

# Guide d'évaluation économique des programmes de *promotion de la santé*



**Organisation  
panaméricaine  
de la santé**



Initiative conjointe du Centre collaborateur  
de l'Organisation mondiale de la santé

Catalogage avant publication de la Bibliothèque du siège de l'OPS

Guide d'évaluation économique des efforts de promotion de la santé de l'Organisation panaméricaine de la santé, Washington (D.C), OPS © 2007.

ISBN 978 92 7 512832 9

I. Titre

1. ÉCONOMIE DE LA SANTÉ
2. PROMOTION DE LA SANTÉ
3. PRÉVENTION DES MALADIES
4. PROGRAMMES ET RÉGIMES DE SANTÉ
5. ÉVALUATION DES PROGRAMMES

NLM W 74

L'Organisation panaméricaine de la santé accueille avec plaisir les demandes portant sur la permission de reproduire ou de traduire ses publications, en totalité ou en partie. Il convient d'adresser les demandes en ce sens et les demandes de renseignements au Secteur du développement durable et de la santé environnementale (Sustainable Development and Environmental Health Area) qui sera heureux de fournir les tout derniers renseignements sur les changements apportés au texte, sur les nouvelles éditions envisagées ainsi que sur les réimpressions et les traductions existant déjà.

Les publications de l'Organisation panaméricaine de la santé bénéficient de la protection des lois sur le droit d'auteur, conformément aux dispositions du deuxième protocole de la Convention universelle sur le droit d'auteur. Tous droits réservés.

Organisation panaméricaine de la santé,  
525, Twenty-third Street, N.W.  
Washington (D.C) 20037, EE.UU.

La désignation employée et la présentation de la matière dans la présente publication n'impliquent l'expression d'aucune opinion particulière de la part du Secrétariat de l'Organisation panaméricaine de la santé sur le statut juridique d'un pays, d'un territoire, d'une ville ou d'une région quelconque, ou de leurs autorités, ou sur la délimitation de ses frontières.

La mention d'entreprises particulières ou de produits de certains fabricants n'implique pas que l'Organisation panaméricaine de la santé leur a donné sa sanction de préférence à d'autres qui ne sont pas mentionnés. Hormis les erreurs ou les omissions, les noms des produits de marque se distinguent par des majuscules initiales.

# *Guide* d'évaluation économique des programmes de *promotion de la* *santé*

## AUTEURS

Ligia de Salazar  
Suzanne Jackson  
Allan Shiell  
Marilyn Rice



**Organisation  
panaméricaine  
de la santé**



*Initiative conjointe du Centre collaborateur  
de l'Organisation mondiale de la santé*





# Préface



Dans un monde où de multiples systèmes sont tenus de se préoccuper des déterminants de la santé, il importe plus que jamais que les décideurs sachent comment investir leur temps, leurs ressources et leurs énergies. Lorsqu'il s'agit de promouvoir la santé et non pas seulement de traiter des maladies, les décisions qu'il faut prendre dépassent de loin le cadre de celles qui détermineront qui vivra et qui mourra. Le résultat de ces décisions aura des effets directs et indirects sur la qualité de vie et la durée de la vie des générations actuelles et à venir.

On reconnaît généralement que, pour améliorer l'état de santé dans le monde complexe d'aujourd'hui, la collaboration s'impose entre de multiples partenaires, secteurs et intérêts. Afin d'examiner collectivement les questions, les solutions éventuelles et les ressources disponibles, il faudra peut-être repenser comment les programmes et les initiatives sont élaborés aux niveaux local, national et international. Cependant, il existe peu de cadres pour fournir un contexte à ce genre de réflexion et de collaboration axée sur la créativité.

Afin de faire une véritable évaluation économique des options en matière de promotion de la santé, il faut avoir l'esprit tourné vers l'avenir et envisager de nombreuses solutions différentes pour arriver à un résultat donné. En appliquant ce *Guide d'évaluation économique des efforts de promotion de la santé*, qui fera date, les décideurs de tous les niveaux seront mieux placés, c'est à espérer, pour analyser les options existantes et prendre des décisions éclairées qui favoriseront aujourd'hui et pendant de nombreuses années la santé et le bien-être des populations dont ils sont chargés.

La Directrice,  
Mirta Roses Periago



# Remerciements



Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à toutes les personnes et à tous les organismes qui ont contribué à la rédaction, à la révision et à la production de la présente publication ainsi qu'aux recherches qu'elle a nécessitée.

Le présent document a été réalisé conjointement par plusieurs organismes, universitaires et décideurs. Trois personnes ont orienté et coordonné l'ensemble des travaux : Ligia de Salazar, du CEDETES (Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública), à l'Universidad del Valle, à Cali (Colombie); Suzanne Jackson, du Centre for Health Promotion de l'Université de Toronto (Canada); Alan Shiell, de l'Université de Calgary (Canada). Des contributions et des orientations techniques en matière de promotion de la santé ont été fournies par Marilyn Rice, de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), et, en ce qui concerne les composantes économiques, par Ana Maria Galvez, de l'Escuela Nacional de Salud Pública, à Cuba, par Matilde Pinto, de l'OPS, et par Alejandra María Cabrera Martínez, du CEDETES. Karen McIntosh, du Population Health Intervention Research Centre de l'Université de Calgary a fourni une aide supplémentaire sur le plan de la recherche.

Nous adressons des remerciements spéciaux à David McQueen et à Angel Roca, des Centers for Disease Control and Prevention (CDC), à Atlanta, et à Marilyn Rice, de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), à Washington, pour leur soutien technique et financier. Alan Shiell remercie l'Alberta Heritage Foundation for Medical Research, qui contribue à payer son salaire.



# Table des matières

1.

## **INTRODUCTION..... 7**

Structure du Guide ..... 9

À qui le Guide sera-t-il utile? ..... 10

2.

## **Introduction à l'évaluation économique..... 11**

Qu'est-ce que l'évaluation économique? ..... 11

Pourquoi l'évaluation économique importe-t-elle dans le domaine de la santé? ..... 11

Comment l'évaluation économique est-elle faite? ..... 12

La quête de l'efficacité ..... 12

L'efficacité ne suffit pas : il faut aussi l'équité ..... 13

Pourquoi y a-t-il tant de formes d'évaluation économique? ..... 13

L'évaluation économique suffit-elle? ..... 13

**TABLEAU 1/** Résumé des principales caractéristiques de plusieurs méthodes d'évaluation économique..... 14

3.

## **L'évaluation économique des programmes simples de promotion de la santé/de prévention des maladies..... 15**

Introduction..... 15

### **Étape 1/ Décrire le contexte décisionnel..... 16**

Choisir la perspective ..... 16

Quelle perspective faut-il adopter? ..... 17

**EXEMPLE/** Une perspective sociale n'est pas toujours nécessaire ..... 17

Considérations spéciales relatives à la promotion de la santé ..... 18

**EXEMPLE/** Bilan des coûts et des avantages sociaux ..... 19

### **Étape 2/ Cerner la question à examiner..... 20**

Considérations spéciales relatives à la promotion de la santé ..... 21

### **Étape 3/ Définir et décrire les options ..... 21**

Considérations spéciales relatives à la promotion de la santé ..... 22

### **Étape 4/ Définir, mesurer et évaluer les coûts..... 23**

Dresser la liste des ressources que nécessite chaque option..... 23

**Note technique/** Coût de renonciation..... 24

Mesurer la quantité de ressources que nécessite chaque option..... 24

Évaluer les ressources que nécessite chaque option..... 25

**Note technique/** Coûts financiers et coûts économiques..... 25

Conséquences pour l'équipe d'évaluation ..... 26

Considérations spéciales relatives à la promotion de la santé ..... 26

<b>Étape 5/ Définir, mesurer et évaluer les conséquences</b> .....	<b>27</b>
Cerner toutes les conséquences importantes .....	27
Mesurer les conséquences.....	27
Évaluation des conséquences .....	28
<b>Note technique/</b> Évaluer les états de santé : Années de vie pondérées par la qualité .....	29
<b>Note technique/</b> Attribuer des valeurs monétaires aux résultats : Méthodes d'évaluation des contingences .....	30
Considérations spéciales relatives à la promotion de la santé .....	30
<b>Étape 6/ Prendre en compte le fait que les créneaux temporels des coûts et des conséquences ne concordent pas</b> .....	<b>31</b>
<b>Note technique/</b> L'actualisation .....	33
Considérations spéciales relatives à la promotion de la santé .....	33
<b>EXEMPLE/</b> L'actualisation et les années de vie .....	34
<b>Étape 7/ Prendre l'incertitude en compte : analyse de sensibilité</b> .....	<b>34</b>
<b>EXEMPLE/</b> L'analyse de sensibilité dans la pratique .....	35
<b>Note technique/</b> Analyse avancée de sensibilité.....	36
Considérations spéciales relatives à la promotion de la santé .....	37
<b>Étape 8/ Interpréter les résultats de l'évaluation économique</b> .....	<b>37</b>
Formuler les règles de décision.....	37
L'analyse coût-utilité et la comparaison de deux options .....	38
<b>FIGURE 1/</b> Coût-efficacité.....	38
Attention au ratio coût-efficacité différentiel! .....	39
Interpréter les résultats de l'analyse de sensibilité.....	39

4.

<b>Les interventions complexes</b> .....	<b>43</b>
Introduction.....	43
Peut-on appliquer les paramètres de l'économie de la santé aux interventions multisectorielles? .....	45
Qu'en est-il des interventions comprenant de multiples composantes ou niveaux?.....	46
Les composantes font partie d'une stratégie intégrée : cela fait-il une différence? .....	46
La question de l'équité .....	46
L'intégration peut s'accompagner d'effets synergiques ou interactifs .....	47
L'intervention a de multiples résultats : cela importe-t-il? .....	48
L'importance du contexte.....	49
Résumé et conclusions.....	50

5.

<b>Utilisation des résultats</b> .....	<b>53</b>
Comment procède-t-on?.....	53
Évaluation et décisions .....	56
Aspects particuliers propres au contexte de la promotion de la santé.....	57

<b>Bibliographie</b> .....	<b>59</b>
----------------------------	-----------

<b>Annexes</b> .....	<b>63</b>
Annexe 1 : Glossaire .....	63
Annexe 2 : Évaluation des interventions visant à promouvoir la santé .....	67
Annexe 3 : Étude de cas n° 1 – L'évaluation économique du Système de surveillance des facteurs de risque dans le comportement des adolescents (SIVEA) .....	79
Annexe 4 : Le plan stratégique de la Saskatchewan pour la promotion de la santé de la population.....	97
Annexe 5 : Liste de contrôle pour une critique des évaluations économiques.....	102

# INTRODUCTION

# 1

L'évaluation économique a pour objet de fournir des renseignements dont les gestionnaires et les décideurs pourront se servir pour répartir le mieux possible les ressources limitées dont la société dispose.

L'évaluation économique aide à répondre à la question générale suivante : la société est-elle justifiée d'affecter des ressources financières, humaines ou autres à une intervention donnée? Dans le domaine de la santé, l'évaluation économique a mis l'accent sur la mesure des ratios coût-efficacité et coûts-avantages relatifs aux interventions préventives et cliniques telles que la vaccination, les médicaments hypocholestérolémiants, le remplacement d'une hanche et la chirurgie cardiaque. Dans la plupart de ces cas, il est suffisant d'évaluer à quel point les interventions finissent par améliorer l'état de santé. Il est donc facile de cerner les résultats de l'intervention et, aujourd'hui, avec le perfectionnement des méthodes économiques, on peut promptement mesurer et évaluer ces résultats. En revanche, la promotion de la santé, à tout le moins de la façon dont nous la conceptualisons ici, a typiquement de multiples objectifs transcendant l'amélioration de l'état de santé. Elle fait en outre intervenir de nombreux partenaires et agit à différents niveaux de la société. Aucune de ces considérations ne réduit l'importance de l'évaluation économique pour la promotion de la santé, mais elles risquent de compliquer l'exercice.

Nous interprétons la promotion de la santé de la même manière que le fait l'Organisation mondiale de la santé : « [...] un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci ». (OMS, 1986). Un élément clé de cette définition réside dans la responsabilisation des personnes, des organismes et des collectivités de manière que chaque intervenant soit mieux équipé pour promouvoir et

*La notion de santé qui se trouve au coeur de cette définition de la promotion de la santé est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles aussi bien que sur les capacités physiques.*



entretenir sa santé. Cela est important, notamment pour aider à faire en sorte que les programmes de promotion de la santé demeurent efficaces, une fois terminé l'investissement initial dans leur élaboration et leur mise en œuvre. La création de cette capacité constitue donc un objectif important de la promotion de la santé et, pour aider à le réaliser, on veille à ce que les pratiques de promotion de la santé soient typiquement de nature participative.

La notion de santé qui est au cœur de cette définition de la promotion de la santé est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles aussi bien que sur les capacités physiques. Cette perspective sur la santé va beaucoup plus loin que la prévention des maladies. En effet, elle transcende la promotion des modes de vie sains et elle a plus généralement pour objet l'amélioration du mieux-être, ce qui comprend les efforts faits pour réduire l'iniquité au chapitre de la santé et pour protéger le droit à la santé de chaque individu. Une des principales caractéristiques de la promotion de la santé réside dans l'accent qu'elle met sur les grands déterminants de la santé : or, comme un grand nombre de ces derniers se trouvent en dehors du secteur des soins de santé, il en va de même de la responsabilité quant à la promotion de la santé.

Le fait que les grands déterminants de la santé agissent l'un sur l'autre et aussi sur les facteurs « en aval » tels que les modes de vie individuels suscite la conviction que les stratégies efficaces de promotion de la santé doivent comprendre des composantes multiples conçues se compléter mutuellement. L'approche de l'OMS donne donc à penser que les programmes de promotion de la santé doivent comporter une politique encourageant l'hygiène publique, un renforcement des actions communautaires, l'acquisition de compétences personnelles et la création de conditions qui favorisent la santé. Pareilles stratégies s'appliquent à des niveaux multiples, y compris ceux des particuliers, des familles, des collectivités et de la société en général. De tels programmes à plusieurs niveaux et axés sur de multiples stratégies présentent des défis particuliers lorsqu'il s'agit d'en évaluer l'efficacité, en général, et d'en faire l'évaluation économique, en particulier.

En résumé, la promotion de la santé revêt inévitablement un caractère social et politique. En outre, en raison de l'accent qu'elle met sur l'équité et sur les déterminants sociaux de la santé, l'évaluation des politiques et des programmes s'y rapportant doit reposer sur des renseignements qui concernent non seulement les changements dans les états de santé et les risques de ces changements, mais aussi la mesure dans laquelle les efforts de promotion de la santé amènent les particuliers, les collectivités et les établissements à participer au processus décisionnel touchant la santé et le bien-être (de Salazar et coll., 2002).

Plusieurs guides existent maintenant sur l'application des méthodes économiques aux évaluations faites dans le contexte clinique et dans celui des soins de santé (Drummond et coll., 2005; Gold et coll., 1996). Il y en a aussi concernant l'emploi de l'évaluation économique des programmes de promotions de la santé (Tolley, 1993; Hale, 2000). Ces deux derniers auteurs adoptent un point de vue large sur ce qu'est la promotion de la santé, mais dans les exemples pratiques qu'ils emploient pour illustrer l'application des techniques économiques, ils tendent à se concentrer sur des interventions relativement simples, soit, typiquement, des interventions faites par un seul organisme appliquant une stratégie unique pour améliorer la santé. À l'heure actuelle, il n'existe aucun ouvrage, en dehors de la littérature universitaire, sur les aspects pratiques de l'évaluation économique des interventions plus complexes dans le cadre de la promotion de la santé. Afin de remédier à cette lacune, un groupe

d'experts en promotion de la santé, en économie de la santé et en évaluation économique a décidé d'élaborer le présent guide sur la façon de faire l'évaluation économique d'interventions en matière de promotion de la santé.

## Structure du Guide

Outre l'introduction, le Guide comporte quatre grandes parties :

Partie 1 : Introduction

Partie 2 : Les auteurs y disent en quoi consiste l'évaluation économique et expliquent pourquoi celle-ci est importante dans le domaine de la promotion de la santé. Ils y décrivent aussi brièvement les étapes de l'évaluation économique.

Partie 3 : Les auteurs expliquent plus en détail les étapes d'une évaluation économique, l'importance de chacune et ce qui se passe à chaque étape.

Partie 4 : Les auteurs abordent certaines des questions qui se poseront quand l'intervention évaluée sera plus complexe.

Partie 5 : Les auteurs parlent des problèmes liés à l'utilisation de l'évaluation économique.

Le Guide comprend aussi une partie réservée à la bibliographie et aux annexes.

Diverses études de cas extraites de la littérature existante figurent dans le Guide pour illustrer les arguments des auteurs.

Les détails techniques sont regroupés dans une série de « Notes techniques » qui contiennent d'autres éléments et opinions complémentaires sur certains aspects contestés de l'économie de la santé. On peut sauter ces notes au besoin. Nous avons inclus à titre de ressource générale un glossaire des expressions et termes couramment employés pour faire les évaluations économiques (voir l'annexe 1).

Afin de mieux illustrer les arguments soulevés, nous avons réuni dans la Partie 3 des études de cas qui sont surtout des exemples d'intervention ou d'évaluation simple (p. ex. des stratégies ou des résultats uniques). La Partie 4 aborde certaines des questions qui se posent quand l'intervention évaluée est plus complexe, c'est-à-dire une intervention qui fait intervenir de multiples secteurs, comporte de multiples composantes et a des objectifs multiples (Campbell et coll., 2000). La cinquième et dernière partie aborde des questions liées à l'utilisation de l'évaluation économique, c.-à-d. à la façon dont on doit en interpréter et employer les résultats, à la lumière des points forts et des limites de l'évaluation.

Deux études de cas plus longues constituent par ailleurs des annexes du présent rapport. L'annexe 3 examine l'évaluation économique d'une intervention qui vise à renforcer les capacités dans les écoles de la Colombie (SIVEA). L'annexe 4 concerne une évaluation hypothétique de la rentabilité d'une stratégie dont l'objet est de promouvoir la santé de la population de la Saskatchewan, qui est

une province canadienne. L'annexe 2 approfondit des questions liées à l'évaluation de l'efficacité, tandis que l'annexe 5 présente une liste de contrôle qui aide à faire l'examen critique des évaluations économiques publiées.

### **À qui le Guide sera-t-il utile?**

Le Guide est rédigé spécialement à l'intention des praticiens et des décideurs du domaine de la promotion de la santé. Il ne suppose aucune connaissance antérieure de l'économie de la santé. Les auteurs ont plutôt présumé qu'une équipe multidisciplinaire ferait l'évaluation et qu'un économiste en ferait partie. En pareil cas, l'équipe peut compter sur l'économiste pour apporter les compétences techniques nécessaires, mais il appartient aux autres membres qui ont les compétences en promotion de la santé et qui connaissent les programmes évalués de voir à ce que l'évaluation prenne en compte les coûts et les avantages importants et qu'elle le fasse avec des paramètres allant dans le sens de l'objectif de l'intervention. Par conséquent, le Guide vise à fournir plus qu'une introduction à ce que l'économiste fera et plus qu'une explication là-dessus. Il est à espérer que le Guide munira aussi les membres de l'équipe qui ne sont pas des économistes d'une partie du vocabulaire dont ils auront besoin ainsi que de la confiance et des perspectives nécessaires pour interroger l'économiste et garantir la fidélité de l'évaluation.

