

CHAPITRE 14

Le Canada sur la scène internationale de la promotion de la santé

*Suzanne F. Jackson, Valéry Ridde,
Hélène Valentini et Natalie Gierman*

INTRODUCTION

Le Canada et le Québec jouent un rôle important sur la scène internationale en matière de promotion de la santé. Dans les chapitres précédents, nous avons vu comment des documents majeurs produits par le Canada ou au Canada (exemples: le rapport Lalonde et la Charte d'Ottawa) ont eu un impact déterminant sur la façon dont le champ de la promotion de la santé s'est développé partout dans le monde depuis 1974 (Lalonde, 2002). Nous avons également vu que, après une période d'essoufflement de ce leadership international au niveau fédéral depuis 1994, un certain renouveau de l'intérêt pour la promotion de la santé semble apparaître au Canada, comme en témoigne en partie le fait que la 19^e Conférence mondiale sur la promotion de la santé aura lieu en juin 2007 à Vancouver.

Dans ce chapitre, nous mettrons plus spécifiquement l'accent sur ce que nous appelons des *activités internationales* de promotion de la santé, à distinguer de la perspective mondiale dont il est question dans le chapitre précédent. Le terme « international » fait référence à une relation entre nations, ou entre personnes qui se trouvent dans deux pays différents. Il désigne généralement une démarche inscrite dans le cadre des frontières ethniques, géographiques ou politiques traditionnelles des nations (Brown *et al.*, 2006), et dans une approche

de type bilatéral (entre deux pays) ou multilatéral (entre plusieurs pays). Le terme « mondial » en revanche, comme nous l'avons vu dans le chapitre 13, émane d'une vision du monde plus holistique, qui n'est pas limitée par les frontières nationales traditionnelles et utilise au contraire une approche interdépendante, interconnectée et interreliée (Brown *et al.*, 2006; Scriven et Garman, 2005).

Étant donné le caractère d'interconnexion mondiale du fonctionnement contemporain, presque tous les individus ou les organisations travaillant en promotion de la santé ici ont des relations internationales. Par conséquent, il nous a été impossible de dresser une liste exhaustive des interventions canadiennes ou québécoises à l'international dans le domaine depuis 1994, période dont traite cet ouvrage. Nous avons donc décidé de sélectionner ce qui nous a semblé être des cas exemplaires de collaboration internationale, donnant un bon aperçu de la situation, et nous permettant de soulever certains dilemmes ou enjeux majeurs. Nous avons cherché des exemples en ayant à l'esprit quelques hypothèses.

En premier lieu, comme le savent la plupart d'entre nous ayant travaillé à l'étranger, le Canada et le Québec jouissent d'une bonne réputation internationale. Cela tient probablement au fait qu'ils n'ont pas de passé colonial, qu'ils ne sont habituellement pas perçus comme ayant des ambitions impérialistes, et qu'ils emploient deux langues internationales largement utilisées. Nous avons donc cherché des exemples de projets localisés dans les univers linguistiques francophone et anglophone pour tenir compte de ce fait.

En deuxième lieu, comme cela est souligné dans les autres sections du présent ouvrage, le Canada et le Québec sont perçus, dans le monde de la promotion de la santé, comme les promoteurs d'une approche plus sociale qu'individuelle, solidement enracinée dans un ensemble de principes de justice sociale, de participation et d'autonomisation (Potvin, 2003). Puisque les auteurs de ce chapitre partagent cette position, nous avons eu tendance à rechercher des projets ayant ce type d'orientation; par conséquent, d'autres types d'activités internationales, opérant avec des postulats différents, sont probablement sous-représentés.

Enfin, nous avons limité notre investigation à nos réseaux immédiats, au Consortium canadien de recherche en promotion de la santé (CCRPS) ainsi qu'à certaines organisations gouvernementales et non gouvernementales majeures, ce qui a aussi eu un impact sur notre choix de projets et d'exemples. D'autres interventions internationales en promotion de la santé menées par des Québécois ou des Canadiens, comme celles impliquant le secteur privé, ne sont donc pas représentées ici.

Cela étant dit, nous pensons toutefois que les exemples choisis parmi le groupe d'organisations présentées dans le tableau 14.1 donnent un bon aperçu du grand éventail de nos activités internationales et permettent de soulever les

questions dont nous discuterons dans la conclusion de ce chapitre. Ces exemples sont répartis en deux grandes catégories: (1) formation/développement des capacités, (2) développement et utilisation des connaissances dans le domaine de l'évaluation.

Tableau 14.1
PRINCIPAUX INTERVENANTS EN PROMOTION DE LA SANTÉ
AU NIVEAU INTERNATIONAL MENTIONNÉS DANS CE CHAPITRE

Secteur	Organisme	Localisation
Gouvernement	Santé Canada	Canada
	Gouvernement du Québec	Québec
Universités	<i>Centre for Health Promotion</i>	Université de Toronto
	<i>Community Health Research Unit</i>	Université d'Ottawa
	<i>Prairie Region Health Promotion Research Centre</i>	Université de Saskatchewan
	<i>Centre for Community Health Promotion Research</i>	Université de Victoria
	Unité de santé internationale et Groupe de recherches interdisciplinaires en santé	Université de Montréal
	Groupe de recherche et d'intervention en promotion de la santé	Université Laval
ONG	Société canadienne de santé internationale	Canada
	Association canadienne de santé publique	Canada
	Centre de coopération international en santé et développement inc.	Québec
	Coopérative Tandem	Québec

