visait à maximiser la probabilité de survi des programmes après la période de financement, par l'implication des autorités locales de santé publique. Douze DSC ont répondu à l'appel d'offre parmi lesquels trois projets ont été sélectionnés par un comité provincial représentatif de plusieurs secteurs de la population. Chaque projet devait développer une composante d'évaluation des effets qui lui permettra, à terme, d'attribuer au programme des modifications observées dans les prévalences des facteurs de risque visés, soit: le tabagisme, la consommation de gras alimentaire, un style de vie sédentaire et la surveillance de la tension artérielle.

Il en résulte donc que le PQDSC est un projet pilote multicentrique communautaire de promotion de la santé du coeur. Parce que chaque site a été choisi sur les bases des qualités du projet développé localement, chaque site est différent autant sur le plan des objectifs et des stratégies spécifiques d'intervention que sur le plan des questions et des méthodes d'évaluation proposées. Une brève description de chaque site permettra d'apprécier l'ampleur de cette diversité.

Le premier, est un site rural avec un fort taux de pauvreté, où vivent environ 90 000 personnes. Le DSC avec les cinq CLSC de son territoire concentrera ses efforts de promotion en santé du coeur dans 10 municipalités que nous appelons expérimentales. Ces communautés ont été choisies parce qu'elles semblaient prêtes à accueillir ce genre de développement. La principale stratégie d'intervention en est une de développement communautaire. Il s'agit pour les promoteurs de former des coalitions avec les leaders locaux afin que ceux-ci prennent en charge le développement des activités locales de promotion de la santé du coeur. La population visée par ces activités est l'ensemble des adultes âgés de 18 à 65 ans. L'évaluation des effets est basée principalement sur une comparaison pré-post avec neuf communautés contrôles dans lesquelles les CLSC ne prévoient pas pouvoir intervenir au cours des cinq ans de financement du PQDSC. Les mesures avant et après seront faites auprès d'échantillons indépendants sélectionnés aléatoirement dans les 10 municipalités expérimentales et dans les neuf municipalités contrôles. Les principales variables d'effets sont les comportements, les intentions et le support mutuel concernant la consommation de gras alimentaire, le tabagisme, la pratique régulière d'activités physiques de loisir et la connaissance de sa tension artérielle. Toutes les données sont recueillies par entrevue téléphonique. Un chercheur universitaire s'est joint, sur une base volontaire, à l'équipe du DSC pour prendre charge du volet évaluatif du projet.

Le second site est un quartier d'une banlieue de Montréal où vivent environ 3 500 familles. Il s'agit d'une communauté formée principalement de familles de classe moyenne.

Le secteur de la population que l'on veut particulièrement toucher par les interventions est composé des hommes âgés entre 30 et 60 ans. Comme il s'agit principalement d'une banlieue résidentielle et que les emplois occupés par les individus-cibles ne se trouvent pas sur le territoire de la communauté à l'étude, toute la technologie d'intervention développée pour les milieux de travail n'est pas pertinente pour ce projet. La stratégie d'intervention en est une de *planning sociale* qui vise principalement la modification des environnements communautaires physiques et sociaux, dans lesquels les hommes évoluent en dehors de leur travail. Les principaux partenaires du projet sont donc prioritairement les décideurs locaux qui ont un certain pouvoir sur les environnements. L'évaluation est basée sur une étude comparative pré-post avec deux communautés contrôles qui sont aussi des banlieues de Montréal. Les principales variables retenues sont tirées de la théorie du comportement planifié de Ajzen et Fishbein (1980) et sont: les comportements, les intentions, les normes, attitudes et barrières concernant la consommation de gras alimentaire, le tabagisme, la pratique régulière d'activités physiques de loisir et la connaissance de sa tension artérielle. Les échantillons d'hommes du pré-test et du post test sont aléatoires et indépendants et doivent répondre à un même questionnaire postal. Le volet évaluatif de ce projet est sous la responsabilité d'une ressource du DSC en consultation avec deux chercheurs universitaires.