Le Guide sera utile aussi aux personnes chargées de financer, d'exécuter et d'évaluer les interventions en promotion de la santé, ou désireuses de militer en faveur des stratégies de promotion de la santé, en leur donnant accès aux écrits empiriques sur l'évaluation économique. Enfin, il est à espérer que le Guide pourra aussi servir d'outil d'enseignement dans le domaine de la santé publique.

Étant donné la nature politique, sociale et technique de l'évaluation économique relative à la promotion de la santé, il est essentiel d'obtenir l'apport d'une équipe interdisciplinaire comprenant des représentants des organismes de financement, des intervenants clés et des utilisateurs éventuels des renseignements, de préférence pendant tout le processus de planification de l'évaluation. En faisant intervenir les utilisateurs finaux des renseignements, on s'assurera que les résultats seront employés davantage.

# Introduction à l'évaluation économique

# 2



## Qu'est-ce que l'évaluation économique?

L'évaluation économique se définit comme étant « l'analyse comparative de diverses options sur le plan de leurs coûts et de leurs conséquences ». (Drummond, Stoddart et Torrance., 1997)

Deux aspects de cette définition sont importants. *Tout d'abord*, il s'agit d'une analyse *comparative*. L'évaluation économique a pour objet de faire la lumière sur les choix possibles; il doit donc y avoir au moins deux options pour qu'un choix existe. *En deuxième lieu*, l'évaluation porte à la fois sur les coûts et sur les conséquences. Par conséquent, la critique selon laquelle l'économique met trop l'accent sur les coûts sans se préoccuper des avantages de ce que l'on essaie d'accomplir est erronée.

## Pourquoi l'évaluation économique importe-t-elle dans le domaine de la promotion de la santé?

Malheureusement, il existe plus d'interventions possibles en matière de promotion de la santé qu'il n'y a de ressources pour en appuyer la réalisation. Par le mot « ressources », nous entendons ici les personnes, leur temps et leurs compétences ainsi que les installations et l'équipement nécessaires pour mettre en œuvre des programmes efficaces de promotion de la santé. Il ne s'agit pas des ressources financières. En économie, on estime que les ressources sont limitées par rapport à ce que l'on peut faire avec elles; par conséquent, il est nécessaire de faire des choix judicieux pour les investir. Si elles sont investies dans des programmes moins efficaces que d'autres, on renonce à la possibilité d'améliorer la santé et le bien-être des personnes. Cela vaut autant dans le domaine de la promotion de la santé que dans celui des soins de santé. Les bonnes intentions

ne suffisent pas. Il est essentiel de savoir si les programmes qui sont soutenus utilisent effectivement de la meilleure façon possible les ressources limitées mises à leur disposition.

C'est là le but de l'évaluation économique. Les résultats sont censés aider les autorités compétentes à opérer un choix entre diverses démarches et à le faire tout en prenant en compte les contraintes budgétaires existantes; c'est là un facteur qui risque de limiter leur capacité de produire les résultats souhaités.

## Comment l'évaluation économique est-elle faite?

L'évaluation économique est un exercice très structuré. Divers auteurs décrivent la structure de différentes façons, mais on peut voir les huit actions suivantes dans n'importe quelle évaluation.

- Une description du contexte de la décision et du point de vue d'où l'analyse aura lieu.
- La définition des paramètres de la question à examiner.
- Une description des solutions de rechange (les options) qui seront envisagées.
- La définition, la mesure et l'estimation du coût de chaque solution de rechange.
- La définition, la mesure et l'estimation des conséquences de chaque solution de rechange.
- Le franchissement d'une étape technique au cours de laquelle le coût et les conséquences sont rajustés en fonction des différences relatives au moment (actualisation).
- Une analyse de sensibilité approfondie visant à évaluer l'importance des incertitudes dues, entre autres, aux renseignements qui manquent.
- L'interprétation des résultats de l'évaluation et la présentation de recommandations.

Le processus que suppose chacune de ces étapes est décrit dans la Partie 3, et son application est illustrée par des études de cas tirées des écrits spécialisés. Avant d'en arriver là, nous nous penchons sur certains des autres aspects de l'évaluation économique.

## La quête de l'efficacité

L'évaluation économique a pour principal objet d'évaluer l'*efficacité*. Il existe de nombreuses notions différentes de l'efficacité, bien que toutes désignent d'une façon ou d'une autre la relation entre ce que nécessite une intervention (les ressources, les intrants ou les coûts) et les conséquences qui en résultent (les avantages, les produits ou les résultats). Deux genres d'efficacité importent plus particulièrement : l'efficacité technique et l'efficacité allocative. Celle-ci est parfois appelée « efficacité sociale ».

Quiconque se soucie de l'*efficacité technique* se préoccupe d'éviter le gaspillage. À strictement parler, la notion d'efficacité technique désigne l'effort qui consiste à obtenir la production maximale avec la quantité d'intrants donnée, ou encore, à utiliser la quantité minimale d'intrants pour obtenir une production donnée.

L'*efficacité allocative* : La notion d'efficacité allocative se rapporte à la gamme et à la répartition appropriées des programmes ou des services. Elle exprime l'équilibre entre les diverses formes correctes de promotion de la santé et entre les bons soins de santé et la promotion de la santé. En vertu de cette notion, on se demande si l'on pourrait obtenir de meilleurs résultats en mettant davantage l'accent sur telle ou telle chose et moins sur quelque chose d'autre.

Bref, tandis que l'efficacité technique se rapporte au processus de production (comment obtenir la *quantité* maximale à partir d'un ensemble donné de ressources), l'efficacité allocative concerne, elle, la meilleure répartition des produits entre les personnes (comment obtenir la meilleure valeur possible en s'assurant que les services sont offerts aux personnes qui en profiteront le plus).

### **L'efficacité ne suffit pas : il faut aussi l'équité**

Nous avons déjà souligné que la promotion de la santé ne se limite pas à elle-même et qu'elle concerne aussi la réduction des inégalités dans le domaine de la santé (par exemple, entre les hommes et les femmes, ou entre les classes sociales ou d'autres groupes sociaux). Par conséquent, nous nous intéressons non seulement à l'efficacité, mais aussi à l'équité. Le mot *équité* évoque l'impartialité. Nous ne nous préoccupons pas uniquement de la quantité produite et du coût, mais aussi de la façon dont les coûts et les avantages sont répartis, de manière que nous puissions voir si les mesures adoptées réduisent les inégalités ou non.

L'option efficace n'est pas toujours la plus équitable, car les interventions qui profitent aux groupes marginalisés risquent de ne pas être aussi efficaces, et leur mise en œuvre risque de coûter plus cher.

### **Pourquoi y a-t-il tant de formes d'évaluation économique?**

L'évaluation économique peut prendre cinq formes distinctes, à savoir :

- l'analyse de minimisation des coûts;
- l'analyse coût-efficacité;
- l'analyse coûts-conséquences;
- l'analyse coût-utilité;
- l'analyse coûts-avantages.

Elles ne diffèrent entre elles que par la façon dont les avantages des interventions évaluées sont mesurés et intégrés dans l'analyse (Tableau 1).

Cela est important, toutefois, car cet aspect détermine le genre de questions auxquelles l'évaluation peut répondre. En deux mots, l'analyse de minimisation des coûts, l'analyse coût-efficacité et l'analyse coûts-conséquences portent toutes sur l'efficacité technique. Seule l'analyse coûts-avantages permet d'aborder les questions afférentes à l'efficacité allocative (ce qui lui permet aussi de répondre aux questions concernant l'efficacité technique). L'analyse coût-utilité se situe entre ces deux extrêmes. Elle permet d'examiner les questions d'efficacité allocative, mais seulement quand les résultats sur le plan de la santé constituent la seule préoccupation.

### **L'évaluation économique suffit-elle?**

Outre le coût, les effets, l'efficacité et l'équité, il faut aussi prendre en considération la faisabilité de l'intervention, y compris la *faisabilité technique* (Dispose-t-on des compétences humaines et des autres ressources voulues pour exécuter l'intervention?), la *faisabilité financière* (Peut-on se permettre l'intervention?) et la *faisabilité sociale* (L'intervention est-elle acceptable aux yeux de la population visée, et ses coûts et avantages sont-ils répartis conformément aux priorités sociales?).

**TABLEAU 1/ Résumé des principales caractéristiques de plusieurs méthodes d'évaluation économique**

Genre d'analyse	Évaluation des coûts	Évaluation des avantages	Caractéristiques	Points forts	Défis
Analyse coûts-avantages (ACA)	Unités monétaires	Unités monétaires	Méthode conçue pour évaluer et comparer tous les coûts (C) et les avantages (A) des interventions en termes monétaires équivalents  Elle fournit un indicateur absolu de la « qualité » de l'intervention.  Une intervention ne doit avoir lieu que si $B-C > 0$ ou si $B/C > 1$ .	Elle permet de comparer entre eux des programmes qui engendrent des genres différents de résultats (dans le secteur de la santé et en dehors).  On peut comparer entre elles des interventions du même genre faisant appel au même bassin de ressources.	Il est difficile d'attribuer une valeur monétaire aux résultats de l'intervention.  Il incombe à l'équipe d'évaluation de régler les questions d'éthique relatives à l'attribution d'une valeur monétaire aux améliorations apportées au mieux-être des personnes.
Analyse coût-efficacité (ACE)	Unités monétaires	Unités naturelles se rapportant à la santé	Méthode qui exprime les coûts (C) en unités monétaires, et les avantages, en unités naturelles se rapportant à la santé, ou sous la forme d'un résultat de l'efficacité (E).  Elle permet de comparer entre elles des options ayant le même indicateur d'efficacité.  Une intervention dont le ratio C/E est inférieur est d'habitude préférable au contraire.	La comparaison des résultats pour la santé entre eux est utile aux décideurs du domaine de la santé.  On peut comparer entre elles des interventions du même genre faisant appel au même bassin de ressources.	On ne peut comparer entre elles que les interventions dont les résultats sont exprimés avec les mêmes unités de mesure.  Méthode limitée à une seule dimension de l'efficacité; elle ne peut prendre en compte les résultats multidimensionnels de la plupart des programmes de promotion de la santé.
Analyse coût-utilité (ACU)	Unités monétaires	Années de vie pondérées par la qualité (QALY)	Méthode qui estime les coûts en unités monétaires, tandis que les avantages sont exprimés en QALY (unités qui prennent en compte l'espérance de vie et la qualité de vie)	La méthode permet de comparer des interventions ayant toute une gamme de résultats et faites dans différents secteurs.  Elle fournit un critère commun de mesure des résultats, de sorte que différentes interventions peuvent être comparées entre elle.  La méthode permet de comparer de nouveaux programmes à d'anciens programmes qui avaient été évalués avec elle.	Il n'existe aucun consensus sur la meilleure méthode pour évaluer la qualité de vie.  De nombreuses interventions de promotion de la santé ont d'autres avantages en dehors de l'amélioration de l'état de santé.  Les QALY risquent de ne pas prendre en compte les petits changements survenant au niveau individuel, même si ces changements peuvent être considérables au niveau de la population.
Analyse coûts-conséquences (ACC)	Unités monétaires	Unités naturelles (voir l'ACE) qui ne se limitent cependant pas à un seul résultat	C'est une modification de l'ACE. Elle met en exergue tous les changements importants de sorte qu'aucun n'est oublié.	La méthode fait en sorte que tous les résultats importants sont reconnus.	Il peut être difficile de savoir si une intervention est efficace si certains résultats s'améliorent tandis que d'autres empirent.
Analyse de minimisation des coûts (AMC)	Unités monétaires	Aucun. On suppose que les résultats sont les mêmes.	L'AMC mesure uniquement les coûts relatifs d'une intervention, l'hypothèse étant que les résultats sont les mêmes.	C'est la forme d'évaluation économique la plus simple.	Il est rare que les résultats soient les mêmes.

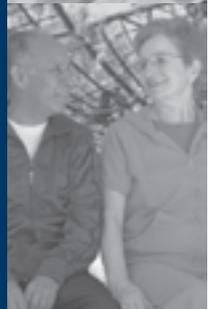
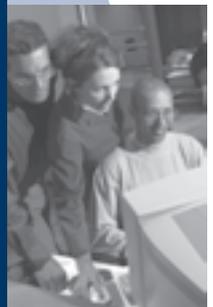
# L'évaluation économique

## des programmes simples de promotion de la santé/de prévention des maladies

### Introduction

L'exécution d'une évaluation économique est un processus très structuré. La description des étapes varie sans doute légèrement d'un auteur à l'autre, mais l'essentiel demeure le même. En général, les économistes s'entendent sur ce qu'il faut faire. Par exemple, la plupart d'entre eux conviennent qu'il faut ajuster la valeur des coûts et des avantages enregistrés à divers points dans le temps pour les rendre comparables entre eux, mais ils risquent de ne pas s'entendre sur le taux d'actualisation des coûts et avantages futurs et sur la question de savoir si le même taux devrait être employé pour les avantages et pour les coûts. Nous décrivons ici les étapes générales. Les aspects susceptibles de susciter un certain désaccord et les aspects plus techniques nécessitant plus d'explications sont confinés à une série de notes techniques séparées. Le lecteur peut y passer outre sans s'exposer à de grandes conséquences.

Afin d'aider les lecteurs qui découvrent l'évaluation économique à mieux comprendre les étapes et leur importance, nous illustrons certains des points



abordés avec une série d'exemples tirés de la littérature spécialisée. Cependant, la portée des analyses économiques existantes sur la promotion de la santé est extrêmement limitée. Environ 500 études ont été publiées en anglais, mais plus de 45 % d'entre elles se rapportent à des interventions cliniques telles que la vaccination, tandis qu'une autre tranche de 40 % concerne des interventions axées sur des facteurs du mode de vie au niveau individuel (Rush et coll., 2004). La même observation vaut pour les études publiées en espagnol (CEDETES, 2003).

Quand c'était possible, nous avons choisi des études de cas qui reflètent la nature multidimensionnelle et multisectorielle de la promotion de la santé, mais dans certains cas, ce sont les interventions simples qui illustrent le mieux les points examinés. Nous analysons dans la Partie 4 les problèmes risquant de se poser quand on essaie d'appliquer ces étapes à des interventions plus complexes.

### **Étape 1/ Décrire le contexte décisionnel**

La première étape du processus consiste à décrire le contexte où l'évaluation aura lieu et où ses résultats seront employés d'abord. La description portera sur le milieu, les personnes et leurs caractéristiques socioéconomiques et culturelles, la capacité locale de promouvoir la santé, les compétences professionnelles présentes, l'infrastructure locale, et ainsi de suite, bref, sur tout ce qui aidera à déterminer si l'intervention réussira ou échouera et dont auront besoin ceux qui liront les résultats et qui songeront à importer un programme fructueux dans leur propre collectivité.

Le contexte décisionnel comprend aussi des renseignements sur les décideurs. Qui sont-ils? Quels sont leurs objectifs et quel est l'échéancier? En outre, le problème auquel on s'attaque et les objectifs (ou les résultats escomptés) de l'intervention doivent être clairement énoncés à ce stade-ci.

Il importe aussi de dire quelque chose sur la portée de l'évaluation et, surtout, sur la perspective adoptée. La perspective de l'analyse est le point de vue d'où seront examinés les coûts et les avantages de l'intervention (Gold et coll., 1996). Toute une gamme de perspectives sont possibles, y compris celle de l'organisme qui finance principalement l'intervention, celle du secteur public plus généralement, ou, sur un plan plus global, celle de la société. Dans ce dernier cas, tous les coûts et avantages sont pris en compte, peu importe qui supporte les coûts ou qui profite des avantages. Nous parlons du choix de la perspective ci-après.

Enfin, dans le cadre de la description du contexte décisionnel, il faut peut-être aussi parler des autres programmes de promotion de la santé qui existent ou qui ont existé auparavant, si l'on estime qu'ils pourraient influencer sur l'efficacité du nouveau programme évalué.

#### **Choisir la perspective**

L'exécution de n'importe quelle intervention entraînera des frais pour toute une gamme d'acteurs. Il pourrait aussi y avoir de nombreuses sortes différentes de bénéficiaires. Comme la promotion de la santé fait typiquement intervenir de nombreux secteurs de la société, l'adoption du point de vue d'un seul organisme aboutira probablement à une évaluation partielle qui risquera d'exclure d'importants coûts et avantages, tout simplement parce qu'ils appartiendront à des secteurs différents. Les programmes de développement de la petite enfance, par exemple, engendrent des coûts pour les ministères de l'Éducation et des avantages pour les secteurs de la santé et de la justice pénale. Une intervention qui paraît non rentable du point de vue d'un seul organisme peut en fait avoir une

grande valeur, une fois tous les avantages pris en compte. De même, une intervention qui semble avantageuse pour un organisme donné risque de ne pas être aussi souhaitable du point de vue social, quand les coûts subis par d'autres organismes et personnes sont pris en considération. En dressant la liste de tous les coûts et de tous les avantages sous la forme d'un bilan, on peut voir si tel est le cas.

### Quelle perspective faut-il adopter?

On recommande de privilégier la perspective sociale, à moins qu'il y ait des raisons de ne pas le faire. Les interventions visant à promouvoir la santé nécessitent habituellement le recours aux ressources de la société; il convient donc que l'évaluation économique prenne en compte toutes les conséquences des options envisagées, sur les plans des coûts et des avantages. En adoptant la perspective sociale, on évite aussi, dans l'évaluation, tout biais possible que l'on causerait en omettant des coûts enregistrés par des organismes ou des groupes autres que le principal organisme de financement, ou en passant outre à des avantages que l'on pourrait ne pas considérer comme étant des résultats en bonne et due forme pour la santé (p. ex. la responsabilisation ou l'accroissement des capacités de la collectivité).

Pourquoi n'envisagerait-on pas toujours d'adopter une perspective sociale? Une des raisons réside dans le fait que cela n'est pas toujours nécessaire. La collecte des données est d'habitude plus coûteuse si l'on opte pour la perspective sociale, sans qu'elle ajoute quoi que ce soit d'important à l'évaluation si celle-ci a été faite du point de vue d'un établissement ou d'un organisme particulier. L'évaluation ainsi exécutée donne une description complète des coûts et des avantages, y compris de leur répartition, mais le choix de cette perspective risque de ne pas modifier les conclusions de l'exercice. Il se pourrait donc que les renseignements supplémentaires recueillis équivalent à un luxe coûteux.

#### EXEMPLE/ Une perspective sociale n'est pas toujours nécessaire

Le programme de distribution de détecteurs de fumée gratuits, dans la ville d'Oklahoma, illustre bien pourquoi une perspective sociale n'est pas toujours nécessaire. Les autorités ont distribué des détecteurs aux ménages dans une partie de la ville afin de réduire le nombre de blessures dues aux incendies de résidence.

Les coûts du programme comprenaient le prix des détecteurs et le coût de leur entretien et des piles de rechange, ce qu'aurait coûté le temps des bénévoles qui ont distribué les détecteurs (s'ils avaient reçu le salaire que l'on aurait dû payer autrement), les frais liés aux dommages par le feu et le coût des soins de santé. Parmi les résultats figuraient la réduction du nombre de blessures fatales et non fatales causées par les incendies et l'accroissement de la production dû à la réduction du nombre de blessures.

Pour faire l'évaluation, on a adopté à la fois une perspective sociale et un point de vue plus étroit axé sur les soins de santé.

Le programme a coûté 498 000 \$ à l'organisme de santé. La réduction du nombre de blessures a entraîné des « économies » de près de 15 millions de dollars; l'intervention a donc été efficace et elle a engendré des économies plus grandes que les coûts.