PROJETS INTERNATIONAUX DE FORMATION ET DE DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS

L'un des problèmes majeurs auxquels font face les professionnels de santé de tous les pays est la disponibilité et l'affectation des ressources humaines. Dans les pays développés, il existe des disciplines spécialisées et des programmes universitaires et collégiaux de formation des professionnels de la promotion de la santé, ainsi que des modules de formation en promotion de la santé pour les autres professionnels de la santé. Dans les pays en développement ou en transition, en partie à cause de la fuite des cerveaux (voir Labonte *et al.*, 2004, au sujet de l'Afrique), les ressources humaines en promotion de la santé et les programmes de formation dans ce domaine sont beaucoup moins nombreux. La plupart des pays disposent de personnel de soins de santé primaires et au moins

de quelques spécialistes (Labonte, 2003). Étant donné le champ d'application de la promotion de la santé, qui inclut des concepteurs de politiques publiques, des organisateurs communautaires et des professionnels de la santé, des programmes de formation sont requis pour donner aux professionnels travaillant pour le gouvernement, dans une collectivité ou dans des postes de santé, l'occasion d'apprendre sur la promotion de la santé. Étant donné le rôle de leader du Canada dans ce champ, et étant donné leurs réseaux de centres universitaires de formation et de recherche en promotion de la santé, il n'est pas surprenant que le Canada et le Québec aient su apporter une contribution substantielle, au niveau international, en matière de formation et de développement des capacités.

Une caractéristique majeure des approches canadienne et québécoise est le recours à une pédagogie de type participatif et à une formation globale incluant des façons de travailler avec les communautés et de documenter les besoins communautaires, des façons de planifier, de mettre en œuvre et d'évaluer les programmes de promotion de la santé, et des façons d'intégrer des concepts de promotion de la santé à la pratique clinique, aux soins de santé primaires ou à l'élaboration des politiques publiques, que ce soit au niveau local ou national. Dans cette partie, nous présentons des exemples de programmes canadiens de formation pour différents publics: (a) formateurs et éducateurs collégiaux et universitaires; (b) leaders communautaires, administrateurs et décideurs; (c) professionnels des soins de santé primaires et autres professionnels de la santé; et (d) populations autochtones. Nous présentons également (e) deux exemples de grands projets de renforcement intégré des capacités, faisant le lien entre développement professionnel, adoption de politiques publiques et mise en place d'infrastructures.

Formation des formateurs et des éducateurs collégiaux et universitaires

La formation des formateurs, par la prestation directe de cours, sessions, programmes, etc., est l'une des façons dont le Canada et le Québec ont aidé de très nombreux pays à développer leurs propres capacités. Voici quelques exemples.

Mozambique

Le Programme de formation pour le renouveau de la santé était un partenariat entre le *Prairie Region Health Promotion Research Centre* de l'Université de la Saskatchewan, Santé Saskatchewan, le Centre de recherche de l'Université McMaster pour la promotion de la santé des femmes et le ministère de la Santé du Mozambique. Le but du projet était de renforcer les capacités des institutions

d'éducation et de formation à former les professionnels de santé à l'établissement de relations plus égalitaires et plus efficaces avec les communautés qu'ils desservent. L'approche pédagogique reposait sur des théories en éducation populaire, en promotion de la santé et en développement communautaire. Cela impliquait des méthodes d'enseignement et d'apprentissage basées sur l'analyse critique, la participation communautaire, l'autonomisation et la découverte, ainsi que des approches au changement institutionnel durable. Onze Mozambicains ont été formés au Canada comme animateurs principaux durant quinze mois, en 2000-2002. Cette formation incluait un contact direct avec des organismes communautaires de Saskatoon pour l'acquisition d'une expérience pratique du développement de la santé communautaire au Canada. Au Mozambique, les animateurs faisaient partie du Centre d'éducation continue en santé de Massinga. La petite communauté voisine de Tevele en a été partenaire, comme communauté pilote, pour la démonstration et la mise en œuvre des méthodes d'enseignement et d'apprentissage employées à Massinga afin de former les professionnels. La communauté a identifié ses problèmes de santé en utilisant une approche participative de recherche-action. Une deuxième tranche de financement par l'Agence canadienne de développement international (ACDI) a par la suite servi à intégrer le Centre de Massinga aux instances de santé nationales et provinciales et à renforcer ses capacités en gestion. La principale leçon tirée de ce programme est que l'approche participative d'un travail en étroite collaboration a mené à une expérience et des apprentissages plus enrichissants pour tous les participants, des deux côtés de la planète.



Photo: Suzanne Jackson.