Le troisième site se situe dans un quartier multiethnique défavorisé du Centre-ville de Montréal comprenant environ 40 000 personnes. Ce projet vise les enfants de 9 à 12 ans, c'est-à-dire ceux du second cycle du primaire. Il s'agit essentiellement d'un projet d'éducation sanitaire basé sur la théorie de l'apprentissage social de Bandura (1986) et appuyé par une intervention communautaire. En conséquence, les principaux partenaires du projet sont recrutés auprès des éducateurs, des parents et des responsables locaux des loisirs. Les huit écoles que fréquentent les enfants du quartier seront le site d'interventions alors que les enfants fréquentant 16 écoles de deux quartiers où l'on n'interviendra pas formeront le groupe contrôle. Tous les enfants des écoles expéri-

mentales et contrôles des groupes d'âges concernés seront suivis pendant trois ans. Il s'agit donc d'un devis d'évaluation alliant un suivi de cohorte et des enquêtes transversales. Des mesures physiologiques, de comportements, d'intentions et d'efficacité personnelle à produire les comportements concernant la consommation de gras alimentaire, le tabagisme et la pratique régulière d'activités physiques de loisir fourniront les variables d'effet. Le volet évaluatif de ce programme est sous la responsabilité d'un chercheur du DSC en consultation avec deux autres ressources locales. Ces trois personnes ont un statut de chercheur universitaire.

Nous croyons que cette grande variation dans les programmes reflète une variation réelle dans les besoins de santé des populations concernées. Ces projets ont été mis au point par des organismes locaux de santé de santé publique qui ont les ressources et les mandats nécessaires pour évaluer et répondre aux besoins de santé de leurs populations. Ces projets émanent aussi d'organisations qui avaient identifié les maladies cardio-vasculaires comme une priorité locale d'interventions. Nous sommes donc relativement confiants qu'individuellement, chacun de ces programmes d'intervention répond à des préoccupations locales et met en oeuvre des stratégies pertinentes en regard des caractéristiques des milieux dans lesquels ils sont implantés. C'est précisément cette diversité des programmes, elle-même fondée sur la variabilité des besoins et des caractéristiques des populations qui font la force des programmes communautaires de promotion de la santé mais qui, comme nous l'avons montré précédemment, rend relativement caduques les stratégies d'évaluation basées sur un modèle quasi-expérimental ou épidémiologique.

Éléments d'une nouvelle approche à l'évaluation des programmes communautaires

Parce que chaque site avait une autonomie quasi complète pour bâtir une inter-

vention qui réponde aux besoins locaux, on ne pouvait formuler a priori une question de recherche. La diversité des projets locaux résultant de cette autonomie rendait difficile une mise en commun de toutes les données d'évaluation. De plus, comme chaque devis d'évaluation prévoyait des comparaisons pré-post avec une communauté contrôle, chacun d'eux présentait plusieurs faiblesses du point de vue de l'établissement d'effets individuels, et se résume en fait à une étude de cas unique pour documenter les changements qu'un programme de promotion de santé produit au niveau communautaire. Chacun de ces projets, pris individuellement s'apparente donc à l'étude de Karélie du Nord ou à celle de Pawtucket.

La prise de conscience de ces faits nous a amené à formuler ce que nous appelons le paradoxe de l'évaluation des programmes communautaires multiples de promotion de la santé. Selon ce paradoxe, l'absence d'une question de recherche formulée a priori prévient l'établissement de devis d'évaluation forts à cause de la difficulté de mise en communs des données. Cependant, pour qu'un programme de promotion puisse produire des effets, tant dans la communauté que chez les individus, ces projets doivent être élaborés localement de façon à répondre à des besoins locaux, ce qui prévient évidemment la formulation a priori d'une question de recherche.

En rupture avec l'approche traditionnelle d'évaluation des programmes communautaires multiples en promotion de la santé du coeur, nous avons tenté de solutionner ce paradoxe en tirant partie de la diversité que présentent ces trois programmes. Trois stratégies inter reliées et complémentaires, mais en opposition avec les préceptes de l'approche traditionnelle d'évaluation des programmes communautaires en promotion de la santé, ont été imaginées pour mener à bien une évaluation qui respecte à la fois les critères de rigueur scientifique et les exigences d'autonomie et de pertinence locale des informations des projets individuels.