La société dans son ensemble a subi des coûts légèrement plus élevés, soit 530 000 \$, en raison du travail des bénévoles, mais le « rendement » social a été sensiblement plus grand, vu l'accroissement de la production dû à la réduction des taux de mortalité et de morbidité (absentéisme), accroissement dont la valeur a été établie à 15 millions de dollars.

Ainsi, dans le présent cas, la perspective sociale n'a procuré aucun gain digne de mention. La conclusion à laquelle on parvient (la distribution de détecteurs de fumée gratuits aux ménages a été un bon investissement) est la même dans les deux cas.

— Haddix A.C., Mallonee S, Waxweiller R, Douglas M.R., Cost effectiveness of a smoke alarm giveaway program in Oklahoma. *Injury Prevention*, 2001, 7, p. 276-281

### Considérations spéciales relatives à la promotion de la santé

La perspective sociale est l'idéal, mais l'équipe d'évaluation a le choix : or, dans certaines circonstances, une perspective plus étroite peut être acceptable.

Si l'équipe d'évaluation opte pour une perspective plus étroite, il lui incombe de s'assurer que des coûts ou des objectifs importants ne sont pas laissés de côté. Une perspective sociale sera essentielle si l'intervention est véritablement multisectorielle, car toute une gamme d'organismes subira alors des coûts. Une intervention peut être efficace du point de vue de la société dans son ensemble, mais on risque d'avoir du mal à réunir les appuis nécessaires pour la mettre en œuvre si, par exemple, les coûts incombent pour la plupart à un organisme et que c'est un autre qui profite des avantages. Dans le cas des interventions multiniveaux et multisectorielles, en matière de promotion de la santé, il faudra comprendre la répartition et l'équité des coûts et des avantages, surtout si l'intervention est conçue pour toucher les populations les plus marginales. À ce stade-ci, le promoteur de la santé et l'économiste de la santé doivent se poser mutuellement les questions suivantes :

- ▶ Si l'on recommande d'adopter une perspective plus étroite (que la perspective sociale), y a-t-il d'importants coûts et avantages qui appartiendront à d'autres organismes, auxquels on passera outre et qui changeront la conclusion?
- ▶ La perspective adoptée permet-elle de quantifier les effets distributifs?
- ▶ La perspective adoptée permet-elle de tenir compte de l'équité?

**EXEMPLE/ Bilan des coûts et des avantages sociaux**

Si l'on adopte une perspective sociale, on peut alors songer à dresser un bilan pour montrer les coûts et les avantages sous forme de tableau. On s'assure ainsi que les transferts de ressources d'un organisme à un autre sont dûment comptabilisés et qu'ils ne sont pas comptés deux fois.

Le tableau montré ici est tiré de l'évaluation du programme préscolaire de Perry aux États-Unis (Barnet, 1985). Il s'agit d'une étude qui date un peu et qui ne porte pas à strictement parler sur une intervention visant à promouvoir la santé (bien qu'elle ait sans doute eu des effets sur la santé), mais elle a de nombreuses caractéristiques en commun avec une bonne évaluation d'efforts de promotion de la santé. Il s'agissait d'un programme destiné aux jeunes enfants de familles pauvres. Le tableau résume certains des coûts et des avantages (financiers) et il montre les effets nets sur la société en général et une ventilation de ces derniers entre les participants au programme et les contribuables l'ayant financé.

**Coûts et avantages du programme préscolaire de Perry**

	Coûts et avantages (Dollars US de 1988)		
	Société	Participants	Contribuables
Programme préscolaire	-12 570	0	-12 570
Garde d'enfants	770	770	0
Économies – Scolarisation	5 500	0	5 500
Réduction de la criminalité	1 260	0	1 260
Hausse des salaires	620	470	150
Réduction du coût de l'assistance sociale	50	-500	550
<b>Total partiel jusqu'à l'âge de 19 ans</b>	<b>-4 370</b>	<b>740</b>	<b>-5 110</b>
Frais collégiaux	-670	0	-670
Réduction de la criminalité	1 500	0	1 500
Hausse des salaires	15 590	12 590	3 000
Réduction du coût de l'assistance sociale	1 070	-10740	11 820
<b>Total partiel à partir de l'âge de 19 ans</b>	<b>17 500</b>	<b>1 830</b>	<b>15 650</b>
<b>TOTAL DES AVANTAGES NETS</b>	<b>13 130</b>	<b>2 570</b>	<b>10 540</b>

Les coûts sont montrés comme étant des intrants négatifs. Le coût du programme était de 12 570 \$; il est indiqué ici comme étant à la charge des contribuables et de la société dans son ensemble. Cependant, il a été réduit légèrement par des économies (de 5 500 \$) enregistrées au titre du coût de la scolarisation après le programme et par des économies réalisées par d'autres secteurs (grâce à la réduction de la criminalité, par exemple).

Le plus grand avantage a pris la forme d'une hausse des salaires que les « diplômés » du programme pouvaient demander; c'est un avantage que se sont partagés les participants (12 590 \$) et les contribuables (3 000 \$).

Cet exemple montre aussi l'importance du temps. Tant que les enfants n'ont pas eu 19 ans, le programme représentait encore une charge nette pour la société. Ce n'est que quand nous prenons en compte les avantages observés après le 19e anniversaire de naissance des enfants que l'on enregistre des avantages dont la valeur dépasse le coût du programme (signalons que le tableau exclut les avantages intangibles issus de la réduction de la criminalité et de l'amélioration de l'éducation et de l'emploi).

— Barnet W.S., *Benefit-cost analysis of the Perry Preschool program and its policy implications. Educational Evaluation and Policy Analysis*, 1985, 7, p. 333-342

## Étape 2/ Cerner la question à examiner

L'évaluation économique doit procurer des renseignements qui aideront les décideurs à faire un choix entre les diverses utilisations des ressources. Il est essentiel de bien cerner la question à examiner, de manière que l'évaluation aboutisse aux genres de renseignements recherchés. L'économiste passera donc sans doute pas mal de temps au début de l'évaluation à discuter avec l'équipe d'évaluation pour s'assurer que la question soit la bonne. Parmi les questions acceptables à poser pour faire une évaluation économique figurent les suivantes :

- ▶ Parmi au moins deux options possibles, laquelle permet d'atteindre l'objectif au moindre coût?
- ▶ Avec un budget donné et étant donné au moins deux options possibles, laquelle améliore le mieux les résultats?
- ▶ Serait-il mieux de réduire les dépenses faites au titre du programme A et de réattribuer les ressources au programme B?
- ▶ Si l'on investissait davantage dans un programme donné de promotion de la santé, les avantages supplémentaires obtenus en vaudraient-ils la peine?
- ▶ Vu l'envergure actuelle du programme, est-il viable?

On doit aussi pouvoir répondre à la question posée pour faire l'évaluation dans les limites fixées par le contexte décisionnel. Chacune des questions formulées ci-dessus se distingue par sa spécificité. Une question telle que « La promotion de la santé est-elle plus rentable que le traitement? » peut présenter un grand intérêt pour les décideurs, mais on ne peut y répondre. De quelles formes de promotion de la santé parle-t-on ici? À quelles sortes de traitements les comparera-t-on? Quels aspects de l'efficacité présentent-ils un intérêt et peut-on les comparer entre eux quant à la prévention et aux remèdes?

De même, en disant « Que coûte ce programme? », on ne pose pas une question économique, car la question ne débouche sur aucune comparaison et elle ne prend aucunement les résultats en compte.

Il importe de poser une question bien spécifique pour une autre raison : C'est elle qui dicte la méthode d'évaluation économique qu'il faut adopter. On peut répondre aux trois premières questions posées ci-dessus avec une analyse coût-efficacité, coûts-conséquences ou coût-utilité (la nature des résultats de chaque programme permettant d'établir lequel est le meilleur). Les questions 4 et 5 nécessitent une analyse coûts-avantages dans le cadre de laquelle les valeurs du public sont intégrées directement dans l'évaluation. Nous montrerons plus loin comment faire cela.

Souvent, la question à laquelle on veut répondre avec l'évaluation est formulée par ceux qui envisagent d'utiliser les résultats de cette dernière, qu'il s'agisse de décideurs, de chercheurs ou d'acteurs souhaitant militer en faveur d'un certain programme ou d'une certaine intervention. Idéalement, l'économiste doit être de la partie à ce stade, car c'est lui qui sait le mieux à quels genres de questions une évaluation économique peut répondre. Une discussion entre les acteurs, les exécutants et l'équipe d'évaluation au sujet des objectifs, des résultats escomptés, de la portée et des facteurs de réussite de l'intervention aidera à parfaire la question et/ou le plan d'évaluation.

### Considérations spéciales relatives à la promotion de la santé

Si l'on connaît l'intervention faite pour promouvoir la santé et surtout ses objectifs, ses produits, sa portée envisagée et les indicateurs susceptibles d'être employés pour en contrôler l'efficacité, on est mieux à même de cerner les genres de questions économiques les plus pertinents et les questions auxquelles on pourra sans doute répondre dans les limites de l'évaluation.

En ce qui concerne les interventions uniques, les questions formulées au sujet de la promotion de la santé et aux fins de l'évaluation économique permettent de comparer les investissements au sein d'un programme donné (p. ex. une forme de programme d'activité physique par rapport à une autre), ou entre les programmes si le résultat d'intérêt est le même (p. ex., faire de l'activité physique plutôt que cesser de fumer, les résultats étant mesurés d'après l'amélioration des choses au chapitre des années de vie pondérées par la qualité). En effet, si la santé est le seul résultat d'intérêt, nous pouvons alors comparer entre eux les programmes de divers secteurs (l'éducation en matière de sécurité routière par rapport à l'application des limites de vitesse, par exemple). Dans le cas des interventions multisectorielles et multiniveaux de promotion de la santé, le promoteur de la santé et l'économiste de la santé doivent se poser mutuellement certaines questions à ce stade-ci :

- ▶ La question posée correspond-elle aux objectifs des promoteurs de la santé ou des décideurs?
- ▶ La question posée correspond-elle à tous les objectifs d'intérêt ou traduit-elle bien l'intention de l'intervention?
- ▶ Quel est le modèle logique adopté pour l'intervention? Quels objectifs peut-on mesurer? Quelles sont les limites des indices confirmant l'existence des produits, processus ou résultats de l'intervention? Que sait-on et qu'ignore-t-on (à la lumière des écrits spécialisés) sur les rapports entre les éléments du modèle logique choisi pour cette intervention? Comment cela influe-t-il sur le genre de question posée?

Nous décrivons dans la Partie 4 d'autres considérations spéciales relatives à la promotion de la santé à cette étape.

### Étape 3/ Définir et décrire les options

Après avoir cerné le problème et la question, la prochaine étape consiste à dresser la gamme de mesures possibles pour régler le problème. Chacune de ces mesures représente un élément susceptible d'être évalué.

Parfois, on fait valoir qu'il n'existe aucune autre solution en dehors du programme à évaluer. Si cela est vrai, il n'est alors aucunement nécessaire de faire une évaluation économique. S'il n'y a aucune solution de rechange, il n'y a ni choix à faire, ni évaluation à exécuter. En réalité, toutefois, il existe d'habitude un choix, mais pas nécessairement entre deux programmes de promotion de la santé. Parfois, c'est entre la prévention et le traitement qu'il faut choisir (c'était le cas des premières évaluations des programmes de vaccination des enfants). Parfois, la question portera sur l'ajout d'un programme à la gamme d'activités existantes, auquel cas il faudra faire un choix entre le portefeuille existant de programmes et le portefeuille enrichi. Dans d'autres situations, on peut se demander s'il faut accroître ou réduire la portée du programme examiné. (Par exemple, devrions-nous offrir le programme d'activité physique à d'autres parties de la municipalité ou à d'autres groupes?)

En fait, la gamme d'options possibles est énorme, surtout une fois que l'on reconnaît l'influence des facteurs sociaux sur la santé. Cela débouche sur un vaste éventail d'options qui comprend les interventions dans d'autres secteurs (les écoles, le logement, la politique d'emploi, etc.). Le défi de l'équipe d'évaluation consiste alors à contenir la gamme d'options de manière que l'évaluation soit gérable sans que les résultats soient déformés (par exemple, si l'on exclut des interventions parce que l'on risque d'avoir du mal à en estimer la valeur).

Le choix du comparateur est essentiel. Si l'on opte pour un comparateur qui représente une piètre optimisation des ressources, la nouvelle intervention paraîtra plus favorable, de toute évidence. Toutefois, il ne convient pas de chercher de tels comparateurs!

Il incombe à l'équipe d'évaluation de cerner les options, notamment à ses membres possédant les connaissances techniques sur ce que l'on peut faire pour régler le problème examiné. Une des options qu'il y a lieu d'étudier est « la pratique courante ». Ainsi, si l'on s'interroge sur l'à-propos de mettre en œuvre une politique intégrée des « écoles en bonne santé », le comparateur peut alors être la situation qui existe dans les écoles avant l'application de la nouvelle politique. Cela comprend toute stratégie non intégrée actuellement utilisée par les écoles visées par la comparaison.

On emploie parfois diverses expressions pour décrire la pratique courante : le *statu quo*, l'option consistant « à ne rien faire », ou, ce qui est sans doute mieux, l'option consistant « à ne rien faire de différent ». Il est rare que le meilleur comparateur soit de « ne rien faire », littéralement. Même s'il n'existe aucun autre moyen de prévenir le problème de santé examiné, le traitement de ses conséquences constituera toujours une solution de rechange.

### Considérations spéciales relatives à la promotion de la santé

Dans le domaine de la promotion de la santé, la gamme des options de comparaison à étudier risque d'être plus large que l'intervention même : par exemple, on pourrait vouloir comparer un programme communautaire de développement communautaire à des programmes de soutien du revenu ou d'emploi qui s'attaquent eux aussi aux mêmes déterminants de la santé. On risque d'avoir du mal à trouver une simple comparaison, car l'intervention est complexe, porte sur de multiples niveaux et a de multiples objectifs; il est peu probable que l'on trouve une autre intervention ayant les mêmes objectifs. En pareil cas, une analyse coûts-avantages ou coûts-conséquences conviendrait sans doute mieux.

Il est difficile de comparer des interventions exécutées dans des collectivités différentes, car les contextes ne sont pas les mêmes, de sorte que les interventions devront sans doute être différentes elles aussi. L'intervention A dans un contexte donné risque d'avoir des résultats différents de ceux de l'intervention B dans un autre contexte, et les coûts peuvent varier. Ces questions sont abordées plus en détail dans la Partie 4. Les questions que le promoteur de la santé et l'économiste de la santé doivent se poser l'un à l'autre à ce stade-ci sont les suivantes :

- ▶ Les options de comparaison sont-elles considérées comme convenant aux contextes?
- ▶ La façon dont l'intervention a été exécutée est-elle claire, et a-t-on cerné les grandes influences contextuelles s'exerçant dans le cadre de l'intervention et dans celui de l'option de comparaison (comparateur)?

## Étape 4/ Définir, mesurer et évaluer les coûts

Cette étape de l'évaluation économique est la même, quelle que soit la méthode d'évaluation choisie. L'évaluation des coûts (et des avantages) a une sous-structure qui lui est propre, et un bon économiste fera franchir à l'équipe d'évaluation trois mini-étapes pour s'assurer qu'elle prend bien en compte tous les éléments du coût : i) dresser la liste de toutes les ressources que nécessite chaque option; ii) mesurer les ressources que nécessite chaque option; iii) évaluer, quand c'est possible, les quantités de ressources. Nous avons adopté la même structure pour illustrer ce qui se passe à chaque stade.

### Dresser la liste des ressources que nécessite chaque option

Quel que soit le programme dont l'équipe d'évaluation cherche à calculer le coût, elle doit tout d'abord dresser une liste aussi complète que possible de toutes les ressources qu'il nécessite. En gros, cela équivaut à énumérer tous les ingrédients qu'il faut pour préparer un repas. Les ressources comprennent le temps du personnel, les locaux, le transport, les biens non durables et les ressources employées pour informer les participants sur le programme.

À ce stade-ci, il vaut mieux dresser la liste de toutes les ressources nécessaires pour exécuter un programme ou une intervention. Il ne sera peut-être pas possible de mesurer ou d'évaluer toutes les ressources cernées de cette façon, mais en établissant une telle liste, on s'assure de prendre en considération tous les éléments qui comptent. Cela est particulièrement important si l'on a adopté une perspective sociale, car il faut alors inclure toutes les ressources, indépendamment de l'organisme ou de la personne à qui il incombe de les fournir. Par exemple, le temps que les membres de la collectivité consacrent à la participation à un programme constituera une ressource importante dans certaines interventions.

Il faut également dresser la liste de toutes les ressources, peu importe que cela engendre un coût financier ou non. En économie, le coût se rapporte à l'emploi des ressources et non pas nécessairement aux dépenses [voir la Note technique : Coût économique (de renonciation)]. Il faut tenir compte du temps des personnes qui passent d'une activité à une autre, même si leur salaire a été payé par quelqu'un d'autre. De même, il arrive souvent que des ressources soient fournies sous forme de don à un programme, surtout s'il comporte un degré quelconque de participation de la communauté. Par exemple, la bibliothèque locale peut offrir gratuitement des locaux de réunion à une association communautaire, ou un organisme communautaire peut permettre à des employés sur le terrain chargés d'exécuter un programme de se servir de son télécopieur. Dans chacun de ces cas, une ressource est utilisée, de sorte qu'un coût économique est engendré même si aucune somme d'argent n'est versée. Comme il convient d'utiliser le mieux possible les ressources de la société, c'est la circulation de ces dernières qu'il faut prendre en considération à ce stade-ci.

**Note technique/ Coût de renonciation**

Le mot « coût » évoque d'habitude le prix que l'on doit payer pour quelque chose. En économie, il ne renvoie pas au prix directement, mais au sacrifice. En économie, quelqu'un subit un coût si, en utilisant une ressource d'une certaine façon, il renonce à (ou sacrifie) la possibilité de s'en servir d'une autre manière. Le temps que vous consacrez à la lecture du présent guide a un coût économique, car, pendant que vous le lisez, vous ne pouvez faire autre chose (p. ex. répondre à vos courriels). Le coût économique de votre temps est mesuré d'après la valeur que vous accordez à toute autre activité à laquelle vous vous adonneriez si vous ne lisiez pas le guide.

Les deux dimensions du coût (financière et économique) s'amalgament souvent, car le prix que l'on paie pour quelque chose reflète fréquemment sa valeur ailleurs. Ainsi, le coût économique qu'entraîne l'embauche de nouveaux employés pour réaliser une intervention se reflète typiquement dans leur salaire, mais ce n'est pas toujours le cas. Qu'advient-il si le personnel est employé par un autre organisme et est détaché pour travailler dans le cadre de l'intervention (par exemple, les enseignants d'une école peuvent délaissé temporairement leurs activités normales pour élaborer un nouveau programme d'études sur la promotion de la santé). Leur salaire est payé par un autre organisme. Le programme de promotion de la santé ne subit aucun coût financier, mais un coût économique existe pourtant du fait que les enseignants ne peuvent pas consacrer autant de temps à la surveillance des activités sportives ou à la correction des devoirs de leurs élèves, par exemple.

La même observation vaut pour la participation de bénévoles à un projet communautaire de promotion de la santé. Même s'ils font don de leur temps au projet, ils pourraient faire quelque chose d'autre. Le coût économique de leur participation au programme se reflète dans la valeur de cette autre activité.