Amérique latine

La création de réseaux et de coalitions est une stratégie importante en promotion de la santé (De Leeuw, 2001; Pluye *et al.*, 2004) et les universités comptent parmi les acteurs clés de la création de réseaux internationaux de développement des capacités, comme l'illustre bien le réseau panaméricain décrit dans la contribution portoricaine au chapitre 16 de cet ouvrage. La création en 2000 du Réseau interaméricain de formation sur les déterminants sociaux de la santé et sur la gestion des services de santé (REDET) est un autre exemple. À l'initiative d'enseignants de l'Université de Montréal, et notamment grâce à la réputation du Québec sur le sujet des déterminants sociaux de la santé (Ridde, 2004), ce réseau a été mis en place avec des universités partenaires du Brésil, du Pérou, du Costa Rica et du Nicaragua. Édifié au fil des années au moyen d'échanges et de visites universitaires, le réseau a élaboré des outils écrits et vidéo d'aide à l'enseignement pour intégrer le thème des déterminants sociaux de la santé aux programmes d'enseignement universitaire. Sept modules ont été finalisés en 2005, traitant des concepts et des théories, des mouvements sociaux, de l'éthique et de l'évaluation des contextes. Les partenaires du REDET citent comme clés du succès une animation flexible mais constante, des processus participatifs, l'implication des participants, une approche de l'enseignement s'appuyant davantage sur la communauté, et des valeurs partagées quant au développement social et humain et aux inégalités sociales (Valentini et Albert, 2005). Les leçons tirées de ces cinq ans de projet sont qu'il ne faut pas agrandir trop vite la taille du réseau au début, et que la création d'un tel réseau demande beaucoup de temps.

Développement des capacités des leaders communautaires, administrateurs et décideurs

Ukraine

Un projet financé par l'ACDI (1998-2001) et mené par la Société canadienne de santé internationale (SCSI) a demandé au *Centre for Health Promotion* de l'Université de Toronto (CHP) d'aider à augmenter les capacités du gouvernement de Kiev en administration et en



Photo: Suzanne Jackson.

élaboration de programmes de promotion de la santé pour les jeunes, grâce à un programme de certificat de 30 heures. Les participants au projet ont mentionné qu'ils aimaient l'approche participative utilisée pour l'enseignement et le travail, particulièrement auprès des jeunes, et qu'ils envisageaient avec enthousiasme l'expansion du projet à d'autres régions d'Ukraine. La deuxième phase du projet, « Les jeunes pour la santé » (2002-2005), a permis de travailler avec des enseignants, des dirigeants municipaux et d'autres administrateurs sur les façons d'intervenir auprès des jeunes en utilisant des méthodes participatives.

France

Le Forum pour le développement social, qui s'est tenu en avril 1998 au Québec, a servi d'événement déclencheur à une série d'échanges avec la Caisse nationale des allocations familiales de France (CNAF). Cette organisation avait déjà une approche de développement social au niveau local, en aidant les familles à faire face à leurs problèmes quotidiens. Les Français étaient intéressés en particulier par le fait que le Québec fasse le lien entre développement social et santé dans ses politiques gouvernementales, tout en conservant l'accent sur le développement communautaire et le soutien aux communautés dans ses interventions locales (Leroux et Ninacs, 2002). Un partenariat de trois ans fut conclu entre l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et l'École nationale supérieure de sécurité sociale (ENSSS), organisation responsable de la formation des dirigeants français dans le domaine de la sécurité sociale; l'objectif était de faciliter les échanges entre réseaux d'enseignants, porte-parole et conférenciers des champs de la sécurité sociale, de la santé publique et du développement social. La principale leçon à retenir, cette fois-ci, est qu'un gouvernement provincial assumant un rôle de leader dans le domaine des politiques publiques favorables à la santé peut déployer ce leadership pour travailler avec des concepteurs de politiques publiques d'un autre pays et transférer des compétences et des leçons acquises par l'expérience.

Développement des capacités en promotion de la santé parmi les professionnels des soins primaires et les autres professionnels de la santé

Chine

Le Projet mère-enfant du Yunan (Chine), mené par le *Community Health Research Unit* (CHRU) d'Ottawa et financé par l'ACDI et par le gouvernement chinois, a utilisé une approche participative d'enseignement, de suivi et d'évaluation pour améliorer la qualité, l'accessibilité et la disponibilité des services essentiels dans les comtés de minorités ethniques de la province du Yunan. Le projet a aussi aidé les professionnels de la santé de la mère et de l'enfant, ainsi

que les médecins de village, à créer et à maintenir des relations et des activités dynamiques avec les femmes de milieu rural et les sages-femmes de village, et a accru la pertinence et la réactivité de la formation continue vis-à-vis des besoins des femmes et des enfants. Le projet a formé plus de 4000 infirmiers, sages-femmes et médecins communautaires et a contribué à une réduction de 35 % des taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile; les comtés inclus dans le projet ont connu une amélioration de l'état général de santé plus importante que celle de la moyenne provinciale (Roelefs, 2005). Ces résultats ont convaincu le bureau provincial de la santé de reproduire ce modèle dans la totalité des 128 comtés du Yunan et ont conduit le ministère chinois de la Santé à intégrer cette approche à d'autres initiatives nationales. Comme les Ukrainiens, les Chinois ont jugé très utile l'approche participative à la formation, très différente de leur approche habituelle plus autoritaire, et l'ont adoptée dans tout le Yunan. Étant donné les résultats atteints, ce projet est aussi une illustration de la façon dont l'éducation et le soutien aux professionnels de santé œuvrant à la base peuvent améliorer l'état de santé d'une population.

Croatie

En 2003, le *Centre for Health Promotion* de l'Université de Toronto (CHP) a animé une formation en planification et évaluation de la promotion de la santé, durant une école d'été de deux semaines à l'intention de onze médecins croates provenant d'instituts de santé publique nationaux et régionaux. Les Croates ont non seulement conçu des plans sur une série de thèmes de promotion de la santé qu'ils ont ensuite mis en œuvre à leur retour en Croatie, mais ils ont aussi adapté les modules et les outils pédagogiques du cours de cette école d'été pour développer leur propre cours en promotion de la santé. Lors d'un atelier de formation de deux jours à l'automne 2003 en Croatie, 70 personnes provenant de divers instituts de santé publique ont été formées, et d'autres formations ont été offertes dans deux autres sites en 2004. Ce cas est une illustration classique des bénéfices concrets de la formation des formateurs, lorsque ces derniers s'appuient sur ce qu'ils ont appris pour aller plus loin que ce qui était initialement prévu.