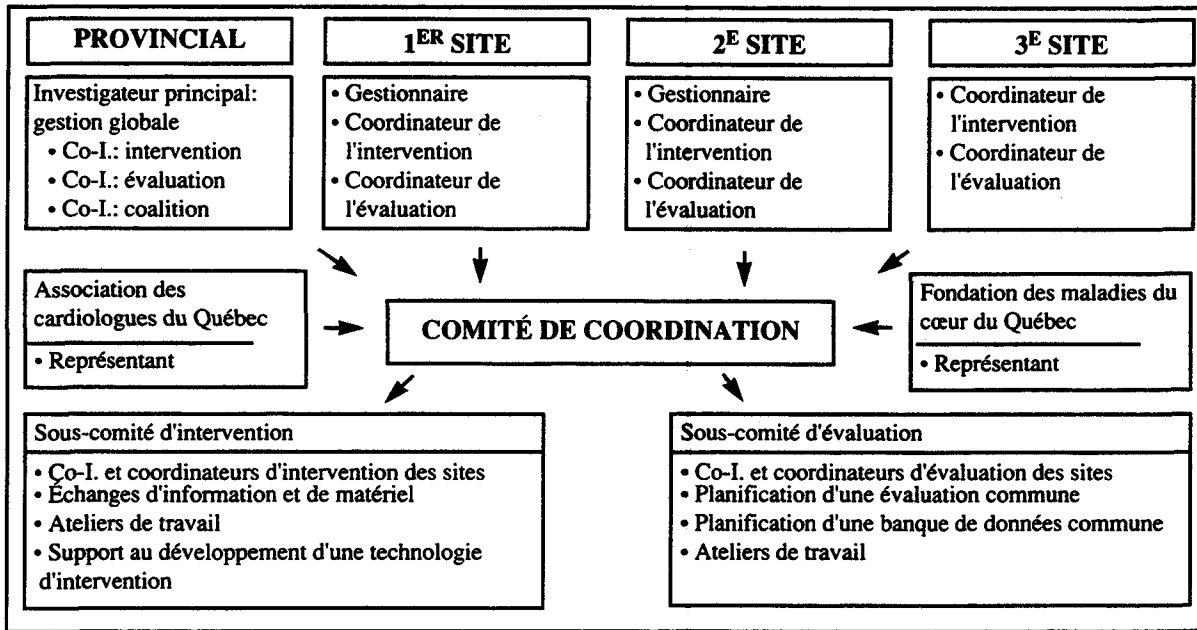


Figure 1. Structure du PQDSC

Création d'un comité provincial de coordination du projet

La première décision a été de créer un comité de coordination du projet. Comme l'illustre la Figure 1, ce comité a été créé en rassemblant quatre équipes distinctes: l'équipe provinciale et chacune des trois équipes locales. La structure des équipes est la même: un investigateur principal responsable des aspects administratifs et qui assume la responsabilité globale du projet, un co-investigateur responsable de l'intervention et un co-investigateur responsable de l'évaluation. En ce qui a trait à l'équipe provinciale un co-investigateur responsable de la coalition provinciale se rajoute. Le comité de coordination formé par ces personnes n'a pas de pouvoir décisionnel sur les activités locales. Cependant toutes les décisions concernant l'ensemble du projet provincial sont prises à ce niveau. Ce n'est donc pas l'équipe provinciale qui a un pouvoir sur les projets locaux, mais les équipes locales qui contrôlent le projet provincial. Le rôle de l'équipe des investigateurs provinciaux en est un d'expert conseil, d'animateur et de gardien d'un projet global dont nous présenterons les grandes lignes un peu plus loin.

La Figure 1 montre aussi clairement que deux comités sont issus du comité de coordina-

tion provincial: un comité inter-site d'intervention et un comité inter-site d'évaluation. Le premier sert à mettre en commun des outils et des stratégies d'intervention, alors que le second tout en étant un lieu d'échanges pour les responsables locaux de l'évaluation, prend en charge tous les aspects inter-sites et provinciaux de l'évaluation. Chacun de ces comités, parce que formé des personnes décisionnelles sur le plan local est complètement décisionnel tant pour le projet global que pour les projets locaux. Le pouvoir au sein de ces comités ne peut être assumé que d'une façon collégiale étant donnée la possibilité réelle pour chaque site de paralyser les activités de ces deux comités et de mener son projet local d'un façon indépendante.