C'est pourquoi l'économiste membre de l'équipe d'évaluation passera du temps à essayer de cerner les ressources nécessaires à chaque projet, peu importe qu'il y ait des coûts financiers connexes et quelle que soit l'organisation ou la personne qui assume ces coûts, le cas échéant. Cela explique pourquoi les estimations du coût économique (nécessaire dans une évaluation économique) diffèrent souvent beaucoup des estimations du coût comptable ou financier d'un projet.

**Mesurer la quantité de ressources que nécessite chaque option**

Après avoir dressé la liste des « ingrédients » voulus pour réaliser chaque intervention, il nous faut préciser la quantité de chaque ressource nécessaire : de quel espace à bureaux supplémentaire a-t-on besoin et pendant combien de temps? De combien d'heures de plus a-t-on besoin de la part du personnel? Quel degré de compétences chaque option nécessite-elle? Et ainsi de suite.

En pratique, on désigne et l'on mesure les ressources en même temps. Cependant, il est utile de mentionner ces deux étapes distinctement pour mettre en exergue l'importance d'une bonne mesure. Afin de pouvoir calculer le coût (c.-à-d. la valeur) de chaque élément des ressources utilisées, l'économiste de l'équipe a besoin de savoir quelle quantité de chaque ressource il faut.

L'étape de la mesure est souvent celle qui exige le plus de temps de la part du personnel affecté au programme, car il est le seul à savoir combien de temps il a passé à administrer le programme ou à convaincre des intervenants clés de l'appuyer. Cet effort est essentiel pour que l'économiste de l'équipe puisse se faire une idée précise des ressources nécessaires pour mettre en œuvre un programme avec succès.

Il faut aussi voir dans le stade de la mesure l'occasion de préciser quels intrants supplémentaires la réalisation de chaque option nécessite. Par exemple, on peut se servir de l'espace existant, ou il faudra peut-être de nouveaux locaux une fois que le programme aura atteint une certaine taille.

Enfin, quand on fait rapport sur une évaluation économique, il convient de donner des détails sur la quantité des ressources, d'une part, et, d'autre part, sur leur valeur économique, de manière que les lecteurs dans d'autres administrations puissent mieux évaluer les ressources qu'il leur faudra sans doute et les coûts qu'ils subiront localement afin de mettre le programme en œuvre, si la rentabilité en est établie.

### Évaluer les ressources que nécessite chaque option

Au stade de l'évaluation, on attribue maintenant une valeur monétaire à chaque ressource désignée et quantifiée aux stades antérieurs. Souvent, l'économiste utilise des renseignements reçus des principaux organismes concernés pour calculer le coût des ressources fournies par chacun. Ainsi, les dépenses salariales serviront souvent à évaluer l'apport en personnel. D'habitude, les dépenses enregistrées à divers égards (p. ex. les frais de bureau tels que les frais de téléphone et de photocopie) peuvent aussi servir à établir la valeur des apports correspondants.

Il arrive que l'économiste doive rajuster les dépenses enregistrées dans les livres d'une organisation pour mieux traduire la valeur économique des ressources. C'est le cas quand le prix payé pour telle ou telle ressource comprend des taxes ou des subventions considérables (techniquement, les taxes et les subventions sont des moyens de reporter les coûts d'un groupe de la société à un autre; en elles-mêmes, ce ne sont pas des coûts supportés par l'ensemble de la société). Il faudra peut-être aussi ajuster les comptes pour mieux refléter la part du coût qu'il convient d'affecter justement à l'option évaluée (quand, par exemple, des frais généraux sont répartis entre des centres de coûts d'une façon qui n'est pas axée sur les activités).

En d'autres occasions, l'économiste attribue une valeur à des ressources auxquelles aucune dépense financière évidente n'est liée (la salle dans la bibliothèque, le temps des bénévoles et le prêt d'équipement mentionné plus tôt). Dans ces circonstances, il cherche un bon équivalent qui correspond bien à la valeur de la ressource, par exemple, le loyer qu'il aurait fallu payer autrement pour la salle de la bibliothèque, ou le salaire que l'on aurait dû payer autrement aux personnes qui ont fait don de leur temps.

#### Note technique/ Coûts financiers et coûts économiques

Dans la note technique précédente, nous avons pris soin de faire une distinction entre les coûts financiers (liés à un échange quelconque d'argent) et les coûts économiques (quand on parle d'une ressource telle que le temps du personnel).

Afin d'établir l'efficacité économique d'une intervention, il importe de savoir si ses avantages l'emportent sur la valeur des ressources qu'elle nécessite. En d'autres mots, il faut en connaître le coût économique.

Afin de savoir si le prix de l'intervention est abordable, il faut aussi en connaître le coût financier et comment ce coût est réparti entre les divers organismes concernés. Par conséquent, une bonne évaluation économique (une évaluation qui sera utile aux décideurs) doit présenter et prendre en compte les coûts financiers et économiques.

Afin d'établir la meilleure valeur à utiliser dans de telles circonstances, l'économiste cherche à savoir auprès de l'équipe d'évaluation ou des décideurs ce qui se passerait si la ressource fournie à titre bénévole n'existait pas. Dans le cas du temps d'une personne, la solution de rechange consisterait sans doute à employer quelqu'un à titre occasionnel. Il est alors possible d'établir une correspondance

avec les compétences nécessaires et celles figurant dans une description de tâches équivalente dans l'organisation administrant le programme, afin de trouver un taux de salaire approprié pouvant servir à calculer la valeur du temps des bénévoles.

### Conséquences pour l'équipe d'évaluation

Pour être couronnée de succès, l'évaluation des coûts d'un programme dépend fondamentalement des étapes antérieures (la définition et la mesure des ressources). Pour définir les ressources, il faut un effort d'équipe. L'économiste peut préciser les grandes catégories possibles de ressources utilisées (dépenses de capital, frais de personnel, etc.), mais il incombe aux praticiens et aux décideurs, dans l'équipe d'évaluation, de faire en sorte que la liste des « ingrédients » soit aussi complète que possible.

La mesure des ressources utilisées est également une tâche qui revient d'habitude aux personnes chargées de mettre le programme en œuvre. Dans certains cas, ce peut être l'équipe d'évaluation, surtout si le programme et son évaluation ont été financés dans le cadre d'un projet de recherche. Si c'est le personnel sur le terrain qui est chargé de réunir l'information sur la quantité de ressources utilisée, il incombe à l'équipe d'intervention, collaborant avec le personnel en question, de concevoir des méthodes de collecte des données qui entravent le moins possible les relations habituelles que ce personnel entretient avec la collectivité (Hawe et coll., 2004, Riley et coll., 2005).

Enfin, l'équipe d'évaluation doit examiner les sources auprès desquelles l'économiste obtient les renseignements dont il a besoin pour attribuer une valeur monétaire aux ressources utilisées. Nous avons déjà mentionné que les comptes publiés par les organismes fournissant les ressources en question constituent la première source à consulter. Il en est ainsi parce que la démarche de l'économiste repose sur l'hypothèse implicite que les valeurs du marché sont les meilleures. Dans la plupart des cas, cela est vrai, mais il faut utiliser cette hypothèse avec prudence. Certains taux de rémunération accordés aux femmes tirent encore de l'arrière par rapport à ceux payés aux hommes. Certains économistes soutiennent que c'est là un reflet juste des différences de productivité et qu'il n'y a donc là aucun problème, mais il y en a d'autres pour qui cette différence de traitement confirme l'existence d'une discrimination sur le marché du travail et que ce n'est pas un reflet fidèle des différences quant à la valeur ou au coût de renonciation.

### Considérations spéciales relatives à la promotion de la santé

L'emploi de bénévoles et de ressources communautaires non financières constitue une caractéristique commune des programmes de promotion de la santé, en raison de l'importance accordée à la participation et à la collaboration. L'équipe d'évaluation doit s'assurer qu'elle prend en compte ces ressources, qu'elle en dresse la liste et qu'elle s'interroge sur la façon dont elles figurent dans les calculs des coûts.

Il importe aussi de bien s'entendre sur la terminologie. Il arrive souvent qu'un projet de développement communautaire fructueux s'attire des ressources supplémentaires, parce que les travailleurs sur le terrain mobilisent d'autres organismes dans des partenariats axés sur la collaboration (Gold et coll., sous presse). L'économiste considère ces ressources supplémentaires comme étant un élément de coût, tandis que les travailleurs communautaires y voient un signe que leurs activités sont productives. En réalité, les ressources obtenues ainsi grâce à des efforts communautaires valables constituent à la fois un élément de coût et un résultat! Il s'agit d'un résultat d'un travail réussi de développement

communautaire, mais elles représentent un intrant (et, partant, un élément de coût) dans toute activité ultérieure destinée à promouvoir la santé. Voici les questions que les promoteurs de la santé et les économistes de la santé doivent se poser les uns aux autres à ce stade-ci :

- ▶ A-t-on pris en considération toutes les ressources non financières pertinentes?
- ▶ A-t-on distingué clairement les résultats (avantages) et les coûts liés à la réussite d'efforts de développement communautaire et de collaboration?

## Étape 5/ Définir, mesurer et évaluer les conséquences

Comme dans le cas des coûts, l'évaluation des conséquences comporte trois sous-étapes.

### Cerner toutes les conséquences importantes

L'objectif consiste ici à dresser la liste de tous les résultats que l'intervention est censée produire. Il ne faut pas en cela se limiter aux résultats finals. Les changements intermédiaires susceptibles de montrer si l'intervention fonctionne comme prévu doivent aussi être inclus dans la liste. Cependant, l'équipe a avantage à faire la distinction entre, d'une part, les conséquences qui se manifestent le long du cheminement causal et qui ne sont pas en elles-mêmes des résultats finals, et, d'autre part, les conséquences à la lumière desquelles on saura, en fin de compte, si l'intervention est efficace ou non. Certaines conséquences peuvent être perçues comme étant à la fois une variable intermédiaire et un résultat final. Le renforcement de l'autonomie, par exemple, peut être vue comme étant une fin en soi et un déterminant de la santé (Wallerstein, 1992).

Comme dans le cas des coûts, il faut viser à ce stade-ci à dresser une liste aussi exhaustive que possible et à cerner tous les résultats pertinents, même s'il n'est pas toujours possible de les mesurer ou de les évaluer tous. On s'assure ainsi que rien d'important n'est laissé de côté.

### Mesurer les conséquences

L'annexe 2 parle de la façon dont on mesure les résultats des efforts de promotion de la santé. Ce qui importe ici, c'est de s'assurer que l'indicateur des résultats choisi s'harmonise avec la question économique étudiée.

On n'a pas toujours besoin d'une mesure des résultats finals. Si l'intervention étudiée a pour objet de réduire le tabagisme, les taux d'abandon ou la diminution de la quantité de tabac consommé sont de bons critères de réussite. Il n'est pas nécessaire de montrer comment ces changements améliorent la santé ou le bien-être pour décider quelle intervention permet le mieux d'atteindre l'objectif visé.

Pour cette raison, si l'intervention a pour objectif d'accroître la capacité des organismes communautaires, par exemple, alors toute option susceptible de ce faire peut être comparée à une autre dans le cadre d'une analyse coût-efficacité, la mesure de la capacité étant alors l'indicateur des résultats.

D'un autre côté, si l'on veut savoir si le renforcement des capacités au sein d'un programme permet mieux de promouvoir la santé que les démarches n'ayant pas aussi un tel renforcement comme objectif, il faut clairement adopter un critère pour mesurer l'amélioration de la santé. À lui seul, un critère servant à mesurer l'accroissement des capacités n'aide pas à faire un choix entre les diverses options.

De même, si la réduction des inégalités constitue un objectif primordial des programmes de promotion de la santé, alors toute évaluation de l'efficacité des programmes doit montrer l'effet que le programme a sur différents groupes sociaux. Malheureusement, peu d'évaluations le font (Macintyre, 2003).

Tout comme dans le cas des coûts, l'objectif doit consister ici à mesurer les changements que le programme entraîne au chapitre des résultats.

### Évaluation des conséquences

Dans l'analyse de minimisation des coûts, l'analyse coût-efficacité et l'analyse coûts-conséquences, les avantages de l'intervention sont tous exprimés en unités naturelles (c.-à-d. tels qu'ils sont mesurés). Aucune évaluation explicite n'est donc nécessaire à *ce stade*. Le décideur doit malgré tout faire un jugement de valeur lorsqu'il s'agit d'établir si les avantages de l'intervention en valent les coûts (voir l'Étape 8).

Par conséquent, l'évaluation n'est une caractéristique que de l'analyse coût-utilité et de l'analyse coûts-avantages.

Dans une *analyse coût-utilité*, le critère de mesure des résultats est l'année de vie pondérée par la qualité (QALY); c'est, en deux mots, l'équivalent d'une année de vie dont la valeur est ajustée en fonction de sa qualité. Une année vécue en bonne santé vaut une QALY. Une année vécue dans un état de santé considéré comme étant équivalent à la mort obtient un score de zéro. Aux états intermédiaires [ceux qui sont considérés comme étant meilleurs que la mort mais loin d'un bon état de santé], on attribue une valeur entre ces deux extrêmes (soulignons que les états de santé si graves qu'on les juge pires que la mort obtiennent aussi un score de zéro).

Les valeurs qui nous intéressent ici sont les préférences de la collectivité à l'égard de différentes dimensions de la santé et leur valeur par rapport à l'espérance de vie. L'objectif consiste à savoir, par exemple, si une réduction de la douleur importe plus que l'amélioration de la mobilité, ou si le public dans son ensemble pense qu'il est plus important de réduire l'angoisse et la dépression que d'améliorer la capacité d'une personne de s'occuper d'elle-même. On peut dès lors accorder plus de poids aux interventions qui produisent les résultats les plus appréciés en matière de santé (voir la Note technique : Évaluer les états de santé – Les années de vie pondérées par la qualité).

Afin d'exécuter une analyse coût-utilité, l'économiste peut recommander de mener une enquête auprès de la population pour en connaître les valeurs directement. Par ailleurs, on peut employer un instrument générique de mesure de la qualité de vie liée à l'état de santé tel que l'EQ-5D<sup>1</sup> (Brooks, 1996) afin d'évaluer l'efficacité de l'intervention. Cela fournit une description des états de santé auxquels les personnes parviennent après l'intervention. On peut alors prendre, dans les écrits des chercheurs, les valeurs de l'utilité de chacun de ces états relativement à la santé et les appliquer aux résultats pour en déduire des estimations de tout changement au chapitre des années de vie pondérées par la qualité (voir le site [www.euroqol.org](http://www.euroqol.org) pour en savoir plus).

#### Note technique/ Évaluer les états de santé : Années de vie pondérées par la qualité

Afin de faire une analyse coût-utilité, il faut établir la valeur que les personnes attribuent à différents états de santé. Pour obtenir les valeurs de ce genre, on fait faire aux personnes une série d'exercices structurés, de préférence dans le cadre d'entrevues personnelles; ces exercices sont conçus pour révéler à quel point une amélioration d'une dimension de la santé de la personne compenserait les réductions d'autres dimensions. Les résultats des exercices permettent d'exprimer la nature multidimensionnelle de la qualité de vie à l'aide d'un seul indice. En d'autres mots, les méthodes permettent à l'économiste d'attribuer des poids aux états de santé intermédiaires se situant entre un bon état de santé et la mort. On attribue un score de 1 à une année de vie vécue en parfaite santé, mais la mort correspond à un score nul. À un état de santé qui peut obliger la personne à passer l'année en éprouvant une douleur modérée, une certaine angoisse et un certain degré de dépression, on pourrait attribuer un score de 0,75, mais la personne obtiendrait un score beaucoup plus faible (disons 0,1) si son état de santé était plus grave et s'accompagnait d'une douleur aiguë, d'une réduction de la mobilité et de l'incapacité de s'occuper d'elle-même.

On peut maintenant se servir des poids (critères de pondération) pour calculer le gain éventuel dû à un programme de prévention couronné de succès. Si l'on a attribué un score de 0,75 à un état de santé, le rétablissement d'un état de santé parfait vaut 0,25 ( $1 - 0,75$ ). Si cette amélioration peut être maintenue pendant 10 ans, l'intervention vaut quatre années de vie pondérées par la qualité ou 2,5 ( $0,25 \times 10$ ).

Par ailleurs, si aucune de ces démarches n'est possible, on peut parfois se reporter à des études sur les programmes de promotion de la santé et de prévention qui n'ont pas fait appel à une analyse coût-utilité et en traduire les résultats en années de vie pondérées par la qualité (Mortimer et Segal, 2005). Cela élargit la gamme des interventions que l'on peut comparer entre elles sans que chacune doive faire l'objet d'examen spéciaux sur les préférences.

Dans une *analyse des coûts-avantages*, on attribue une valeur monétaire aux résultats de l'intervention. À strictement parler, il faut évaluer ainsi tous les avantages d'une intervention. En pratique, il arrive souvent que des études ayant pris en compte uniquement les coûts et les avantages qu'il est facile d'exprimer en termes monétaires soient désignées comme étant des études coûts-avantages.

1 L'EQ-5D est un instrument générique de mesure de la qualité de vie liée à l'état de santé; il définit la santé en fonction de cinq paramètres : la mobilité, l'autonomie en matière de santé, les activités ordinaires, la douleur et la détresse, l'angoisse et la dépression.

**Note technique/ Attribuer des valeurs monétaires aux résultats : Méthodes d'évaluation des contingences**

Dans une analyse coûts-avantages, l'économiste essaie d'attribuer une valeur monétaire à toutes les conséquences de l'intervention. Cela l'oblige habituellement à faire un exercice d'évaluation des contingences. La méthode usuelle utilisée pour cela consiste à exécuter une étude sur « la volonté de payer ». L'économiste fait alors appel à des techniques d'enquête pour savoir combien les personnes seraient prêtes à payer, en théorie, pour les avantages d'une intervention. Cette technique repose sur le raisonnement selon lequel la valeur se reflète dans ce à quoi la personne serait disposée à renoncer afin de bénéficier des avantages de l'intervention en question.

Certaines personnes ont du mal à répondre aux questions sur la volonté de payer. Toutefois, les analystes recourent de plus en plus à une autre démarche fondée sur les expériences avec choix discrets pour établir les valeurs. Il s'agit aussi d'une technique d'évaluation des contingences, mais cette fois-ci, on fournit aux participants une série de scénarios jumelés (parfois 16 paires au maximum) et on leur demande dans chaque cas laquelle des deux options ils préfèrent. Les scénarios peuvent présenter une intervention donnée sous diverses formes ou des combinaisons différentes des résultats éventuels. On emploie alors des techniques statistiques pour estimer la valeur de chaque attribut. Si le coût est un attribut des scénarios, on peut établir les valeurs relatives à la volonté de payer.

La méthode des choix discrets présente un avantage en ce sens que les personnes trouvent souvent qu'il est plus facile de répondre aux questions. Les résultats permettent aussi de dire lesquelles des composantes différentes de chaque scénario sont les plus importantes. Il y a toutefois un inconvénient : l'évaluation est limitée quant au nombre d'attributs (ou sources de valeur) sur lesquels elle peut porter, en raison de la capacité cognitive des participants à l'enquête. En revanche, la méthode axée sur la volonté de payer permet aux répondants d'inclure toutes les dimensions de l'avantage qu'ils estiment valables, personnellement.