Développement des capacités des populations autochtones

Chili

En janvier 2005, le président du Comité de planification autochtone de l'École d'été en promotion de la santé de l'Ontario s'est rendu à Santiago pour participer à un atelier d'une semaine sur la santé des populations autochtones. En contrepartie, quatre Chiliens (dont deux Mapuches, autochtones des Andes) sont venus au Canada durant l'été 2005 pour participer à l'École d'été et y faire

une présentation. Cet échange entre populations autochtones du Chili et du Canada constituait un événement et les deux pays avaient organisé pour leurs invités des visites de communautés autochtones et de leurs centres de santé. Les deux pays ont cherché chez l'autre des exemples d'intégration des pratiques autochtones traditionnelles de guérison dans les centres de santé communautaires, et des stratégies pour assurer participation et contrôle par les Autochtones dans les domaines de la santé et de l'organisation des soins. Les aspects participatifs de la promotion de la santé et l'accent mis sur la prévention des maladies ont été des composantes importantes de ces échanges.

Mexique

Consuelo Garcia Andrade, une chercheure de l'*Instituto Nacional de Psiquiatria Ramon de la Fuente Muniz* de Mexico, a participé en 2003 à l'École d'été en promotion de la santé de l'Ontario et s'y est sensibilisée à la possibilité d'utiliser, pour les questions d'alcoolisme chez les communautés autochtones du Mexique, une approche participative de la promotion de la santé ainsi qu'une compréhension holistique du rôle de tous les aspects de l'environnement physique, social et spirituel. Suite à cette prise de contact, des membres de l'Unité des services de santé autochtones du Centre de toxicomanie et de santé mentale de l'Ontario et du *Centre for Health Promotion (CHP)* de l'Université de Toronto ont été invités à Mexico en 2004 pour animer des ateliers sur la promotion et l'évaluation de la santé mentale et pour parler de santé autochtone. De nombreux participants à ces ateliers travaillaient alors avec des populations autochtones dans des communautés à l'extérieur de Mexico, et de nouvelles approches ont été utilisées (danse, dessin et autres arts) pour communiquer avec ces communautés autochtones au sujet de leur héritage, de leurs coutumes et de leur santé. La principale leçon que nous retenons de ces deux exemples est la façon dont des écoles d'été, plutôt formelles, peuvent mener à une série d'autres échanges et activités de développement des capacités, à condition que l'on prenne soin de capitaliser sur ces rencontres pour susciter de nouvelles initiatives.

Activités de développement intégré des capacités

Pour conclure cette section, nous présentons deux exemples de développement des capacités à un niveau plus ambitieux, impliquant du soutien aux concepteurs de politiques publiques, du développement professionnel et de la consolidation d'infrastructures.

Chili

De 1998 à 2001, le *Centre for Health Promotion* de l'Université de Toronto a travaillé avec le ministère chilien de la Santé (MINSAL) pour appuyer et consolider (par le transfert de l'expertise canadienne) la mise en application du Plan national de promotion de la santé du MINSAL. Les objectifs spécifiques comprenaient : contribuer au développement et à la mise en application des stratégies nationales et régionales de promotion de la santé ; appuyer le développement et la consolidation d'infrastructures de promotion de la santé ; appuyer le développement de compétences institutionnelles pour la mise en application des programmes de promotion de la santé. Le projet, financé par l'ACDI et l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), comprenait des partenariats entre organismes gouvernementaux, universités et ONG des deux pays. Les principales leçons apprises sont que les outils d'enseignement conçus ici peuvent être adaptés à un autre pays dès lors que leurs éléments culturellement spécifiques sont modifiés ; que les partenaires doivent s'appropriier le projet mené dans leur pays ; et que le soutien à plusieurs niveaux (national, régional et local) est une des clés de la réussite.

Brésil

Le projet « Promotion de la santé à l'œuvre » de l'Association canadienne de santé publique (ACSP), financé durant trois ans par l'ACDI, était un partenariat avec l'École nationale de santé publique (ENSP) du Brésil et l'Association brésilienne des diplômés en santé collective (ABRASCO). L'objectif était de soutenir l'intégration de la promotion de la santé dans la politique et les programmes brésiliens de santé publique, d'accroître la capacité de l'ENSP à concevoir, mettre en œuvre et évaluer des stratégies de promotion de la santé dans la communauté de Manguinhos à Rio de Janeiro, et de renforcer la promotion de la santé dans les programmes académiques de 2^e et 3^e cycles de l'ENSP. Ce projet illustre la valeur de la collaboration entre ONG et institutions universitaires, ainsi que l'importance de mettre en relation les niveaux communautaire et universitaire avec celui des politiques publiques.