C'est au sein du comité provincial de coordination qu'ont pris naissance les deux autres éléments stratégiques qui constituent l'originalité de notre approche évaluative. Le défi était de renforcer les devis locaux d'évaluation tout en maintenant une autonomie locale, de partager le plus possible des ressources communes et de maximiser la production de connaissances nouvelles concernant les programmes de promotion de la santé du coeur et leur évaluation.

Élaboration d'un quatrième projet intégrateur des projets locaux d'évaluation

Au cours de la première année d'élaboration et de consolidation des projets locaux, il est apparu clairement qu'un des dangers d'une approche décentralisée est l'éclatement d'un projet global en projets autosuffisants et indépendants. De façon à éviter ce que nous percevions comme une conséquence non désirable, nous avons élaboré ensemble un projet commun qui prend avantage de la diversité des sites pour formuler un ensemble de questions de recherche originales et pertinentes en regard de l'état actuel des connaissances sur le fonctionnement des programmes communautaires de promotion de la santé. Pour atteindre notre objectif de créer une interdépendance entre les projets locaux, il fallait que ce quatrième projet, que nous appelons maintenant le projet global, prenne racine de façon égalitaire dans chaque projet local, et qu'en plus, il ajoute des ressources ou des dimensions nouvelles aux évaluations locales, sans augmenter les coûts locaux.

En considérant que les intrants dans les communautés diffèrent selon les projets, en considérant aussi que les cibles ultimes d'intervention varient, nous avons formulé a posteriori trois questions de recherche qui contribueront à mieux comprendre les processus sociaux qui sont influencés par les programmes de promotion de la santé. La première question se rapporte à une évaluation de processus et cherche à identifier les mécanismes de production d'activités dans les communautés par les programmes de promotion de la santé. Il s'agit d'observer si des projets qui mettent en oeuvre des stratégies différentes de promotion de la santé produisent des activités différentes. Les données générées dans ce volet de l'étude permettront d'évaluer dans quelle mesure la spécificité des programmes locaux est liée à une spécificité des activités.

La seconde question s'attache à la théorie du programme et vise à documenter comment certains environnements communautaires seront modifiés par chacun des programmes. Ici aussi, nous prendrons avantage de la diversité des programmes locaux. En effet, les

instances communautaires visés par chacun des programmes diffèrent. On pourra donc utiliser certaines combinaisons de communautés pour vérifier un certain nombre d'hypothèses. Cette partie du projet implique une collaboration étroite entre les sites. Il se crée en effet un genre de troc de l'information. La négociation en comité a permis d'obtenir certains compromis par lesquels des sites acceptent de recueillir chez eux une information qui enrichira l'évaluation dans d'autres sites, en échange d'informations que les autres sites recueillent pour eux. Cela a pour effet d'augmenter considérablement le nombre d'unités d'analyses disponibles pour étudier certains environnements communautaires.

Enfin, une troisième question, qui ne peut trouver réponse que parce que chaque site a identifié une cible ultime qui lui est propre, a trait à l'évaluation d'impact. Il s'agit pour nous de vérifier si cette notion de cible ultime des interventions, comme par exemple les enfants, ou les hommes de 30 à 60 ans, est accessible par des interventions communautaires ou si, au contraire, ce genre d'intervention a un effet diffus qui se reflète dans tous les secteurs de la société. En prenant la famille comme unité d'échantillonnage, le projet global vise à vérifier dans quelle mesure les différents programmes produiront des changements à l'intérieur de cette entité sociale qu'est la famille. De plus, nous documenterons comment la famille peut servir d'amplificateur et de milieu intégrateur pour un programme de promotion de la santé, dans sa tentative de rejoindre les individus.

Ce projet en trois volets enrichit chacun des projets locaux, en leur donnant une perspective plus large et plus fondamentale de recherche en promotion de la santé. Nous sommes aussi confiants que ce quatrième projet nous permet de tirer avantage de la diversité des projets locaux pour étudier des questions pertinentes et importantes pour le développement du champ de la promotion de la santé. Il est aussi important de souligner que jamais les activités des programmes locaux n'ont été subordonnées à ce quatrième projet. L'élaboration de ce quatrième volet du PQDSC a fourni la base à la troisième décision stratégique qui consiste à définir un tronc commun minimal de

données, autour duquel les sites élaborent leurs propres instruments de cueillette de données, pour répondre à leurs questions spécifiques de recherche.