Afin d'obtenir ces valeurs monétaires, l'économiste entreprend un exercice d'évaluation des contingences principalement pour voir combien la collectivité est prête à payer pour les avantages qu'une intervention réussie lui procurera. Il faut prendre en compte un certain nombre d'aspects méthodologiques quand on exécute un tel exercice, pour s'assurer que la méthode produira des résultats valides. Il est donc essentiel que l'équipe dispose des services d'un économiste connaissant bien les méthodes de ce genre si elle envisage de mener une étude coûts-avantages (voir la Note technique : Attribuer des valeurs monétaires aux résultats – Méthodes d'évaluation des contingences).

**Considérations spéciales relatives à la promotion de la santé**

L'évaluation des résultats des programmes de promotion de la santé comporte deux grandes dimensions : l'une est axée sur les résultats, et l'autre, sur la capacité d'agir des personnes. Les extrants peuvent être mesurés avec des indicateurs des résultats obtenus immédiatement, à moyen terme ou à long terme, suivant les paramètres établis dans un modèle logique du programme (y compris les changements survenant sur divers plans : connaissances ou attitudes; politiques d'intérêt public; comportements; mortalité et morbidité; déterminants de la santé). On peut mesurer la capacité d'agir grâce à divers critères, dont les suivants, entre autres : la collaboration entre les secteurs; la création de partenariats; la mobilisation de la collectivité; le degré de participation de la société au processus décisionnel; la cohésion sociale; la durabilité. C'est cette capacité d'agir qui peut aboutir à des effets imprévus et durables (p. ex. changement dans les valeurs de la collectivité, ou création d'une nouvelle politique, ou encore changement de dirigeants politiques) qui dépassent la portée originale du programme de promotion de la santé. Chaque genre d'indicateur fait appel à des méthodes différentes de collecte et d'analyse des données. La plupart des programmes de promotion de la santé reposent sur une combinaison de stratégies se rapportant aux deux genres de résultats. L'annexe 2 aborde ces points plus en détail.

Un autre aspect clé de l'évaluation des programmes de promotion de la santé réside dans la nature changeante du contexte. Les programmes s'adaptent à des situations réelles, en fonction des exigences et des besoins qui n'existaient pas ou n'étaient pas envisagés au début. La conception de l'évaluation doit prendre en considération la dynamique et l'évolution du programme pendant sa mise en œuvre, les rapports entre les acteurs, la négociation des relations de pouvoir et le rapport entre le contexte et le programme. Des modèles qui prennent ces paramètres en compte commencent à faire l'objet de textes spécialisés publiés en espagnol (systématisation) et en anglais (évaluation réaliste) (voir l'annexe 2). Le dernier point à examiner est que la hiérarchie des faits employée pour évaluer les études épidémiologiques et les études sur les soins de santé ne s'applique pas nécessairement aux programmes de promotion de la santé (Rychetnik et coll., 2002).

À la lumière de tout ce qui précède, les questions que les promoteurs de la santé et les économistes de la santé doivent se poser les uns aux autres à ce stade-ci sont les suivantes :

- ▶ Quels sont les différents genres de résultats de ces interventions et quels critères de mesure ou indicateurs existe-t-il? Comment prend-on en compte les critères de mesure se rapportant à la capacité d'agir et aux résultats individuels et communautaires immédiats, intermédiaires et à long terme?
- ▶ Comme les programmes de promotion de la santé comportent des niveaux multiples et sont axés sur de nombreuses stratégies, des données risquent fort de manquer; comment s'assure-t-on que l'on ne passe pas outre à ces éléments dans l'évaluation économique?
- ▶ Quels aspects de l'intervention (ou du programme) importent-ils vraiment (pas seulement ceux qui sont mesurables), y compris les valeurs, les principes et les aspects plus difficiles à mesurer? Comment inclut-on ces éléments dans l'évaluation économique?
- ▶ Comment s'assure-t-on que l'on a tenu compte de la nature changeante du contexte dans l'évaluation de l'efficacité et dans les critères de mesure employés?

## Étape 6/ Prendre en compte le fait que les créneaux temporels des coûts et des conséquences ne concordent pas

Dans tout programme, surtout dans le domaine de la promotion de la santé, les coûts sont supportés et les avantages sont reçus dans des créneaux temporels différents. Les frais d'élaboration sont engagés tôt dans l'histoire d'un programme. Les frais de mise en œuvre peuvent ensuite être contractés au cours de plusieurs années, tout dépendant du genre du programme et de son ampleur. Il pourrait être nécessaire de faire des investissements périodiques au cours de la durée d'un programme, par exemple pour mettre à jour la formation du personnel. Les dépenses en capital ont lieu dès le début, mais les immobilisations assurent un service pendant toute la durée du programme et, souvent, après. Les coûts récupérés, c'est-à-dire les économies dues à toute réduction de l'utilisation des services de santé attribuable aux efforts fructueux de promotion de la santé, risquent de n'être apparents que des années plus tard. La même observation vaut pour les avantages issus des programmes : certains se produisent tôt, mais d'autres peuvent tarder à se manifester.

Pour un certain nombre de raisons, les coûts (et les avantages) d'une même ampleur *théorique* que l'on subit (ou dont on bénéficie) à divers points dans le temps n'ont pas la même valeur *réelle*. En général, on préfère reporter les coûts dans l'avenir et profiter des avantages sur le champ (phénomène connu

dans la littérature économique comme étant la « *préférence temporelle* »). Cela a des conséquences pour les évaluations économiques. En gros, un programme qui procure des avantages plus tôt aura la préférence (une valeur plus grande) par rapport à un autre dont les retombées auront lieu plus tard. Il est donc nécessaire d'ajuster la valeur des coûts et des avantages observés à divers moments dans le temps, de manière que l'on puisse les exprimer comme s'ils avaient tous eu lieu en même temps.

Le processus que l'on suit pour ce faire s'appelle **actualisation** (voir la Note technique : L'actualisation). La valeur des coûts (et des avantages) subis (ou obtenus) dans l'avenir est réduite ou convertie à leur valeur courante grâce à l'application d'un *taux d'actualisation*.

C'est l'économiste qui se charge de l'actualisation, bien que les formules employées soient expliquées et illustrées dans Drummond et coll. (1997). Il ne faut pas confondre le taux d'actualisation avec les corrections en fonction de l'inflation. Tous les coûts doivent être exprimés en chiffres absolus (en dollars constants), avant l'actualisation.

Bien qu'il s'agisse d'un *processus* relativement simple, l'actualisation suscite certaines controverses. Tout d'abord, on ne s'entend pas encore sur un seul taux d'actualisation et, bien que certains pays en recommandent un pour les projets publics, tous ne le font pas. Toutefois, dans le domaine de l'économie de la santé, il existe un consensus sur ce qu'il faut faire, étant donné cette situation. L'économiste applique en général le taux recommandé pour son pays, s'il y en a un, dans ce que l'on appelle le scénario de référence. Il reprend ensuite l'analyse en employant des taux d'actualisation de rechange variant d'habitude de 0 % (aucune actualisation, en fait) à 10 %. En d'autres mots, l'effet de l'utilisation de taux d'actualisation différents est un des aspects qu'il faut examiner dans l'analyse de sensibilité (voir l'Étape 7). En outre, le US Public Health Services Task Force (Gold et coll., 1996) propose d'utiliser, dans chaque évaluation économique, un taux de 3 % pour faciliter la plus vaste gamme de comparaisons; par conséquent, ce taux devrait être mis en lumière dans l'analyse de sensibilité, et ce peut être le taux employé dans le scénario de référence si le pays n'en recommande aucun.

Il faut ensuite communiquer les résultats de l'évaluation sous leurs formes actualisée et non actualisée, ce qui permet de mieux comprendre l'effet que l'actualisation a sur les conclusions de l'étude.

**Note technique/ L'actualisation**

Imaginez que l'on vous offre 1 000 \$ : vous pouvez le prendre maintenant ou le recevoir dans cinq ans. Que choisiriez-vous? La plupart des gens prendraient l'argent sur-le-champ, ne serait-ce que parce qu'ils pourraient le mettre en banque. Avec l'intérêt, le montant total dépasserait 1 000 \$ au bout de cinq ans. Cet exemple montre que la somme de 1 000 \$ ne vaudra pas la même chose dans cinq ans : elle sera plus grande alors. Par conséquent, dans une évaluation économique, il est nécessaire d'ajuster la valeur nominale des coûts et des avantages à différents points dans le temps pour prendre cette réalité en compte. Le processus que l'on adopte pour ce faire s'appelle « actualisation ». Voici un exemple :

Pour simplifier les choses, prenons deux options : la première consiste à acheter une voiture pour un agent de développement communautaire, et l'autre, à louer la voiture. En vertu de la première option, la voiture coûte 20 000 \$. On gardera la voiture pendant cinq ans, et elle sera ensuite vendue 3 000 \$. L'entente de location nous oblige à faire un paiement initial de 8 000 \$ et des versements annuels de 2 600 \$ (nous utilisons ici des paiements annuels plutôt que mensuels pour simplifier les choses).

Le flux monétaire au fil des années est montré ci-dessous, ainsi que le total, sans que les montants soient actualisés.

**Valeur nominale des flux monétaires (non actualisés)**

OPTION	ANNÉE 1	ANNÉE 2	ANNÉE 3	ANNÉE 4	ANNÉE 5	TOTAL
Achat	20 000 \$	0 \$	0 \$	0 \$	- 3 000 \$	17 000 \$
Location	8 000 \$	2 600 \$	2 600 \$	2 600 \$	2 600 \$	18 400 \$

Si l'on regarde les flux monétaires simples, l'option consistant à acheter la voiture semble plus avantageuse, mais elle ne prend pas en compte le fait qu'elle nécessite un versement initial considérable et que la valeur de la vente sera moindre, car celle-ci n'aura lieu qu'au bout de cette période.

Si l'on actualise les flux monétaires en fonction du facteur temps, le résultat ressemble à celui-ci (on emploie un taux d'actualisation de 5 %).\*

**Valeur actuelle des flux monétaires (taux d'actualisation : 5 %)**

OPTION	ANNÉE 1	ANNÉE 2	ANNÉE 3	ANNÉE 4	ANNÉE 5	TOTAL
Achat	20 000 \$	0 \$	0 \$	0 \$	- 2 468 \$	17 532 \$
Location	8 000 \$	2 476 \$	2 358 \$	2 246 \$	2 139 \$	17 219 \$

L'option consistant à louer la voiture est maintenant la moins coûteuse. Dans cet exemple, la différence est minime, mais elle peut être considérable au bout d'une période plus longue (voir l'étude de cas sur l'actualisation et les années de vie).

\* La formule à employer pour actualiser les coûts et les avantages à venir est montrée dans Drummond et coll. (1997).

**Considérations spéciales relatives à la promotion de la santé**

On a présenté l'actualisation comme un simple rajustement mathématique, mais il ne faut pas en sous-estimer l'importance pour la promotion de la santé. L'actualisation réduit la valeur des avantages à venir par rapport aux coûts subis aujourd'hui. Comme les avantages des efforts de promotion de la santé ne se manifestent souvent que dans l'avenir alors que les coûts ont lieu aujourd'hui, l'actualisation réduit la rentabilité apparente des programmes de promotion de la santé. L'effet de ce phénomène est particulièrement évident quand on compare la promotion de la santé aux soins de santé, lesquels tendent à avoir un effet immédiat et très visible sur la santé. (Voir l'exemple : L'actualisation et les années de vie.)

Il est donc impératif que les effets de l'actualisation soient pleinement examinés dans l'évaluation (voir l'Étape 7 : Analyse de sensibilité) et que l'on discute du choix du taux d'actualisation.

**EXEMPLE/ L'actualisation et les années de vie**

Dans la note technique expliquant ce qu'est l'actualisation, la différence entre les sommes actualisées et non actualisées était très petite. Les effets de l'actualisation grandissent plus le temps passe et plus le taux d'actualisation est élevé. C'est ce que montre l'évaluation sur le port des casques de cycliste par les enfants faite par Hatziandreu et ses collègues en 1995.

Hatziandreu a examiné trois politiques différentes conçues pour amener les enfants à porter leur casque protecteur quand ils vont à bicyclette. Les casques ne réduisent pas le nombre d'accidents subis par les enfants, mais ils atténuent la gravité des blessures et, dans certains cas, ils peuvent faire la différence entre la vie et la mort.

L'évaluation portait sur les enfants de 5 à 16 ans. Les analystes ont supposé que l'âge de décès moyen serait de 10 ans en l'absence du programme. L'espérance de vie moyenne à partir de l'âge de 10 ans était alors de près de 66 ans. En d'autres mots, chaque personne qui éviterait la mort vivrait ensuite 66 années de plus, sans actualisation. Cependant, une fois l'actualisation faite, le nombre de ces années de vie est considérablement moindre : 19 années.

Hatziandreu a adopté une démarche modérée et n'a pris en compte que les avantages obtenus au cours des quatre années d'existence du programme. L'actualisation a donc eu peu d'effets sur les conclusions tirées par l'équipe. Malheureusement, son mémoire ne fournit pas assez de renseignements pour qu'il soit possible de réviser ses estimations afin de voir quel serait l'effet de l'actualisation au bout d'une période plus longue. Toutefois, on peut constater qu'après l'actualisation, les avantages du programme étaient inférieurs au tiers de ce qu'ils étaient avant. Par conséquent, le coût par année de vie épargnée est multiplié par trois, une fois les résultats actualisés.

— Hatziandreu, E.J., Sacks, J.J., Brown, R. et coll. La rentabilité de trois programmes visant à accroître le port des casques de cycliste chez les enfants. *Public Health Reports*, 1995, 110, p. 251-259

Le fait que l'on n'aime pas les résultats de l'actualisation n'est pas un motif valable pour la remettre en cause. Quoi qu'il en soit, la validité de l'actualisation suscite encore des débats. La préférence temporelle peut faire partie des préférences individuelles, mais cela ne signifie pas qu'individuellement, on veuille qu'elle influe sur les décisions prises pour l'ensemble de la société (Sen, 1967). L'actualisation suscite aussi des controverses lorsque la période considérée couvre des générations à venir dont les valeurs ne sont pas prises en compte dans le taux de préférence pour le présent. Pour ces raisons, l'équipe d'évaluation doit être prête à discuter du choix du taux d'actualisation et à défendre ce choix. Les questions que les promoteurs de la santé et les économistes de la santé doivent se poser les uns aux autres à ce stade-ci sont les suivantes :

- ▶ Sait-on clairement quand les coûts seront subis (et les avantages obtenus) dans le cadre de l'intervention et dans celui du comparateur?
- ▶ Sur quel motif le choix du taux d'actualisation repose-t-il? Le cas échéant, de quels autres taux a-t-on tenu compte dans l'analyse de sensibilité?

**Étape 7/ Prendre l'incertitude en compte : analyse de sensibilité**

L'incertitude est une caractéristique omniprésente des évaluations économiques, peu importe qu'elle soit due à une erreur de mesure, à une variation d'échantillonnage, à l'évolution du contexte dans le temps ou à des données manquantes. La meilleure façon d'en tenir compte dans l'évaluation consiste à faire une *analyse de sensibilité* (Briggs et coll., 2002). On fait d'abord l'évaluation en utilisant les valeurs escomptées des paramètres incertains, ou une estimation optimale des valeurs manquantes. C'est le scénario de référence. Ensuite, on refait l'analyse en employant une gamme de valeurs plausibles pour chacun des paramètres incertains ou des éléments d'information manquants. Par exemple, l'expérience peut porter à croire que le taux de participation à un programme donné sera de 72 % en moyenne,

mais des études ont montré que ce taux pourrait être aussi faible que 60 % et aussi élevé que 82 %. Dans le cadre d'une analyse de sensibilité simple, on referait l'évaluation en appliquant les taux de participation le plus élevé et le plus faible afin de définir le meilleur scénario possible et le pire. (Voir l'exemple : L'analyse de sensibilité dans la pratique.) Si l'intervention paraît valable même dans le pire des cas, les résultats de l'évaluation semblent solides. En outre, on peut réduire encore plus le taux de participation (jusqu'à 55 %, 50 %, et ainsi de suite) pour trouver le seuil où l'intervention commence à perdre son intérêt. L'équipe d'évaluation est alors mieux placée pour décider dans quelle mesure elle peut se fier aux conclusions qu'elle tire de l'évaluation du scénario de référence.

#### EXEMPLE/ L'analyse de sensibilité dans la pratique

Le programme Heartbeat Wales était un projet aux multiples facettes qui concernait la santé cardiaque au Royaume-Uni et qui faisait intervenir des groupes communautaires, des employeurs, des autorités locales et le secteur de la santé pour examiner le tabagisme, la nutrition et l'activité physique. Dans cette étude de cas, Phillips et Prowle (1993) ont étudié la rentabilité de la partie du projet se rapportant à la réduction du tabagisme.

L'évaluation a mesuré tous les coûts des activités visant à réduire le tabagisme; les chercheurs ont adopté une perspective sociale en incluant les effets non seulement sur le système de santé mais aussi sur le commerce et l'industrie.

En ce qui concerne les avantages, le nombre de fumeurs a chuté de 4 % et celui des fumeuses, de 2,7 %, après l'intervention, et cela a servi d'estimation de référence de l'efficacité. La réduction du taux de fumeurs et de fumeuses a été convertie en une augmentation du nombre d'années de vie active due à une baisse de la morbidité et de la mortalité relativement à trois des plus importantes maladies ayant un lien avec la consommation du tabac. Les évaluateurs ont reconnu que cela était problématique, cependant, car ils ne savaient pas vraiment dans quelle mesure ils devaient attribuer l'évolution de la prévalence à l'intervention. Les conséquences de cette hypothèse ont donc fait l'objet d'une analyse de sensibilité. Les résultats sont montrés ci-dessous.

	Années de vie active perdues	Coût/Année de vie active épargnée
Taux de réussite de 100 %	92,776	£5,80
Taux de réussite de 50 %	46,388	£11,60
Taux de réussite de 25 %	23,194	£23,10
Taux de réussite de 10 %	9,277	£57,80

L'estimation de référence, qui posait que l'évolution de la prévalence pouvait être attribuée entièrement à l'intervention, a montré que le coût net par année de vie active gagnée était inférieur à £6,00. Cependant, même si l'on supposait que seulement 10 % du changement dans la prévalence pouvait être imputé à l'intervention, le coût est demeuré inférieur à £60 par année de vie active gagnée. L'intervention semble donc avantageuse, et la conclusion tirée par les évaluateurs (la réduction du tabagisme peut procurer des avantages considérables à l'économie dans son ensemble) semble résister aux changements apportés à l'hypothèse, à tout le moins.

— Phillips CJ, Prowle M. Economics of a reduction in smoking: case study from Heartbeat Wales. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1993, 47, p. 215-223

Quand deux variables ou plus changent ensemble, l'analyse de sensibilité risque de devenir assez compliquée et, pour cette raison, il est utile d'avoir accès à l'aide de spécialistes. Ce qui importe ici, c'est que l'équipe d'évaluation soit consciente des buts et de l'utilité de l'analyse de sensibilité. Celle-ci lui permet d'exploiter les paramètres du programme au maximum et de voir à quel point les résultats de l'évaluation résistent aux forces sous-jacentes risquant d'influer sur la mise en œuvre et l'efficacité du programme.

L'analyse de sensibilité permet aussi de répondre aux questions hypothétiques.

Par exemple :

- ▶ Qu'arriverait-il si les coûts de l'intervention étaient sensiblement plus élevés que prévu?
- ▶ Qu'arriverait-il s'il y avait des doutes au sujet de la mesure dans laquelle la collectivité pourra participer à l'intervention et la faire sienne? Pourtant, ces deux aspects sont essentiels à son efficacité.