TRAVAIL INTERNATIONAL EN THÉORIE, RECHERCHE ET PRATIQUE DE L'ÉVALUATION

Outre la formation et le développement des capacités, l'une des plus importantes contributions internationales des gens d'ici dans le domaine de la promotion de la santé s'est effectuée dans le champ de l'évaluation. Pour améliorer les pratiques de promotion de la santé dans n'importe quel pays, il est important d'être informé sur les bonnes pratiques, de disposer d'outils

d'évaluation pour communiquer les succès et les échecs de la pratique, de jouir d'une culture politique favorable à la prise de décision fondée sur des données probantes, et de disposer d'un grand nombre de projets concrets d'évaluation. Cette section décrit des contributions internationales canadiennes et québécoises au travail d'évaluation en promotion de la santé, réparties en trois catégories: (a) la production de connaissances sur l'efficacité de la promotion de la santé, (b) le développement d'outils d'évaluation, (c) les recommandations aux concepteurs de politiques publiques.

Dissémination international de connaissances utiles à l'évaluation de la promotion de la santé

En 2001, l'Organisation mondiale de la santé a publié un important ouvrage intitulé *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives* (Rootman *et al.*, 2001), qui est depuis considéré, partout dans le monde, comme l'une des œuvres essentielles dans ce domaine. Parmi les sept membres du groupe éditorial, quatre sont Canadiens dont une Québécoise; douze auteurs de chapitres individuels proviennent aussi du Québec ou du Canada.

Le manque de données sur l'efficacité des programmes de promotion de la santé est l'un des problèmes significatifs en promotion de la santé dans tous les pays, comme Potvin et Goldberg nous le rappellent dans le chapitre 20 du présent ouvrage. S'appuyant sur son expertise quant à la situation canadienne, le Consortium canadien de recherche en promotion de la santé (CCRPS) a entrepris une recension des écrits afin de déterminer si les méthodes et critères existants pour effectuer des revues systématiques des écrits répondaient bien aux particularités de la promotion de la santé. Cette recension a identifié quelques points clés sur lesquels la promotion de la santé requiert une approche différente et a suggéré un modèle à cet effet (Jackson *et al.*, 2001). Ce travail a suscité un grand intérêt parmi les professionnels de la promotion de la santé en Suède et en Allemagne, et a été au cœur de débats francophones sur le sujet en Suisse (O'Neill, 2003) et en France (O'Neill et Arwidson, 2004), auxquels plusieurs Québécois ont été associés.

Par ailleurs, constatant ce manque de données à propos de l'efficacité de la promotion de la santé, l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES) a lancé en 2001 le Projet mondial sur l'efficacité de la promotion de la santé, dans le cadre duquel il a été demandé à chaque région du monde de réunir des données sur les meilleures pratiques et sur l'efficacité en promotion de la santé, en s'appuyant sur les écrits rédigés par, ou portant sur, des personnes de la région (voir www.iuhpe.org/index_French.shtml). Dans la région nord-américaine de l'UIPES, ce travail, codirigé par des chercheurs canadiens et américains, porte sur l'efficacité des interventions communautaires; dans ce cadre, les Canadiens, à travers le CCRPS et avec le soutien

du gouvernement fédéral, jouent un rôle de premier plan dans le développement d'un modèle d'évaluation de l'efficacité des interventions communautaires (Hills *et al.*, 2004). Les progrès réalisés grâce à ce projet sont notamment partagés avec la communauté internationale lors des conférences mondiales de l'UIPES, en 2004 à Melbourne et celle à venir en 2007 à Vancouver.

Le Canada est donc en première ligne pour les avancées conceptuelles internationales autour des questions d'évaluation, et le chapitre 20 illustre la façon dont certaines de ces avancées ont été utilisées ici.

Outils d'évaluation

Afin d'augmenter le nombre de programmes de promotion de la santé soumis à évaluation, des efforts doivent être faits pour concevoir des outils simples d'utilisation et culturellement adaptés. Cela fait partie des lacunes identifiées par la région latino-américaine de l'UIPES et par l'Organisation panaméricaine de la santé, qui ont mené une série de projets internationaux dans lesquels le Canada a joué un rôle de premier plan. Plusieurs Canadiens et Québécois ont participé à un groupe de travail de l'OPS, comprenant également des universitaires des États-Unis et de plusieurs pays d'Amérique latine, visant à développer un manuel-ressource d'évaluation participative pour les promoteurs de santé (PAHO, 2003). Des chercheurs des Universités de Victoria et de Toronto, ainsi que de l'Université Laval et de l'Institut national de santé publique du Québec, ont joué un rôle de premier plan dans l'élaboration et la mise à l'essai de cet outil, en anglais et en français.

Une deuxième initiative importante de l'OPS pour fournir des outils aux promoteurs de la santé dans les Amériques s'est déroulée dans le domaine de l'évaluation économique. De nombreux décideurs impliqués dans le Mouvement des municipalités en santé ont voulu connaître l'efficacité économique inhérente à l'adoption d'une approche de promotion de la santé à ce niveau. En réponse, le *Centre for Health Promotion* de l'Université de Toronto s'est associé à l'*Universidad del Valle* (à Cali, en Colombie), avec un financement des *Centers for Disease Control* des États-Unis, pour mettre au point un guide d'évaluation économique spécialement conçu pour les promoteurs de la santé. Commencé en 2002, ce projet a fait travailler ensemble des économistes de la santé et des experts en promotion de la santé du Canada, de la Colombie, de Cuba et de l'OPS. Cette fois encore, le Canada a joué un rôle considérable dans le développement de ce document d'avant-garde.