Élaboration d'un tronc commun d'instruments

Ce tronc commun minimal, nous l'avons déjà mentionné, résulte d'un double processus de négociation. Les responsables de l'évaluation ont négocié entre eux les dimensions qui pourraient éventuellement donner lieu à des mesures communes. Ensuite, chaque responsable a dû négocier localement avec les responsables de l'intervention comment ces mesures pourraient être implantées.

La négociation qui s'est produite au comité provincial d'évaluation visait à réconcilier les besoins d'information des quatre projets. En effet, sur le plan des instances communautaires, chaque site ne fournit pas un nombre suffisant d'unités pour que chacun conduise ses analyses de façon autonome. De plus, si certaines instances communautaires, comme les dépanneurs par exemple, font l'objet d'interventions spécifiques dans certains sites, ils peuvent ne pas être touchés dans d'autres. Sur le plan local, chaque site doit mesurer les effets du programme en termes des comportements. Il nous semblait donc raisonnable de créer un certain nombre d'instruments qui pourraient servir à mesurer ces variables dans les sites où l'on avait identifié des adultes comme cibles des interventions. Enfin, en ce qui a trait au suivi des intrants dans la communauté, la négociation a porté surtout sur les éléments nécessaires à la réalisation de l'évaluation de processus. Dans cette négociation, le projet global est conceptualisé comme un élément intégrateur des trois projets individuels qui permettra d'arrimer ensemble les résultats des projets locaux. Ce n'est donc pas ce quatrième projet qui identifie les dimensions à mesurer, sa fonction a plutôt été de promouvoir une identification de dimensions communes.

La seconde ronde de négociations s'est déroulée à l'intérieur de chaque site et visait à discuter et adapter pour les besoins locaux, les propositions du comité provincial d'évaluation. Les instruments ont en fait été développés par

des équipes locales, et ensuite ramenés au comité provincial pour discussions et modifications. Il s'agissait d'établir un processus itératif qui maximiserait l'utilité de l'information générée, par l'assurance qu'elle répondrait aux besoins des quatre projets.

Il est bien évident que cette double négociation alourdit considérablement le processus d'élaboration des instruments de mesure. Nous avons mis environ 12 mois pour élaborer et pré tester une dizaine d'instruments qui forment le tronc commun. Ces instruments touchent chacun des trois volets de la démarche évaluative que nous avons décrite précédemment. Nous croyons cependant, que ce processus de négociation a permis de raffermir, dans les sites, la croyance que leur participation à un projet global enrichit les démarches locales, en leur fournissant un cadre plus général du point de vue de leur contribution à l'avancement des connaissances sur les programmes communautaires en promotion de la santé.

Conclusion

A posteriori, ces décisions stratégiques forment un tout cohérent qui peut sembler être le résultat d'une planification préalable clairvoyante. Or, la réalité est différente. Nous n'avons aucun modèle préalable sur lequel s'appuyer lorsque nous avons élaboré notre stratégie évaluative. La cohérence de cette stratégie provient des deux critères qui ont guidé chacune des décisions: ne pas entraver l'autonomie des sites et satisfaire les critères de rigueur scientifique.

L'approche que nous sommes en train d'élaborer en est une d'évaluation globale qui devrait nous permettre d'identifier certains effets des programmes. Il ne s'agit donc pas de placer l'évaluation dans un paradigme autre que le paradigme analytique de la "société qui expérimente" (Campbell, 1988) et dans lequel, l'attribution des effets observés aux programmes mis en place, est un critère important de la qualité de l'évaluation. Notre proposition consiste essentiellement en une approche plus souple de ce genre d'évaluation, qui respecte beaucoup mieux la nature de l'objet à évaluer.

Cette approche décentralisée comporte les avantages suivants: 1) les programmes mis en place sont plus susceptibles de produire les effets désirés puisqu'ils ont été élaborés en fonction des besoins et des caractéristiques des populations locales; 2) les programmes sont aussi plus susceptibles de survivre au delà de la période de financement puisqu'ils ont été élaborés localement; et 3) le fonctionnement des programmes se rapproche beaucoup plus de ce qui sera diffusé dans d'autres communautés.