L'analyse de sensibilité a quatre buts fondamentaux. Elle permet de :

- ▶ montrer la dépendance/l'indépendance d'un résultat par rapport à une hypothèse donnée;
- ▶ cerner les valeurs critiques des variables;
- ▶ repérer les incertitudes nécessitant des recherches plus approfondies;
- ▶ vérifier la solidité des conclusions de l'étude.

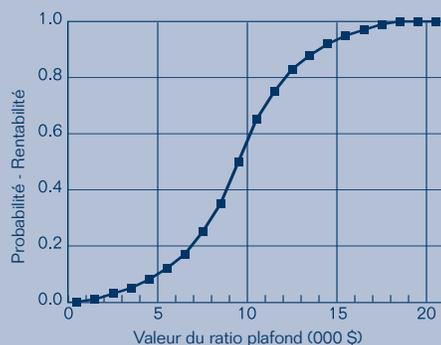
Les méthodes employées dans l'analyse de sensibilité sont elles aussi de plus en plus complexes. Par exemple, si les données dont on dispose le permettent, l'économiste peut employer ce qu'on appelle « la méthode du bootstrap » (rééchantillonnage) pour mieux saisir les effets de la variation d'échantillonnage. Il faut des données sur les coûts ou les résultats au niveau individuel; à partir de ces données, une observation (c. à d. un répondant) est choisie au hasard. Le résultat pour cette personne est enregistré, et elle retourne dans l'échantillon avant qu'une autre personne soit sélectionnée au hasard et que le résultat soit de nouveau enregistré. On répète le processus de nombreuses fois (peut-être de 500 à 1 000 fois) afin de produire une répartition des résultats. Il est alors possible de calculer les intervalles de confiance et d'employer des techniques statistiques pour évaluer la solidité des conclusions de l'étude [voir Briggs et Gray (1999) pour en savoir plus].

#### Note technique/ Analyse avancée de sensibilité

L'exemple d'analyse de sensibilité tiré de l'intervention Heartbeat Wales a montré un cas très simple où l'on fait fluctuer la valeur d'une seule variable (dans l'exemple, c'était le degré de réduction du tabagisme pouvant être attribué à l'intervention) afin de voir son effet sur le ratio final coûts/effets. Grâce à la disponibilité grandissante de données de niveau individuel issues des essais cliniques et à l'emploi considérable de démarches axées sur la modélisation pour appliquer les résultats des essais à des périodes plus longues ou dans différents contextes, les méthodes utilisées dans les analyses de sensibilité sont de plus en plus perfectionnées, et les résultats fournissent sans doute plus de renseignements.

Un élément nouveau réside dans l'emploi de l'analyse de sensibilité probabiliste dont on peut afficher les résultats sous la forme d'une courbe d'acceptabilité coût-efficacité. L'analyse de sensibilité probabiliste fait maintenant partie des principes directeurs du National Institute of Health and Clinical Excellence au Royaume-Uni. Le mémoire de Briggs et coll. (2002) décrit comment la technique fonctionne, et nous donnons ci-dessous un exemple de courbe d'acceptabilité coût-efficacité.

#### Exemple de courbe d'acceptabilité coût efficacité



On lit le graphique de la façon suivante : si le décideur est disposé à payer 10 000 \$ par unité d'extrait (disons, une année de vie pondérée par la qualité), alors, dans le présent cas, il y a 65 % des chances que l'intervention soit rentable (en d'autres termes, que les résultats s'établissent à moins de 10 000 \$ par QALY gagnée). Si le décideur n'est prêt à dépenser que 5 000 \$ par unité d'extrait, on risque peu de percevoir l'intervention comme en valant la peine, car il n'y a que 15 % des chances qu'elle soit rentable (le coût différentiel étant inférieur à 5 000 \$/QALY).

— Briggs A., O'Brien, B.J., Blackhouse, G. *Thinking outside the box: recent advances in the analysis and presentation of uncertainty in cost-effectiveness studies. Annual Review of Public Health, 2002; 23, p. 377-401*

### Considérations spéciales relatives à la promotion de la santé

L'économiste se charge des rouages de l'analyse de sensibilité, mais l'équipe d'évaluation joue un grand rôle dans le processus. Elle doit aider à cerner le domaine des valeurs que peut assumer chaque variable dans l'analyse de sensibilité et aussi toute combinaison de variables dont on peut penser qu'elles évolueront ensemble et qui devraient donc être incluses comme telles dans ladite analyse. Comme nous en parlerons plus loin, l'analyse de sensibilité peut aussi révéler des erreurs dans l'analyse des données, surtout quand un modèle économique quelconque a été employé pour mesurer les coûts et les effets se produisant au-delà de la période visée par l'évaluation originale. L'équipe d'évaluation, forte des connaissances qu'elle possède sur l'intervention et sur ses incidences, est la mieux placée pour repérer ces erreurs. Les programmes de promotion de la santé qui comportent plusieurs niveaux et reposent sur de multiples stratégies présentent des défis particuliers dans le contexte de l'analyse de sensibilité. Les questions que les promoteurs de la santé et les économistes de la santé doivent se poser les uns aux autres à ce stade-ci sont les suivantes :

- ▶ Parmi les nombreuses variables et hypothèses utilisées dans cette évaluation, quelles sont les plus importantes à prendre en compte dans l'analyse de sensibilité?
- ▶ Quelles variables qui manquent à l'Étape 5 faut-il prendre en considération à cette étape ci?
- ▶ Quels aspects du contexte ou quels changements s'y produisant convient-il d'explorer dans l'analyse de sensibilité?

Parlons maintenant de la façon d'interpréter les résultats de l'analyse.

### Étape 8/ Interpréter les résultats de l'évaluation économique

À ce stade-ci, l'essentiel de l'analyse a été fait, et l'équipe d'évaluation doit maintenant interpréter les divers résultats que l'évaluation et l'analyse de sensibilité ont produits. Afin de faciliter l'explication, mettons de côté l'analyse de sensibilité et réfléchissons à la meilleure façon d'interpréter les résultats de l'évaluation économique dont les résultats paraissent plus certains.

#### Formuler les règles de décision

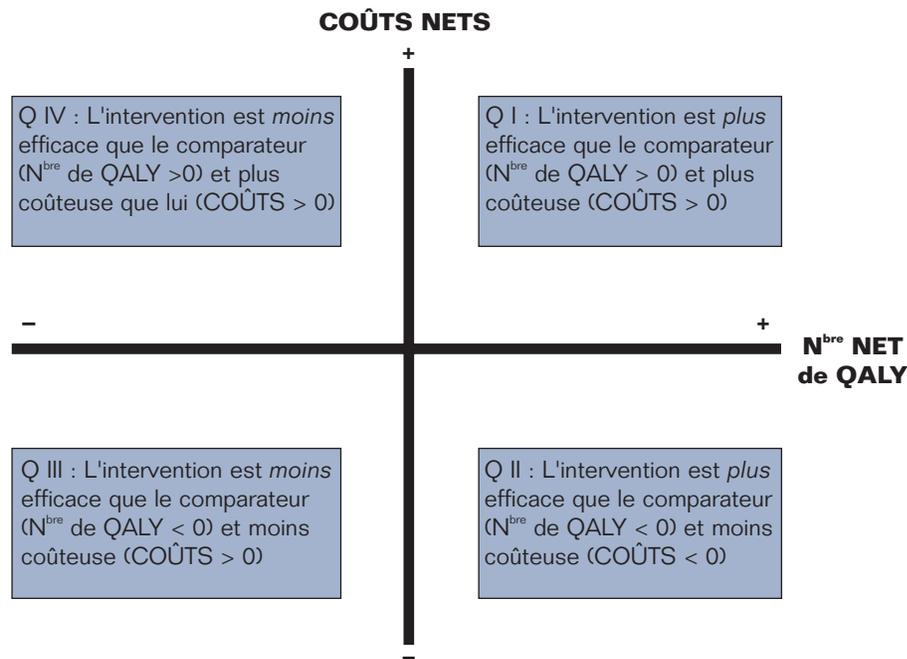
La démarche *coûts-avantages* fournit des critères de décision très clairs. Si la valeur monétaire des avantages (\$A) dépasse celle des coûts (\$C), l'intervention est justifiée. Cela signifie que l'avantage net est positif ( $\$A - \$C > 0$ ), ou que le ratio avantages/coûts est plus grand que 1 ( $\$A/\$C > 1$ ). Certains auteurs utilisent un ratio coûts/avantages plutôt qu'un ratio avantages/coûts. En pareil cas, la règle de décision est que le ratio doit être inférieur à 1. Soulignons que ces règles de décision rendent uniquement compte de l'ensemble des coûts et des avantages, et non de leur *répartition*.

Il est habituellement plus difficile de formuler des recommandations aussi claires (et cela risque de ne pas être possible) avec les autres méthodes d'évaluation économique. Les problèmes sont essentiellement les mêmes pour l'*analyse coût-efficacité* et l'*analyse coût-utilité*; par conséquent, pour faciliter l'expression des idées, nous ne parlons d'analyse coût-utilité que quand l'efficacité a été mesurée en années de vie pondérées par la qualité (QALY).

### L'analyse coût-utilité et la comparaison de deux options

Dans le premier cas, il est plus facile d'envisager de comparer deux programmes seulement entre eux, soit le programme A (le comparateur) et le programme B (l'intervention). Si l'on écarte les rares cas où les coûts et les avantages de chaque programme sont identiques, il ne reste que quatre scénarios possibles. L'option B peut être plus ou moins *coûteuse* que l'option A, et plus ou moins *efficace* que l'option A. Les quatre scénarios en question sont illustrés dans la Figure 1. L'axe vertical affiche la différence entre les coûts des deux options. L'axe horizontal montre la différence entre les effets, mesurée en QALY. L'intersection des deux axes montre le point où les deux options sont identiques quant à leurs coûts et à leurs avantages.

FIGURE 1/ COÛT-EFFICACITÉ



Pour utiliser le diagramme, placez l'option A (le comparateur) à l'intersection, puis l'option B par rapport à l'option A, en fonction des résultats de l'évaluation économique. L'option B peut se situer dans n'importe lequel des quatre quadrants. Si l'intervention est moins efficace que le comparateur et plus coûteuse que lui, elle se situera dans le quadrant IV. En pareil cas, la décision est facile à prendre. L'option A est préférable, de toute évidence. On dit qu'elle domine l'option B. Une situation semblable existe dans le quadrant II, bien que, cette fois-ci, l'option B domine l'option A parce qu'elle est plus efficace et moins coûteuse qu'elle.

Les cas de ce genre sont rares, cependant. Les résultats plus courants (et ce sont les plus difficiles à trancher) tombent dans les quadrants I et III. Dans de tels cas, une option est à la fois plus efficace et plus coûteuse que l'autre. Aucune des options ne domine l'autre. Il n'est dès lors plus possible de dire de façon définitive que l'une ou l'autre option est « rentable ». On ne peut alors rien dire, sauf combien l'amélioration du programme coûtera de plus (dans le cas du quadrant I, en passant du programme A au programme B).

En pareilles circonstances, le *ratio coût-efficacité différentiel* est la différence entre le coût de l'option et celui de l'option B divisée par la différence entre les avantages des deux options. Cela n'est pas la même chose que le ratio coût-efficacité moyen (le total des coûts du programme divisé par le total des avantages), et cela reflète mieux le prix unitaire qu'il faut payer pour obtenir les avantages supplémentaires fournis par l'option plus efficace.

### **Attention au ratio coût-efficacité différentiel!**

Soulignons que le ratio coût-efficacité différentiel (RCED) ne nous dit rien sur ce que coûtera en tout la mise en œuvre du nouveau programme. En gros, il indique le prix qu'il faut payer par unité d'extrait, mais il demeure muet sur la quantité qu'il faut acheter (ou sur le montant qu'il faut dépenser) pour avoir droit à ce prix.

Le RCED se tait aussi sur la question de savoir d'où proviendront les ressources supplémentaires nécessaires pour mettre en œuvre le nouveau programme. Si le décideur doit composer avec un budget fixe (et si ce n'est pas le cas?), il faudra réduire certains programmes afin de trouver ces ressources. Il importe donc de veiller à ce que les avantages supplémentaires que l'on obtiendra en investissant dans le programme B soient suffisants pour compenser ce qui sera perdu quand on diminuera l'ampleur de ces autres programmes.

Enfin, il faut procéder avec prudence quand on extrapole les résultats de l'évaluation à des niveaux différents d'investissement, car le RCED ne renseigne aucunement sur l'envergure des investissements pour lesquels le prix unitaire demeure le même. Le fait qu'une évaluation montre que le RCED soit de X \$ par QALY, pour un investissement donné, ne signifie pas que l'on pourra accroître l'envergure du programme au même prix unitaire. Tôt ou tard, les coûts augmenteront (car il faudra payer davantage pour obtenir les services ou les ressources qui se feront de plus en plus rares), ou l'efficacité du programme diminuera (peut-être parce qu'on l'appliquera dans des populations qui n'en profiteront pas autant).

### **Interpréter les résultats de l'analyse de sensibilité**

L'interprétation des résultats de l'évaluation se complique encore plus quand on inclut les résultats de l'analyse de sensibilité, car il faut alors composer avec un certain degré d'incertitude. L'économiste peut présenter les résultats de l'analyse de sensibilité, mais leur interprétation correcte nécessite la collaboration de tous les membres de l'équipe d'évaluation. Une démarche structurée l'aidera à se retrouver dans la multitude de renseignements que l'évaluation aura produits. Voici donc une série de questions qu'il convient de se poser à cette fin :

#### ***1/ Certains des changements que l'on observe dans le ratio coût-efficacité à mesure que l'on modifie les valeurs des variables sous-jacentes paraissent-ils invraisemblables?***

Le premier élément utile que l'analyse de sensibilité procure est un aperçu du degré de précision des calculs, surtout si l'on s'est servi d'un modèle quelconque pour prédire les effets à long terme d'une intervention. Les erreurs commises dans les modèles ou dans le calcul des coûts et des effets se manifestent parfois sous la forme de changements invraisemblables dans le ratio coût-efficacité. À mesure que le taux d'actualisation change, par exemple, on s'attendrait à voir se produire dans une direction prévisible des changements en douceur dans les coûts et l'efficacité (les programmes dont

les coûts sont subis tôt et dont les avantages se concrétisent plus tard donneront des résultats de moins en moins bons à mesure que le taux d'actualisation augmentera, par exemple). Toute anomalie dans la relation entre le coût et les effets ainsi que la mutation des hypothèses qui fondent l'analyse devraient inciter le chercheur à réexaminer les calculs originaux pour écarter les possibilités d'erreur.

***2/ Les ratios coût-efficacité et coûts-avantages sont-ils sensibles à l'évolution de l'une ou l'autre des variables clés?***

Une fois les erreurs éliminées, la prochaine étape consiste à voir dans quelle mesure les résultats sont sensibles aux hypothèses posées. Le sens du mot « sensible » est ici le suivant : est-il possible que les recommandations qui transpireront sans doute de l'évaluation changent si l'une ou l'autre des variables en question prend une des valeurs de rechange quelconques utilisées dans l'analyse de sensibilité? Par exemple, une des options paraît-elle la meilleure quand le taux d'actualisation est de 10 %, mais non quand il est établi à 10 %? De petits changements dans le taux de participation ou de recrutement du programme influent-ils indûment sur le ratio coût-efficacité? La présente étape a pour but de définir à quel point les résultats de l'évaluation satisfont l'équipe d'évaluation.

***3/ Si les résultats sont sensibles à une ou à plusieurs variables, les points pivots dans le domaine des valeurs que ces variables prennent sont-ils plausibles?***

Il s'agit ici de mesurer à quel point il est réaliste de penser que la réalité ressemblera au pire scénario décrit dans l'analyse de sensibilité. Si les résultats montrent que l'option ne semble valable qu'avec des taux de participation supérieurs à 80 %, à quel point cette valeur est-elle réaliste? Si l'expérience donne à penser que le taux de participation à des programmes semblables n'a jamais dépassé 60 %, le programme envisagé n'est peut-être pas réalisable. De même, bien que des taux d'actualisation de 0 % à 10 % soient plausibles, ceux qui sont supérieurs à 20 % sont beaucoup moins réalistes; il n'importera donc pas beaucoup que l'option paraisse valable seulement si les taux d'actualisation sont inférieurs à ce seuil.

Idéalement, les résultats de l'évaluation seront solides et clairs. Ou bien le nouveau programme semble être valable dans toutes les circonstances, ou bien c'est le contraire, quelles que soient les circonstances. Dans les cas où le résultat est ambigu, il est plus difficile de formuler des recommandations fondamentales. La meilleure démarche à suivre dépend de ce que l'équipe pense des risques et du coût à subir pour obtenir tout nouveau renseignement qui pourrait réduire le degré d'incertitude.

L'équipe peut décider que les risques inhérents au projet sont acceptables et qu'il convient de le mettre en œuvre en dépit de l'incertitude. En pareil cas, il serait prudent d'en surveiller la mise à exécution et de suivre de très près l'évolution des paramètres les plus incertains, de manière qu'il soit possible d'apporter des changements de fond rapidement si le programme donne des signes de dérapage.

En revanche, l'analyse de sensibilité montrera sur quel plan d'autres recherches sont nécessaires avant que l'on puisse envisager la mise en œuvre du projet. Sait-on, par exemple, quel sera le taux de participation et y a-t-il des mesures que l'on puisse prendre pour le faire monter au-delà du seuil critique?

Une fois que l'on a examiné tous les éléments offerts par l'analyse de sensibilité, il existe toute une gamme d'aspects à prendre en compte quand on interprète les résultats de l'évolution économique.

**4/ Quand on formule une recommandation, y a-t-il des facteurs autres que l'efficacité économique qu'il convient de prendre en considération?**

C'est l'occasion de réexaminer la répartition des coûts et des effets. Le fardeau des coûts et la répartition des effets sont-ils « équitables » dans un certain sens? D'un autre côté, le programme plus efficace impose-t-il indûment les coûts à ceux qui sont le moins capables de payer, ou répartit-il les avantages entre ceux qui en ont moins besoin?

La répartition des coûts et des avantages risque aussi d'influer sur l'appui politique fourni au programme. Par exemple, beaucoup de projets d'amélioration des routes procurent des avantages à l'ensemble de la collectivité sur le plan de la santé en réduisant les taux d'accident, mais c'est le ministère des Transports qui en supporte le coût et il pourrait bien avoir d'autres critères en tête quand il décide comment il investira ses ressources.

**5/ Existe-t-il des circonstances particulières susceptibles d'influer sur les coûts et les avantages de l'option privilégiée si elle devait être mise en œuvre dans un autre contexte?**

L'équipe se demande ici à quel point il serait possible de reproduire les résultats si l'option privilégiée était mise en œuvre ailleurs. L'efficacité de l'intervention pourrait-elle être plus grande qu'elle ne serait ailleurs, par exemple en raison d'un investissement antérieur dans des programmes de promotion de la santé ayant peut-être accru les capacités de la collectivité? L'option privilégiée fait-elle appel à des ressources qualifiées qui sont disponibles dans ce contexte mais qui ne le seraient pas dans d'autres circonstances (personnel enseignant ou infirmier, par exemple)?

**6/ L'option privilégiée est-elle abordable?**

En d'autres mots, même si, tout compte fait, la valeur des avantages semble plus grande que les coûts, les coûts financiers de l'intervention dépassent-ils le budget d'un des organismes chargés de la mettre en œuvre?