Un troisième exemple de développement d'outils d'évaluation utiles au niveau international concerne le pouvoir d'agir. Ce projet fut un partenariat entre des universitaires du Québec, deux ONG québécoises (le Centre de coopération internationale en santé et développement – CCISD – et la Coopérative Tandem), et plusieurs pays francophones d'Afrique de l'Ouest. Le projet

consistait en la formulation par les universitaires de propositions théoriques au sujet du pouvoir d'agir (Le Bossé *et al.*, 2002; Ninacs, 2001; Bernier *et al.*, 2005) qui ont été mises en pratique auprès de travailleuses du sexe, afin de leur donner les moyens et la capacité d'agir pour modifier leurs conditions de vie et de travail. Le même cadre et les mêmes outils ont par la suite été utilisés pour un projet de nutrition communautaire en Haïti (Ridde et Bailat, 2005).

Toutes ces initiatives de mise au point d'outils reposent sur un processus de collaboration, ce qui demande du temps. Les adapter à différentes cultures linguistiques fut un défi mais, dans tous les cas, les ONG et les universitaires d'ici ont fait preuve de créativité pour mettre au point des méthodes d'évaluation au niveau communautaire, notamment auprès de populations marginalisées.

Recommandations aux concepteurs de politiques publiques

Lorsqu'il existe de l'information utile à l'évaluation, il est important que les décideurs et les concepteurs de politiques publiques y soient sensibilisés et qu'ils soient encouragés à fonder leurs actions sur des données probantes. Un document intitulé *Health Promotion Evaluation: Recommendations to Policy-makers* a été produit en 1995-1996 par le Groupe de travail sur l'évaluation en promotion de la santé de l'OMS-Europe (WHO, 1998). Possédant à un moindre degré une culture de l'évaluation, les concepteurs de politiques publiques d'Amérique latine étaient considérés par l'OPS comme un groupe cible important à informer, mais à condition d'adopter un point de vue différent de celui de l'approche européenne. Se basant sur ce premier document, un groupe de travail mandaté par l'OPS en a préparé une version adaptée à l'Amérique latine, publiée en 2005 en anglais et en espagnol sous le titre *Healthy Municipalities, cities and communities: evaluation recommendations for policy makers in the Americas* (PAHO, 2005). En Europe puis en Amérique latine, les directeurs successifs du *Centre for Health Promotion* de l'Université de Toronto (Irving Rootman et Suzanne Jackson), avec d'autres Canadiens, ont joué un rôle majeur lors de ces deux projets. Un troisième document, encore à l'intention des concepteurs de politiques publiques, a également été préparé en 1999 avec l'aide de Canadiens; il résume et présente des données probantes sur l'efficacité de la promotion de la santé dans l'Union européenne (IUHPE, 1999).

Là encore, il est clair que l'information ne peut pas être transférée intégralement d'un contexte culturel à un autre, et que des efforts sont requis pour préparer des adaptations. Les documents européens ont eu beaucoup de succès au Canada, mais il est encore trop tôt pour savoir dans quelle mesure les documents latino-américains seront utiles.

CONCLUSION

Au cours de la période 1994-2006, la réputation du Canada a continué de croître dans ses interventions internationales en promotion de la santé. Son rôle de leader est solidement établi en formation, en évaluation et en consultation, dans le cadre d'actions de promotion de la santé dans d'autres pays.

Comme l'illustrent les exemples sélectionnés pour ce chapitre, le rôle des gouvernements (fédéral, provinciaux et même régionaux) a été essentiel pour développer une crédibilité auprès des gouvernements d'autres pays et pour appuyer les discussions au sujet de la promotion de la santé dans le cadre de l'OMS.

À titre d'exemple, lors de toutes les conférences mondiales récentes sur la promotion de la santé organisées par l'Organisation mondiale de la santé, le gouvernement fédéral canadien a été un acteur de premier plan. Les délégations canadiennes aux conférences de Djakarta (1997), de Mexico (2000) et de Bangkok (2005), ainsi qu'au Forum panaméricain sur la promotion de la santé tenu au Chili en 2002, étaient dirigées par de très hauts fonctionnaires. Le gouvernement canadien a fourni, à titre de documents préliminaires pour ces conférences, des études de cas et des modèles démontrant la mise en œuvre réussie de programmes de promotion de la santé au Canada. Au niveau provincial, le Programme national de santé publique du Québec, par exemple, a défini une orientation en promotion de la santé (voir le chapitre 10 pour une analyse détaillée) qui a clairement guidé les activités internationales du Québec et son important rôle de leader au sein de la Francophonie.

Tout cela s'ajoute au rôle de soutien international joué par les centres collaborateurs canadiens de l'OMS en promotion de la santé (voir l'encart 14.1).

Encart 14.1

LE RÔLE DES CENTRES COLLABORATEURS DE L'OMS EN PROMOTION DE LA SANTÉ AU CANADA

Au cours de la période couverte par cet ouvrage, deux centres collaborateurs de l'OMS en matière de promotion de la santé étaient actifs au Canada: le Centre collaborateur sur les villes et villages en santé dont l'Université Laval était l'un des trois partenaires, aux côtés du Réseau québécois des villes et villages en santé (RQVVS) et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), et le Centre collaborateur sur la promotion de la santé, au *Centre for Health Promotion* de l'Université de Toronto. Ce titre prestigieux implique des responsabilités de soutien à des initiatives de l'OMS au niveau international ou mondial, mais le plus souvent sans s'accompagner de financement. Villes et villages en santé au Québec a été l'un des réseaux de communautés en santé le plus systématiquement actif à

travers le monde, au cours de la décennie passée, et dans ce contexte le Centre collaborateur de l'OMS a assumé un leadership international à plus d'un égard. Le *Centre for Health Promotion* de l'Université de Toronto a été sollicité, entre autres contributions importantes, pour préparer des documents préliminaires (Jackson *et al.*, 1997, 2005) et a aidé à animer, ou a présidé, des séances dans le cadre des conférences internationales sur la promotion de la santé patronnées par l'OMS, qui se sont tenues à Djakarta (OMS, 1997), Mexico (OMS, 2000) et Bangkok (OMS, 2005). Ces documents préliminaires, avec d'autres, ont servi de base aux discussions et délibérations lors de ces conférences, où les délégués ont rédigé des « déclarations » et des « chartes » qui ont influencé la réflexion et l'intervention en promotion de la santé partout dans le monde (Corbin, 2005).