L'aspect "projet pilote" du programme est minimisé au profit de son intégration aux structures communautaires. En conséquence la validité externe des résultats s'en trouve améliorée en comparaison avec les résultats d'études réalisées selon une approche traditionnelle. Nous sommes aussi conscients que cette approche évaluative requiert des ressources locales importantes pour l'évaluation. Ce sont cependant ces investissements qui constituent la meilleure garantie d'autonomie locale.

Références

- Ajzen, I., Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall.
- Assaf, A. R., Banspack, S. W., Lasater, T. M., McKinlay, S.M., & Carleton, R. A. (1988). The Pawtucket Heart Health Project: II Evaluation Strategies. *Rhode Island Medical Journal*, 71, 63-67.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action. A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall.
- Blackburn H. (1983). Research and Demonstration Projects in Community Cardiovascular Disease Prevention. *Journal of Public Health Policy*, 4, 398-421.
- Braverman, M. T., Campbell, D. T. (1989). Facilitating the Development of Health Promotion Programs: Recommendations for Researchers and Funders. In M. T. Braverman (Ed.), *Evaluating Health Promotion Programs. New Directions for Program Evaluation*, Vol 43. San Francisco Ca: Jossey Bass.
- Campbell, D. T. (1988). The Experimenting Society. In S. E. Overman (Ed.), *Methodology and Epistemology for Social Science*. Chicago: University of Chicago Press.
- Campbell, D. T. (1987). Guidelines for Monitoring the Scientific Competence of Preventive Intervention Research Centers: An Exercise in the Sociology of Scientific Validity. *Knowledge: Creation Diffusion Utilization*, 8, 389-430.
- Carleton, R. A., Lasater, T. M., Assaf, A.R., Lefebvre, R. C. McKinlay, S. M. (1987). The Pawtucket Heart Health Program: An Experiment in Population-Based Disease Prevention. *Rhode Island Medical Journal*, 70, 533-538.
- Farquhar, J. W., Fortmann, S. P., Flora, J. A., Taylor, C. B., Haskell, W. L., Williams, P. T., Maccoby, N., & Wood, P. D. (1990). Effects of Community Wide Education on Cardiovascular Risk Factors. The Stanford Five-City Project. *Journal of the American Medical Association*, 264, 359-365.
- Farquhar, J. W., Fortmann, S. P., Maccoby, N., Haskell, W. L., Williams, P. T., Flora, J. A., Taylor, C. B., Brown, B. W., Solomon, D. S., & Hulley, S. B. (1985). The Stanford Five-City Project: Design and Method. *American Journal of Epidemiology*, 122, 323-334.
- Farquhar, J. W., Maccoby, N., & Wood, P. W. (1977). Community Education for Cardiovascular Health. *Lancet*, i, 1192-1195.
- Green, L. W. (1991). Prevention and Health Education. In J. Last & R. Wallace (Eds.), *Public Health & Preventive Medicine* (13th ed). Norwalk Conn: Appleton & Lange.
- Green, L. W., Kreuter, M. W. (1991). *Health Promotion Planning. An Educational and Environmental Approach* (2nd ed). Toronto, Ont: Mayfield.
- Health and Welfare Canada (1992). The Canadian