**7/ L'évaluation met-elle au jour d'importants obstacles à la mise en œuvre du programme?**

La faisabilité de chaque option a beaucoup compté quand on a choisi de l'inclure dans l'évaluation, mais l'évaluation elle-même peut révéler des obstacles qui minent la faisabilité de la meilleure option. Celle-ci mise-t-elle trop sur la disponibilité d'une main-d'œuvre bénévole et, le cas échéant, quelle est la probabilité que cette ressource existe? Le temps que l'on demande à la collectivité de consacrer au projet est-il excessif?

Il incombe à l'équipe d'évaluation d'analyser l'efficacité de l'intervention et d'ajouter des recommandations sur les décisions les plus raisonnables à prendre ainsi que sur les avantages et les inconvénients des diverses démarches possibles, à la lumière des résultats combinés des différentes analyses. Rappelez-vous que ce sont les décideurs qui choisissent les critères de sélection, les ressources

qui seront rendues disponibles et la quantité de celles-ci qu'il convient d'investir pour parvenir à un objectif donné. Le rôle de l'équipe consiste à utiliser les résultats de l'évaluation économique pour apporter sa contribution en se fondant sur les critères de l'efficacité et de l'équité, sans oublier que les critères définis par les décideurs compteront également beaucoup dans le cadre du processus décisionnel.

# 4 Les interventions complexes

## Introduction

Les exemples que nous avons utilisés pour illustrer l'application de méthodes économiques ont tous été relativement simples, en ce sens que, règle générale, ils ont porté sur des interventions axées sur une seule stratégie et mises en œuvre par un seul organisme poursuivant souvent des résultats clairement définis dans le domaine de la santé ou dans des domaines connexes. Dans l'introduction du présent Guide, nous avons souligné qu'une telle démarche ne couvre pas la gamme complète des activités de promotion de la santé. La promotion de la santé a plutôt été décrite comme faisant intervenir de multiples composantes, dont chacune est intégrée dans une stratégie globale, et de multiples organismes et particuliers qui s'attaquent à de multiples objectifs, non pas seulement la promotion de la santé, mais aussi la réduction des inégalités en matière de santé et l'accroissement de la capacité des collectivités de faire échec aux menaces pour la santé.

La complexité connexe a amené certains commentateurs à se demander si l'évaluation économique avait une pertinence quelconque dans le domaine de la promotion de la santé (Burrows et coll., 1995). L'économie de la santé est-elle trop rationnelle, trop linéaire sur le plan de la pensée pour s'adapter aux difficultés qui se présentent? Peut-elle aider à comprendre la valeur des programmes de promotion de la santé, ou risque-t-on de perdre trop en réduisant le tout complexe à quelque chose se prêtant mieux à l'évaluation économique? Il importe de réfléchir à certaines des questions que cette évolution de la pensée (des interventions simples à celles qui sont plus complexes) soulève pour l'économie de la santé et la promotion de la santé.



Les programmes de promotion de la santé seront souvent complexes parce qu'ils auront des facettes multiples, seront intégrés et multisectoriels et seront fondés sur des valeurs. Il est donc utile de se redemander pourquoi ces programmes doivent être complexes, car on pourra sans doute alors voir quels aspects de la promotion de la santé, le cas échéant, présentent un défi pour l'économie de la santé.

La *première* raison réside dans le fait que de nombreux déterminants de la santé échappent au contrôle de l'individu. Certes, les particuliers peuvent faire beaucoup pour promouvoir leur propre santé, mais leur capacité à cet égard est limitée par les milieux sociaux et physiques où ils vivent, travaillent et s'amuse et par les politiques sociales et économiques qui régissent ces milieux. Pour les mêmes raisons, bon nombre des déterminants de la santé se situent en dehors du système des soins de santé, dans des politiques et des pratiques se rapportant au logement, à l'éducation, au transport, à l'emploi et ainsi de suite. Il est donc essentiel d'adopter une approche multisectorielle pour maîtriser les déterminants structureaux de la santé et pour créer les conditions favorables à la santé.

*Ensuite*, les déterminants de la santé agissent les uns sur les autres. Le choix du mode de vie n'est pas indépendant des milieux sociaux où chacun vit, et vice-versa – les comportements de la personne influent sur l'environnement social. Si l'on essayait de promouvoir la santé en se concentrant sur un seul jeu de déterminants (disons, par exemple, les connaissances et les comportements individuels), ces efforts seraient minés par la pression continue due aux contextes malsains où les gens vivent. Par conséquent, on propose une stratégie à plusieurs niveaux pour s'attaquer simultanément aux déterminants de la santé de tous les niveaux.

*En troisième lieu*, chacune des maladies chroniques qui constituent le fardeau morbide de chaque personne s'accompagne de facteurs et de conditions de risque communs. Les *facteurs* de risque tels que la consommation de tabac, les choix alimentaires et l'activité physique déterminent l'incidence des maladies cardiovasculaires, du diabète et de nombreux cancers. Les *conditions* de risque communes telles que le revenu, le degré d'éducation, les possibilités d'emploi et le quartier où l'on vit influent elles aussi sur les débouchés dans la vie et sur la gamme des choix s'offrant à la personne. Par conséquent, certains soutiennent qu'une démarche intégrée, dans le cadre de laquelle les principaux facteurs et conditions de risque sont pris en compte d'une façon coordonnée, pourrait être plus efficace et entraîner une utilisation plus efficace des ressources.

L'intégration peut-être *verticale* (le problème auquel on s'attaque est abordé à différents niveaux) ou *horizontale* (divers organismes assumant des responsabilités du même niveau travaillent les uns avec les autres). Des arguments économiques justifient en partie l'intégration. Il est sans doute possible de faire des économies en combinant ses efforts avec ceux d'organismes s'adonnant à des activités semblables, et la collaboration peut donc être moins coûteuse que le travail isolé, qui comporte des risques de chevauchement. La collaboration peut aussi aider à repérer puis à éliminer les lacunes dans les services, ce qui permet d'accroître l'efficacité de l'intervention. Il convient toutefois de se rappeler que des coûts vont de pair avec la coordination et le réseautage et que, par conséquent, la collaboration risque aussi de coûter plus cher dans le cas de certains problèmes et d'être moins efficace dans les situations où, pour favoriser un processus décisionnel consensuel, on adopte la ligne de moindre résistance (et, sans doute, de la moindre efficacité).

*Quatrièmement*, le fait que les stratégies doivent être intégrées et multisectorielles et comporter plusieurs niveaux donne à penser qu'il y a sans doute des synergies à exploiter. En d'autres mots, on peut accroître l'efficacité d'une intervention si on la met en œuvre avec d'autres. Si l'on conjugue les efforts déployés pour lutter contre le tabagisme, promouvoir l'activité physique et améliorer la nutrition et qu'on le fasse d'une façon intégrée, alors cette *approche combinée* réduira sans doute davantage l'incidence de maladies chroniques que si l'on s'attaquait à chacun de ces facteurs de risque séparément.

*Cinquièmement*, on sait que l'incidence des cas de mauvaise santé n'est pas aléatoire. Chacun n'est pas également exposé au risque d'un mauvais état de santé. Invariablement, ce sont les personnes dont le revenu est moindre, qui sont moins instruites, qui vivent dans des logements médiocres, qui reçoivent moins d'appuis sociaux et qui sont en marge de la société d'une façon ou d'une autre qui sont en moins bonne santé et qui meurent prématurément. Par conséquent, les personnes qui subissent déjà des privations sociales et économiques souffrent aussi d'un autre handicap, soit celui d'un état de santé moins bon.

*Sixièmement*, les programmes de promotion de la santé visent typiquement à produire des résultats multiples. L'amélioration de la santé est importante, mais ce n'est pas le seul objectif. Comme nous le mentionnions dans la Partie 3, beaucoup de programmes de promotion de la santé ont aussi pour objet de renforcer les moyens des organismes et des groupes locaux de manière qu'ils puissent continuer à travailler à l'amélioration de la santé longtemps après la fin du programme initial. En outre, comme nous l'avons souligné ci-dessus, la répartition des résultats importe également.

*Enfin*, à cause de toutes ces raisons, il est improbable que l'efficacité de n'importe quel programme individuel de promotion de la santé ne dépende pas du contexte où il est mis en œuvre. Le mot « contexte » désigne ici les caractéristiques sociales, économiques et démographiques de la population visée, les effets des investissements antérieurs dans la promotion de la santé qui influent sur la capacité et la réceptivité locales, la présence ou l'absence concomitante de programmes complémentaires, l'existence et la progression des politiques de soutien telles que celles concernant les lieux de travail sans fumée, et ainsi de suite.

Tous ces facteurs rendent difficile l'évaluation des efforts de promotion de la santé, mais la plupart d'entre eux ne pose aucun problème *supplémentaire* aux fins de l'évaluation économique. Quiconque essaierait d'évaluer l'effet de ces efforts, peu importe que l'évaluation porte aussi sur le calcul des coûts et des avantages ou non, se heurterait aux problèmes existant déjà.

## **Peut-on appliquer les paramètres de l'économie de la santé aux interventions multisectorielles?**

Les programmes de promotion de la santé comportent souvent des partenariats dépassant le cadre du secteur des soins de santé, et cela complique certes la tâche consistant à cerner les coûts et les conséquences d'un programme donné, car il faut dès lors traiter avec de multiples organismes afin de réunir les données nécessaires, mais c'est la seule difficulté qui se pose. Dans la Partie 2, nous avons expliqué pourquoi il vaut mieux adopter une perspective sociale dans l'évaluation; à elle seule, cette approche garantit que la participation entière des partenaires à une intervention multisectorielle sera

reconnue et intégrée dans l'évaluation. Cela vaut même pour les interventions exécutées par un seul organisme; bon nombre d'entre elles auront des effets extérieurs qui se feront sentir en dehors du champ d'activité de l'organisme en question.

Soulignons cependant que, dans le cas des interventions multisectorielles, il est plus probable que certains des éléments qui semblent être des coûts soient en fait des ressources transférées entre organismes. Il importe donc de veiller à ne pas compter les choses deux fois.

### **Qu'en est-il des interventions comprenant de multiples composantes ou niveaux?**

Dans le cas des interventions comportant de multiples composantes, la principale question qui se pose dans l'évaluation économique concerne le choix des bons comparateurs. Prenons, par exemple, une intervention à composantes multiples conçue pour améliorer les choix alimentaires dans la cantine d'un lieu de travail. Elle pourrait comprendre la diffusion de renseignements sur les éléments nutritifs composant les aliments offerts, une politique des prix visant à encourager l'achat d'aliments plus sains, une la publicité faite au point de vente et des sessions en classe qui porteraient sur la préparation d'une nourriture saine.

À quoi devrait-on comparer cette intervention à composantes multiples? Mise à part une autre intervention pertinente (par exemple, une campagne de marketing social), on pourrait la comparer à des options comportant n'importe quelle permutation de ces composantes, ou toutes les permutations, y compris l'option consistant à ne rien faire. Cela élargit la gamme des options concevables et peut accroître énormément l'ampleur de l'évaluation (parfois au-delà des ressources dont on dispose pour faire cette dernière). Dans le présent exemple, si l'on envisage de ne rien faire, il existe 15 programmes de rechange possibles. Toutefois, rien dans cet exemple, hormis le fardeau logistique que représenterait l'exécution de tant de comparaisons, n'amoinerait expressément l'intégrité des efforts à déployer pour évaluer les coûts et les effets de ces options.

### **Les composantes font partie d'une stratégie intégrée : cela fait-il une différence?**

Comme nous en avons discuté plus haut, l'intégration peut concerner soit les composantes d'une intervention, soit les organismes participants. Par conséquent, à la lumière des arguments que nous venons de faire valoir relativement aux interventions multisectorielles ou à composantes multiples, l'évaluation d'une intervention intégrée ne présente aucun défi supplémentaire ou particulier pour l'économiste en sus de ceux auxquels fera face de toute façon l'équipe qui essaiera d'évaluer l'efficacité d'un programme.

### **La question de l'équité**

L'évaluation économique a l'efficacité (la relation entre le coût et l'extrait) pour objet principal. Comme nous le mentionnons dans la partie précédente, les règles appliquées pour décider laquelle, entre deux interventions, est la plus efficace ne prennent d'habitude pas en compte qui supporte les coûts ou qui profite le plus de l'intervention. En d'autres mots, de nombreuses évaluations économiques semblent passer outre à l'équité. À strictement parler, cela n'est pas vrai, cependant. En fait, il est impossible de laisser l'équité de côté, car on ne peut séparer ceux qui produisent les extraits

en matière de santé de ceux qui les reçoivent. Dans le domaine de la promotion de la santé, il importe de faire la distinction entre l'équité (ceux dont les besoins sont plus grands reçoivent davantage) et l'égalité (tous reçoivent la même chose). L'égalité entre en ligne de compte dans l'analyse coût-utilité conventionnelle, dans l'hypothèse selon laquelle une QALY gagnée l'est peu importe qui en bénéficie. Ainsi, une QALY est censée avoir la même valeur sociale, peu importe qui en profite : un homme ou une femme, une personne riche ou un pauvre, ou encore quelqu'un qui est déjà en bonne santé ou quelqu'un qui est gravement malade. Ce n'est là qu'un jugement de valeur parmi de nombreux autres que l'on pourrait formuler; or, les résultats de la recherche donnent à penser que ce point de vue fait peu d'adeptes (Sassi et coll., 2001).

Certains économistes ont plutôt soutenu qu'il faudrait attribuer des poids différents aux extrants reçus par différents groupes sociaux. Par conséquent, si l'on voulait favoriser les pauvres, on attribuerait un poids relatif plus élevé aux extrants reçus par eux plutôt que par d'autres groupes. Par exemple, on pourrait compter chaque année de vie pondérée par la qualité deux ou trois fois si c'était un pauvre qui en bénéficiait, ou diviser par deux ou trois le nombre de QALY attribué aux personnes dont les revenus sont les plus élevés. Comme ce concept de l'équité est tellement important dans le domaine de la promotion de la santé, une discussion explicite à cet égard entre les décideurs, les membres de la collectivité et les économistes doit faire partie du processus d'évaluation économique.

D'autres ont milité pour l'adoption d'une approche différente quant à la façon dont on demande aux gens quels résultats ils préfèrent obtenir en matière de santé, pour favoriser une démarche qui leur permet d'inclure directement leur idée sur la répartition des gains dans le domaine de la santé (Nord et coll., 1999).

Une troisième approche consiste à laisser le décideur établir le poids à attribuer aux interventions qui favorisent un groupe plutôt qu'un autre. C'est l'option la plus simple, mais elle soulève une question : les valeurs de qui sont-elles censées déterminer la décision? Le décideur se fonde-t-il sur ses valeurs ou sur celles de la collectivité au nom de laquelle il agit?

*Cependant, trois caractéristiques de la promotion de la santé ont effectivement des implications spéciales pour l'évaluation économique. Ce sont : l'importance des effets interactifs, la multiplicité des résultats et le contexte.*

### **L'intégration peut s'accompagner d'effets synergiques ou interactifs**

Les synergies réduisent les coûts de l'intervention (grâce à ce que les économistes appellent les « économies de gamme »), ou elles en accroissent l'efficacité. Par conséquent, si l'on peut mesurer les coûts et les avantages de l'intervention, on peut en général en saisir les effets synergiques. Le défi que posent les synergies existe principalement dans la conception de l'intervention, c'est-à-dire dans la conceptualisation des synergies susceptibles d'exister et des composantes de l'intervention qu'il faut intégrer afin d'exploiter les possibilités que cela engendre.

L'interprétation des résultats d'une évaluation peut elle aussi poser des problèmes, car, dans le cas des interventions à multiples composantes ou faisant appel à plusieurs organismes, l'évaluateur est toujours pressé d'essayer de désigner précisément les composantes qui ont eu l'effet désiré. Il est

possible de s'attaquer à cette question dans une évaluation économique, mais seulement si l'on peut inclure de multiples comparateurs, dont chacun comprend différents sous-groupes des composantes de la stratégie intégrée. En comparant chaque permutation des sous-composantes d'une intervention aux autres, l'évaluation économique montrera alors quelle valeur supplémentaire on obtient à mesure que l'on ajoute chaque nouvelle composante, ou en revanche, combien on perd à mesure que l'on réduit l'ampleur de l'intervention. Cependant, bien que cela soit techniquement possible, il s'agit d'une démarche difficile sur le plan logistique et coûteuse.

### **L'intervention a de multiples résultats : cela importe-t-il?**

L'existence de résultats multiples représente effectivement un défi pour quiconque fait une évaluation économique. Cela semble exclure l'analyse coût-efficacité, par exemple, car celle-ci ne peut fonctionner qu'avec des résultats uniques. Dans la mesure où les résultats ne concernant pas la santé sont importants, cela exclut aussi l'analyse coût-utilité.

Cependant, il faut exprimer une réserve ici. Il se peut que les programmes de promotion de la santé produisent des résultats multiples, mais cela ne signifie pas qu'il faille prendre tous ces derniers en compte dans chaque évaluation. Si les différentes dimensions d'un résultat évoluent toutes ensemble, par exemple, on peut se concentrer sur l'une d'elles et extrapoler les données sur les autres en sachant que cela ne déformera pas la façon dont l'évaluation économique classerait les solutions de rechange. Par ailleurs, on pourrait combiner plusieurs résultats en un seul indice. Par exemple, dans le cas du SIVEA décrit dans l'annexe 3, l'indice de renforcement des capacités incluait différentes dimensions, mais la définition opérationnelle demeurait la même.

De même, la question examinée pourrait ne nécessiter l'étude que d'un seul résultat. Si l'on compare deux façons différentes d'amener les personnes à réduire leur consommation de tabac, on peut les évaluer uniquement en fonction des taux d'abandon. En l'occurrence, le fait que le tabagisme est lié à toute une gamme de conséquences négatives pour la santé n'est pas nécessaire pour faire la distinction entre les options évaluées.

Si la multiplicité des résultats est importante (si, par exemple, une option est susceptible d'être meilleure à certains égards et pire à d'autres), l'équipe d'évaluation doit envisager un certain nombre de démarches possibles. La première consiste à employer l'analyse coûts-avantages pour confirmer la valeur relative que la collectivité accorde aux différentes dimensions du résultat. Par ailleurs, on peut faire une analyse coûts-conséquences et présenter les résultats de l'évaluation sous la forme d'un profil des changements, chaque dimension faisant l'objet d'un rapport distinct. Cette démarche montre explicitement au moins ce que chaque option coûte et les avantages qu'elle procure, mais elle ne classe clairement les diverses solutions envisagées que si tous les résultats évoluent dans la même direction. Si tel n'est pas le cas, l'analyse coûts-conséquences oblige les décideurs à peser les différentes dimensions des avantages afin de parvenir à une décision. Enfin, les décideurs pourraient s'adonner à un exercice formel d'évaluation (en adoptant, par exemple, la méthode des choix discrets) et rendre ainsi explicites les coefficients de pondération qu'ils appliqueraient au profil des résultats (Ryan et coll., 2006). Bien que cette méthode ajoute à la complexité du processus d'évaluation, elle oblige à tout le moins les décideurs à réfléchir à leurs valeurs; elle rend explicite le fondement des jugements de valeur nécessaires et elle l'assujettit à un examen minutieux.

La multiplicité des résultats complique donc la tâche des décideurs. Le danger réside alors dans le fait qu'il faut simplifier l'évaluation plus qu'on ne le devrait, en préférant un résultat à tous les autres. C'est ce que l'on a vu au Royaume-Uni, où le National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) a recommandé que les évaluations des soins de santé soient axées sur le rapport coût/QALY gagnées. Cela suppose que les résultats ne concernant pas la santé (p. ex. le renforcement des capacités) ne sont pas importants dans la promotion de la santé.