L'utilisation de deux langues officielles importantes sur la scène internationale, l'approche de facilitation, la sensibilité culturelle, l'accent mis sur la collaboration et sur le développement des capacités, et l'aptitude à travailler avec de nombreux partenaires gouvernementaux, universitaires, communautaires et issus des ONG, sont d'autres facteurs déterminants dans le succès des Canadiens en promotion de la santé au niveau international – c'est du moins ce qui ressort de l'échantillon de projets présentés dans ce chapitre. La participation active des Québécois (universitaires, ONG et gouvernement) a permis au Canada d'intervenir dans des pays francophones ou anglophones, et ouvre des possibilités de métissages interculturels. Malheureusement, cet échange d'expériences reste limité à l'intérieur même du Canada, à cause des barrières linguistiques, et n'a pas encore atteint son plein potentiel. À l'avenir, il faudra trouver des moyens d'accroître les occasions de partager plus systématiquement les expériences internationales. Le fait de provenir d'un pays où sont présentes plusieurs cultures d'immigration a également accru la sensibilité des Canadiens à de nombreuses autres cultures, ainsi que leur capacité à travailler avec elles. Cependant, nous devons rester humbles face aux adaptations requises pour transposer les expériences canadiennes dans d'autres contextes, le risque de l'impérialisme culturel n'étant jamais très loin. L'expérience de la collaboration entre universitaires, concepteurs de politiques publiques et ONG au Canada et à l'étranger, ainsi que les liens actifs avec ces réseaux enrichissent aussi de nombreux projets. Cette capacité à concevoir l'équité dans les partenariats est une force bien reconnue du travail canadien en promotion de la santé. Il faut toutefois noter que, dans la lignée des réflexions portées par la Charte de Bangkok, les projets d'ici gagneraient certainement, dans l'avenir, à se rapprocher un peu plus des partenaires du secteur privé, tout en préservant l'accent mis sur la justice sociale et sur l'équité qui caractérise l'essentiel de leur travail.

Enfin, et surtout, les gens d'ici ont employé dans leur travail une approche de facilitation, (a) cohérente avec la définition de la promotion de la santé, (b) appréciée et reproduite par les pays avec lesquels ils travaillent, et (c) qui a

entraîné un apprentissage réciproque. L'approche canadienne en évaluation, par exemple, a régulièrement pavé la voie à de meilleurs projets, en suscitant une culture politique favorable à l'évaluation et en créant des guides et des outils à l'usage des professionnels. De notre point de vue, c'est probablement leur expérience dans les domaines suivants qui constitue la plus grande contribution du Canada et du Québec à la promotion de la santé sur la scène internationale: élaboration de politiques publiques favorables à la santé, compréhension des déterminants socio-environnementaux de la santé, mise en relation des niveaux de l'individu, de la communauté et des politiques publiques et compréhension de la façon dont fonctionnent le partenariat et la participation à la prise de décisions.

REMERCIEMENTS

Les auteurs souhaitent remercier Blair Johnston et Sharhyar Murshed, du *Centre for Health Promotion*, Université de Toronto, pour leur aide dans la préparation de ce chapitre.

RÉFÉRENCES

- Bernier, M., Arteau, M., et Papin, C. (2005). *Palabres sur le pouvoir d'agir. Outil d'accompagnement sur l'empowerment*. Québec: CCSID.
- Brown, T., Cueto, M., et Fee, E. (2006). The World Health Organization and the transition from international to global public health. *American Journal of Public Health*, 96(1), 62-73.
- Corbin, H.J. (2005). *Pragmatic Health Promotion in a Globalized World: Reflections on Bangkok from the Next Generation. Reviews of Health Promotion and Education Online*. Consulté le 31/02/06: <http://www.rhpeo.org/reviews/2005/32/index.htm>.
- De Leeuw, E. (2001). Investigating policy networks for health: theory and method in a larger organizational perspective. In I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D. V. McQueen, P. L., J. Springett et E. Ziglio (Eds.), *Evaluation in health promotion: principles and perspectives* (p. 185-206): WHO Regional Publications, European Series, No. 92.
- Hills, M., Carroll, S., et O'Neill, M. (2004). Vers un modèle d'évaluation de l'efficacité des interventions communautaires en promotion de la santé: compte-rendu de quelques développements nord-américains récents. *Promotion et Éducation*, 11(supp.1), 17-21.
- International Union for Health Promotion and Education (1999). *The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe. Part Two: Evidence Book*. Paris: IUHPE.