- Heart Health Initiative: A Policy in Action. *Health Promotion*, 30 (4), 1-19.
- Health and Welfare Canada. (1986) *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion*. Ottawa: Ministry of Supplies and Services.
- Jacobs, D. R., Luepker, R. V., Mittelmark, M. B., Folsom, A. R., Pirie, P. L., Mascioli, S. R., Hannan, P., Pechacek, T., Bracht, N., Carlaw, R., Kline, F., & Blackburn, H. (1986). Community Wide Prevention Strategies: Evaluation Design of the Minnesota Heart Health Program. *Journal of Chronic Disease*, 39, 775-788.
- McGraw, S. A., McKinlay, S. M., McClements, L., Lasater, T. M., Assaf, A., & Carleton, R. A. (1989). Methods in Program Evaluation: The Process Evaluation System of the Pawtucket Heart Health Program. *Evaluation Review*, 13, 459-483.
- McKinlay J. B. (1993). The Promotion of Health Through Planned Sociopolitical Change: Challenges for research and policy. *Social Sciences and Medicine*, 36, 109-117.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. *Health Education Quarterly*, 15, 351-377.
- Mittlemark, M. B. (1990). Balancing the Requirements of Research and the Needs of Communities. In N. Bracht (Ed.), *Health Promotion at the Community Level*. Newbury Park Ca.: Sage.
- Nissinen, A., & Puska, P. (1991). Community Control of Chronic Diseases: A Review of Cardiovascular Programmes. In B. Badura & I. Kickbush (Eds.), *Health Promotion Research*. Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series No. 37.
- Puska, P., Salomen, J. T. Tuomilehto J., Nissinen, A., & Kottke, T. E. (1983). Evaluating Community-Based Preventive Cardiovascular programs: Problems and Experiences from the North Karelia Project. *Journal of Community Health*, 9, 49-64.
- Puska, P., Tuomilehto, J., Salonen, J. (1981) Community Control of Cardiovascular Diseases. The North Karelia Project. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- RBJ Associates. (1992). *Evaluation Protocol of the Ontario Heart Health Action Plan*. Document non publié.
- Rose, G. (1992). Strategies of Prevention: The Individual and the Population. In M. Marmot, & P. Elliott (Eds.), *Coronary Heart Disease Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Salonen J. T., Kottke, T. E., Jacobs D. R., & Hannan P. J. (1986). Analysis of Community Based Cardiovascular Disease Prevention Studies - Evaluation Issues in the North Karelia Project and the Minnesota Heart Health Program. *International Journal of Epidemiology*, 15, 176-182.
- Shea, S., & Bash, C. E. (1990). A Review of Five Major Community Based Cardiovascular Disease Prevention Program. Part II: Intervention Strategies, Evaluation Methods and Results. *American Journal of Health Promotion*, 4, 279-287.
- Wagner, E. H., Koepsell, T. D., Anderman, C., Cheadle, A., Curry, S., Psaty, B. M., Von Korff, M., Wickiser, T. M., Beery, W. L., Diehr, P. K., Ehreth, J. L., Kehrner, B. H., Pearson, D. C., & Perrin, E. B. (1991). The Evaluation of the Henry J. Kaiser Family Foundation's Community Health Promotion Grant Program: Design. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44, 685-699.

Le Projet québécois de démonstration en santé du coeur est financé conjointement par le PNRDS (Santé et Bien-être social Canada), le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec et la Fondation canadienne des maladies du coeur. La première auteure est détentrice d'une bourse de carrière du PNRDS #6605-3448-48.

Les membres du comité de coordination du PQDSC sont: R. Lessard, B. Lachance, G.Paradis, L. Potvin, J. Pelletier, J. Moisan, L. Renaud, J. O'Loughlin, M. Tremblay, N. Nguyen.

Biographie

Louise Potvin est chercheure agrégée au Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal, et chercheure au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Sa formation de base est en psychologie et après un doctorat en santé communautaire elle a poursuivi sa formation post-doctorale en évaluation de programme. Ses intérêts de recherche sont en évaluation de programmes de promotion de la santé et de santé publique.

Gilles Paradis est médecin conseil à l'Unité de santé publique de l'Hôpital général de Montréal et professeur adjoint au Département d'épidémiologie et de biostatistique de l'Université McGill. Après ses études de médecine et une Maîtrise en épidémiologie, il a poursuivi sa formation post-doctorale en promotion de la santé cardio-vasculaire avec le Stanford Five-City Project. Ses intérêts de recherche sont en épidémiologie des maladies cardio-vasculaires et en promotion de la santé du coeur.

Richard Lessard est directeur intérimaire pour la santé publique à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal métropolitain et professeur adjoint de clinique au Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal. Après ses études de médecine il a complété une Maîtrise en santé publique et une Maîtrise en économie. Il a été directeur du regroupement des chefs de Département de Santé Communautaire. Ses intérêts professionnels vont à la santé publique en générale, alors que ses intérêts de recherche sont pour la promotion de la santé du coeur.