- Jackson, S., Edwards, E., Goodstadt, M., et Rootman, I. (1997). *Review and Evaluation of Health Promotion: Report of the International Health Promotion Indicators Project*. Paper presented at the New Players for a New Era: Leadings Health Pormotion into the 21st Century. Fourth International Conference on Health Pormotion, Jakarta.
- Jackson, S., Edwards, R., Kahan, B., et Goodstadt, M. (2001). *An Assessment of the Methods and Concepts Used to Synthesize the Evidence of Effectiveness in Health Promotion: a Review of 17 Initiatives*. Consulté le 31/01/06: <http://www.utoronto.ca/chp/CCHPR/synthesisfinalreport.pdf>
- Jackson, S., Perkins, F., Khandor, E., et Cordwell, L. (2005). *Integrated Health Promotion Strategies: A Contribution to Tackling Current and Future Health Challenges. Presented at The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World: 6th Global conference on Health Promotion*. Thailand.
- Labonte, R. (2003). *Dying For Trade: How Globalization Can Be Bad for Our Health*. Toronto: Centre for Social Justice.
- Labonte, R., Schrecker, T., Sanders, D., et Meeus, W. (2004). *Fatal Indifference: The G8 and Global Health*. Cape Town: University of Cape Town Press/IDRC Books.
- Lalonde, M. (2002). New perspectives on the health of Canadians: 28 years later. *Pan American Journal of Public Health*, 12(3), 149-152.
- Le Bossé, Y., Gaudreau, L., Arteau, M., Deschamps, K., et Vandette, L. (2002). L'approche centrée sur le pouvoir d'agir: aperçu de ses fondements et de son application. *Canadian Journal of counseling/Revue canadienne de counseling*, 36(3), 180-193.
- Leroux, R., et Ninacs, W. A. (2002). *La santé des communautés: perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*. Québec: Institut national de santé publique du Québec.
- Ninacs, W. A. (2001). *Types et processus d'empowerment dans les initiatives de développement économique communautaire au Québec*. Unpublished PhD Thesis, Université Laval, Québec.
- O'Neill, M. (2003). Pourquoi se préoccupe-t-on tant des données probantes en promotion de la santé? *SPM International Journal of Public Health*, 48(5), 317-326.
- O'Neill, M., et Arwidson, P. (2004). L'efficacité de la promotion de la santé. *Promotion et Éducation (numéro spécial)*, 11(supp. 1), 55 p.
- Organisation mondiale de la santé – OMS (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa: Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique.
- Organisation mondiale de la Santé – OMS. (1997). *Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI^e siècle: 4^e Conférence internationale sur la Promotion de la santé*.
- Organisation mondiale de la santé – OMS (2000). *Health Promotion: Bridging the Gap*. Mexico City: 5th Global Conference on Health Promotion.
- Organisation mondiale de la santé – OMS (2005). *Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation: 6^e conférence mondiale sur la promotion de la santé*.

- Pan American Health Organization – PAHO (2003). *Participatory evaluation of healthy municipalities: A practical resource kit for action (Draft)*. Washington DC.: Pan American Health Organization.
- Pan American Health Organization – PAHO (2005). *Healthy Municipalities, cities and communities: evaluation recommendations for policy makers in the Americas*. Washington: Pan American Health Organization, Area of Sustainable Development and Environmental Health, Healthy Settings Unit.
- Pluye, P., Potvin, L., et Pelletier, J. (2004). Community coalitions and health promotion: is it that important to develop an inter-organisational network? *Promot Educ*, 11(1), 17-23.
- Potvin, L. (2003). Implementing participatory intervention and research in communities: lessons from the Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project in Canada. *Social Science and Medicine*, 56(6), 1295-1305.
- Ridde, V. (2004). Une analyse comparative entre le Canada, le Québec et la France: l'importance des rapports sociaux et politiques eu égard aux déterminants et aux inégalités de la santé. *Recherches sociographiques*, XLV(2), 343-364.
- Ridde, V., et Bailat, S. (2005). *Rapport d'évaluation. Projet de lutte contre la malnutrition infantile dans le département du Sud 2003-2005*. Québec: Fondation Terre des hommes.
- Roelefs, S. (2005). Communication personnelle, octobre 2005, Faculté des sciences infirmières, Université d'Ottawa.
- Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D. V., Potvin, L., Springett, J., et al. (Eds.). (2001). *Evaluation in health promotion: Principles and Perspectives*. Geneva: World Health Organization, Regional Publications, European Series.
- Scriven, A., et Garman, S. (Eds.). (2005). *Promoting Health: global perspectives*. London: Plagrove Macmillan.
- Valentini, H., et Albert, L. (2005). *Institutionnaliser la coopération internationale dans le domaine de la santé: nouveaux modes de partenariats pour une plus grande solidarité internationale*. Conférence luso-francophone de la santé (COLUFRAS), Montréal: USI-UdeM, INSPQ.
- World Health Organization – WHO (1998). *Health Promotion Evaluation: Recommendations to Policy-makers: Report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation*. World Health Organization, European working group. Consulté le 31/01/06, from <http://www.who.dk/document/e60706.pdf>.

QUESTIONS DE COMPRÉHENSION ET D'ANALYSE CRITIQUE

1. Que veut dire l'expression « travailler avec » un pays dans le domaine de la formation ou du développement des capacités?
2. Qu'est-ce que cela implique de travailler à l'international en respectant les cinq grands principes d'action de la Charte d'Ottawa?
3. Débattre des caractéristiques respectives, pour et contre, d'un travail international fondé sur un projet ou d'un travail fondé plutôt sur la formation, du point de vue de la promotion de la santé.