## L'importance du contexte

Parmi toutes les dimensions de la promotion de la santé qui compliquent l'évaluation économique, c'est sans doute l'importance du contexte qui présente le plus grand défi. Ici, le mot « contexte » désigne les caractéristiques du milieu où le programme de promotion de la santé est mis en œuvre.

Le contexte importe pour deux raisons. Tout d'abord, si nous empruntons la terminologie de l'épidémiologie, nous pouvons dire que le contexte peut agir comme un grand modificateur d'effets. L'efficacité d'une intervention ne sera pas la même dans les contextes A et B. Les aspects du contexte susceptibles d'être importants comprennent, entre autres, les caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé de la population, ses niveaux d'alphabétisation, les compétences et les capacités du personnel s'occupant de promouvoir la santé, et tout investissement parallèle dans des programmes qui pourraient faire complément à la nouvelle intervention (Hawe et coll., 2004). En soi, cette perception du contexte ne modifie pas la façon dont on exécuterait une évaluation économique. Les méthodes que l'on emploie pour cerner, mesurer et évaluer les coûts et les avantages de différentes interventions, et la facilité (ou la difficulté) avec laquelle on peut les appliquer, ne sont pas touchées. Ce qui est touché, c'est la déduction que l'on pourrait tirer d'une évaluation économique exécutée dans un contexte différent. Afin de pouvoir transférer à un autre contexte les conclusions tirées dans un premier contexte, il faut savoir comment les caractéristiques du contexte où l'évaluation a eu lieu diffèrent de celles du contexte où l'intervention pourrait maintenant être mise en œuvre. Par conséquent, une bonne évaluation économique doit aussi décrire suffisamment en détail le contexte local, de manière que d'autres personnes qui liraient les résultats puissent les interpréter convenablement dans le cadre de leur propre situation locale.

Le contexte est important d'une autre façon, et cela risque d'avoir d'autres conséquences d'envergure pour l'évaluation économique. Cet élément se présente quand le contexte où l'intervention est mise en œuvre « se comporte » comme s'il s'agissait d'un système complexe (Hawe, 2006).

Les systèmes complexes s'adaptent, sont imprévisibles et se caractérisent par des boucles de rétroaction et des mouvements non linéaires (Plsek et Greenhalgh, 2002). Comme auparavant, quand nous avons montré que le contexte est un modificateur d'effets, les effets d'interaction sont importants, mais en l'occurrence, ils agissent dans deux sens : les boucles de rétroaction font en sorte que les effets du programme entraînent des changements dans le contexte, puis ces derniers influent sur l'intervention, et ainsi de suite. On constate alors non seulement des résultats multiples, mais aussi des effets multiplicateurs, à mesure que les boucles de rétroaction s'intègrent dans le système (Shiell et Hawe, 1996). Cela peut être bénéfique, quand l'investissement initial dans un programme incite d'autres entités à investir dans des activités complémentaires qui se renforcent mutuellement. Cela peut

aussi être nuisible, comme c'est le cas quand les influences des pairs renforcent des comportements dangereux, par exemple.

Cela aura des implications pour le moment où l'on évaluera les coûts et les effets (car les paramètres non linéaires risquent d'entraîner des changements soudains sur les deux plans) et pour la façon dont on effectuera l'évaluation (car il faut réunir des informations sur les interactions et retracer les effets multiplicateurs) (Shiell, 2006). Toutefois, la compréhension des systèmes complexes n'est pas encore assez poussée, de sorte qu'il est trop tôt pour réfléchir à la façon dont on pourrait mieux appliquer les méthodes d'évaluation économique aux interventions dans des systèmes complexes. Ce devrait plutôt faire l'objet d'autres recherches méthodologiques que pourraient mener les économistes et les promoteurs de la santé ([www.interventionresearch.ca](http://www.interventionresearch.ca)). Entre-temps, tout comme dans les cas où le contexte agit comme un grand modificateur d'effets, il est essentiel de réunir autant de détails que possible sur le contexte où le programme est mis en œuvre, pour mieux en comprendre l'effet sur les coûts et les résultats de ce dernier. À mesure que les praticiens exécutent une intervention donnée dans un certain contexte, ils la modifient automatiquement et l'adaptent en fonction des situations particulières qu'ils rencontrent, dans l'espoir d'obtenir des résultats semblables avec des interventions similaires dans d'autres contextes. Cela aura des conséquences pour les coûts des interventions dans d'autres contextes. Dans des textes non publiés du Consortium canadien de recherche en promotion de la santé, on a proposé que les responsables de certains programmes mis à exécution dans des collectivités « non organisées » où existent des conditions défavorables du point de vue politique pourraient définir la réussite comme étant la possibilité de s'associer à des partenaires et d'établir des relations entre trois organisations, tandis que les responsables d'un autre projet de partenariat lancé dans une autre collectivité pourraient dire que la réussite correspond à la création des plusieurs co-entreprises mobilisant dix organisations. Les coûts liés aux initiatives pourraient être semblables, mais les contextes et les résultats risqueraient d'être différents. Dans ce cas, l'évaluation économique nécessitera plus qu'une description détaillée du contexte : il faudra, pour la faire, comprendre la nature de l'interaction entre le contexte, l'intervention et les résultats.

## Résumé et conclusions

D'aucuns ont soutenu que les programmes de promotion de la santé sont souvent complexes parce qu'ils comportent plusieurs niveaux, sont multisectoriels et visent à produire des résultats multiples. Ces caractéristiques des bons efforts de promotion de la santé en rendent l'évaluation économique un peu plus difficile que si elles n'existaient pas. La portée de l'évaluation grandit, car il faut décider quel devrait être le meilleur jeu de comparateurs pour une intervention comprenant elle-même de multiples volets. Les méthodes actuelles d'évaluation économique dans le domaine de la santé ne conviennent pas bien aux interventions dans le cadre desquelles d'importantes composantes de l'efficacité ne sont pas des améliorations de la santé, ou encore dans les cas où la mesure des améliorations de la santé fait problème. Plus le nombre d'organismes participants est grand, plus il devient difficile de retracer chaque élément de coût. En fait, dans le cas des programmes faisant intervenir d'autres organismes, on risque même d'avoir du mal à décider s'il faut attribuer tel ou tel coût ou tel ou tel avantage au programme, ou si le coût ou l'avantage en question se serait produit de toute façon.

Ces aspects de la promotion de la santé compliquent l'évaluation économique, mais les problèmes qui se poseront n'ont essentiellement rien de différent par rapport à ceux auxquels se heurterait

quiconque tenterait d'évaluer l'efficacité d'un programme. En d'autres mots, les caractéristiques particulières de la promotion de la santé qui servent à la distinguer de la prévention des maladies et des soins cliniques n'ont pas de rapport spécial avec l'évaluation économique comme telle.

Cependant, si l'on devait désigner un paramètre important, ce serait l'effet que le contexte a sur l'évaluation économique des programmes de promotion de la santé, surtout quand on considère le contexte comme étant un système complexe. Les collectivités de quartier, les lieux de travail, les écoles et d'autres milieux du genre sont tous des exemples de systèmes complexes. Il se peut (bien qu'on n'ait encore rien décidé à cet égard) que cela nécessite une nouvelle approche de l'évaluation économique. Il s'agit essentiellement d'une question empirique : en d'autres mots, il faut voir si oui ou non l'utilisation de méthodes d'évaluation économique élaborées pour servir dans le cas d'interventions cliniques relativement simples déforme effectivement l'évaluation des programmes de promotion de la santé. Cela fait l'objet d'un nouveau programme de recherche sur l'évaluation économique des efforts de promotion de la santé qui est mené par l'intermédiaire du Population Health Intervention Research Centre, à l'Université de Calgary, et de l'International Collaboration on Complex Interventions (ICCI) ([www.interventionresearch.ca](http://www.interventionresearch.ca)).



# Utilisation des résultats

# 5

Le principal objet de l'évaluation est de fournir des renseignements utiles au processus décisionnel; or, chaque processus qui comporte la prise de décisions politiques et publiques suppose des communications. La communication des résultats de l'évaluation aux décideurs est un aspect aussi essentiel du rôle de l'équipe d'évaluation que celui consistant à faire en sorte que les résultats de l'évaluation et leur analyse soient corrects.

Nous décrirons ici des stratégies de communication efficaces ainsi que les mécanismes et les outils que l'on peut employer pour en élaborer une grâce à laquelle les différents acteurs et intervenants pourront utiliser les renseignements le mieux possible, et pour créer aussi des stratégies de promotion destinées à influencer sur les décisions de ces personnes.

## Comment procède-t-on?

Il faut percevoir la communication comme une stratégie faisant partie du processus d'évaluation et conçue pour faire en sorte que l'évaluation réponde aux critères, aux attentes et aux besoins des décideurs. Cette stratégie fait appel à des techniques visant non seulement à faciliter le processus décisionnel fondé sur les résultats, mais aussi à favoriser la compréhension des éléments suivants : les décisions à prendre, le raisonnement sur lequel repose la prise des décisions, les renseignements qui conviennent le mieux, le moment où l'on doit les communiquer et le genre de présentation à utiliser pour ce faire.

Au lieu de réduire la communication à la diffusion, à la distribution ou encore à la publication du rapport final de l'évaluation, l'équipe doit y voir une activité planifiée qui exige le recours à divers médias et stratégies.



Il n'existe aucun consensus sur la façon dont il convient de communiquer les résultats d'une évaluation, mais il y a des étapes à franchir qui contribueront assurément à l'établissement d'un plan de communication structuré et efficace :

***1/ Savoir qui sont les décideurs et quels renseignements sur l'évaluation les intéressent ou leur sont nécessaires.***

Il est important de savoir exactement quels décideurs nourrissent des attentes au sujet de l'évaluation et, surtout, quelles sont ces attentes. Il est nécessaire de se renseigner sur les intérêts des décideurs et sur ce qu'ils comptent faire avec l'évaluation (par exemple, quelles décisions espèrent-ils prendre ou espère-t-on qu'ils prendront, quand et dans quel contexte et quelles sont leurs principales préoccupations?).

***2/ Définir les objectifs de la communication et du lobbying en fonction du but de l'évaluation, des fins auxquelles elle pourrait servir, des catégories de décideurs qui interviendront, de leurs intérêts ou de leurs besoins.***

En sachant bien ce que les décideurs comptent faire des résultats de l'évaluation, ou en connaissant les attentes qu'ils nourrissent à l'égard de cette dernière, on pourra mieux fixer des objectifs pertinents pour le processus de communication et en garantir l'efficacité.

Cependant, il ne suffit pas de savoir exactement avec qui on communique, ce qu'on lui communique et comment. Les moments et les occasions choisis pour communiquer les résultats constituent aussi des éléments décisifs à prendre en compte pour que les renseignements et le processus décisionnel portent fruit et aboutissent au plan d'action recommandé si le rapport d'évaluation est adopté. En général, l'échéancier technique ne coïncide pas avec l'échéancier des décisions politiques, et il arrive souvent que la communication ait lieu trop tard.

Les décideurs risquent tout autant d'être pressés de prendre des décisions rapides que de faire face à des délais, mais il convient de souligner qu'ils ont en général du mal à reporter ou à suspendre une tâche simplement parce qu'ils n'ont pas les renseignements nécessaires. Par conséquent, le choix du moment où l'on présentera les résultats doit constituer un aspect clé de la conception de l'évaluation.

Si l'on exécute une évaluation économique des programmes de promotion de la santé dans une perspective sociale, c'est que l'on suppose un intérêt éventuel de la part de la société. Les décideurs forment l'auditoire principal, mais les bénéficiaires de l'intervention, ou le groupe visé, pourraient aussi être les utilisateurs de l'évaluation.

Afin de choisir les bons mécanismes de communication, il est nécessaire de prendre en considération, outre l'objectif de l'évaluation, le genre de question à laquelle celle-ci cherche à répondre et l'utilisation prévue de l'évaluation, surtout si elle est exécutée pour appuyer des personnes qui veulent militer en faveur de programmes de promotion de la santé, comme c'est souvent le cas. La présentation, le langage et le mécanisme doivent être adaptés à chaque auditoire, y compris l'ensemble de la société, et être utilisables par les lobbyistes. On recommande d'employer des présentations différentes pour des auditoires différents. Deux genres de publications sont généralement considérées comme étant très

utiles pour partager les résultats d'une évaluation dans les milieux universitaires et politiques : les articles scientifiques paraissant dans des publications répertoriées et les rapports techniques. Cependant, il importe de ne pas trop mettre l'accent sur ces ouvrages, car ils deviennent rapidement les seuls moyens de communication. Les articles scientifiques sont assujettis à des restrictions considérables quant à la longueur, restrictions qui empêchent l'auteur de fournir les longs commentaires et explications dont les décideurs ont besoin. Ils sont conçus pour présenter les aspects généraux d'une étude et, dans bien des cas, ils sont utiles aux lobbyistes, mais ils ne répondent pas aux besoins des décideurs. Un rapport technique qui est destiné aux décideurs doit comprendre tous les commentaires, observations et explications que l'équipe juge importants et il doit détailler tout le processus d'évaluation.

D'un autre côté, il est essentiel de présenter les résultats de l'évaluation d'une façon qui inspirera confiance aux décideurs de manière que ceux-ci soient convaincus qu'ils risquent très peu en fondant leurs décisions sur ces résultats. Il y a un outil qui permet de savoir plus facilement si l'évaluation économique a été exécutée convenablement : c'est une liste de vérification qui donne un aperçu de tout le processus. Il existe plusieurs bons modèles, y compris celui fourni par Drummond et ses collègues (1997) et d'autres que l'on peut trouver sur Internet, par exemple les listes fournies par le *British Medical Journal* et d'autres revues spécialisées qui s'en servent pour répertorier les articles et évaluer la qualité des données obtenues et la crédibilité de l'évaluation (voir l'annexe 5).

La qualité d'une évaluation économique dépend de la transparence des résultats et de l'ordre suivant lequel elle a été exécutée. Il faut avoir franchi toutes les étapes, dans le bon ordre, et la séquence doit correspondre à la description présentée dans le présent guide.

**Définition du problème :** Il faut définir clairement le problème qui justifie l'exécution de l'évaluation économique et bien présenter la perspective et les divers comparateurs. De même, on doit décrire les caractéristiques de l'intervention envisagée et les options de comparaison.

**Collecte des données :** Il est très important que les décideurs connaissent les sources des données et les détails relatifs aux quantités et aux caractéristiques des données obtenues. Dans certains cas, il faut peut-être protéger les renseignements confidentiels de l'établissement, mais il est nécessaire d'expliquer le processus de collecte et de préciser à quel point les données sont fiables. Il convient aussi de faire une analyse de sensibilité pour établir si des changements dans les principales variables influeraient considérablement sur les résultats finaux.

**Analyse des résultats :** Afin que les résultats soient analysés de la bonne manière, on doit présenter clairement chacun des indicateurs obtenus. Il importe aussi de décrire avec exactitude l'horizon temporel, le coefficient d'actualisation employé, les variables assujetties à une analyse de sensibilité, les résultats de cette dernière et les paramètres de l'évaluation économique (p. ex. le ratio coûts-avantages).

Afin de régler le problème de l'incertitude, il importe de décrire les variables employées dans l'analyse de sensibilité et les raisons pour lesquelles on les a choisies, en précisant quelles variables influent le plus sur les résultats et si l'analyse montre que les résultats de l'évaluation demeureront valides au fil du temps. L'analyse de sensibilité doit donner aux décideurs des renseignements sur le degré d'incertitude qui ira de pair avec telle ou telle option.

Enfin, les options offertes aux décideurs doivent être claires. Il se peut que l'évaluation économique ne produise aucun résultat concluant, mais elle doit leur procurer des outils et des critères valables qui leur permettront de prendre une décision.

### Le rapport général

La présentation de l'analyse doit être claire et aider à reproduire les calculs si cela est nécessaire. Pour cela, il faut :

- expliquer les modèles et les hypothèses employés;
- présenter les résultats détaillés;
- présenter clairement l'analyse statistique et l'analyse de sensibilité;
- présenter clairement toutes les limites de l'analyse;
- expliquer comment les résultats peuvent contribuer au processus décisionnel;
- expliquer les hypothèses employées en matière d'équité et toute autre considération relative à la répartition des avantages.

## Évaluation et décisions

L'expérience de certains pays a montré que certains éléments permettent aux décideurs d'utiliser les résultats de l'évaluation et de la recherche ou les aident en ce sens.

Il est utile d'établir un rapport entre les problèmes des personnes et les solutions (rédigez les résultats de l'intervention comme s'il s'agissait d'un récit qui montre les effets de cette dernière sur la vie des bénéficiaires, ou intégrez des récits personnels dans les résultats de l'évaluation pour mettre en lumière l'efficacité de celle-ci).

Il est utile de présenter un rapport sous une forme intéressante que pourront utiliser facilement les groupes, les collectivités et les organisations souhaitant utiliser les renseignements pour militer en faveur des processus qu'ils ont amorcés.

Il est important de faire participer les décideurs dès le début au processus d'évaluation (comme nous l'avons recommandé dans le présent guide), car en voyant que leur intérêt est pris en compte dans le questionnaire d'évaluation, ils seront davantage portés et résolus à en utiliser les résultats.

Nous recommandons de rendre compte des résultats sous diverses formes : un condensé très court destiné aux cadres supérieurs (en général, ce sont des personnes très occupées); un rapport technique très détaillé et rigoureux destiné aux conseillers professionnels des décideurs, aux groupes universitaires et à d'autres équipes d'évaluation qui voudront connaître les détails de l'évaluation et mesurer la qualité et la fiabilité des résultats; une version simple pour présenter ces derniers à la collectivité où l'intervention a eu lieu, aux professionnels qui y ont participé et au grand public. Il est également utile de préparer des documents sous forme électronique ou enregistrée pour les conférences et les exposés.

Assurez-vous que les conclusions font écho au programme politique de l'heure, afin d'influer sur lui. Cela risque d'être très difficile dans les contextes de la santé publique et de la promotion de la santé,

car l'objet principal de l'évaluation n'est souvent ni une priorité politique, ni un thème populaire auprès de vastes segments de la société (par exemple l'interdiction de fumer dans les lieux publics, ou la réglementation de l'industrie alimentaire, etc.).

L'équipe d'évaluation ne doit pas nourrir trop d'attentes quant à l'utilisation que les décideurs feront des résultats. Les faits montrent que le pourcentage des évaluations qui sont utilisées dans le cadre du processus décisionnel est plutôt faible.

Des politiques et d'autres décideurs voudront peut-être que l'équipe d'évaluation appuie leur décision publiquement. Cela risque d'être difficile pour certains groupes universitaires soucieux de conserver leur objectivité et leur indépendance politique.

Les évaluations économiques qui comparent des interventions de diverses natures entre elles ont été très utiles dans le passé, car elles permettent de montrer, par exemple, qu'un investissement dans un programme visant à réduire la consommation de tabac pourrait contribuer davantage à sauver des vies humaines que l'amélioration d'un dangereux tronçon de route.

Enfin, il est essentiel de présenter un rapport de qualité sur l'évaluation économique, car les décideurs ont généralement accès à des conseillers qui connaissent le dossier et qui sont capables de mesurer la fiabilité des résultats et la valeur de l'étude.

### **Aspects particuliers propres au contexte de la promotion de la santé**

Quelle que soit la situation, les décideurs définissent différemment le problème et la solution par rapport aux économistes et aux promoteurs de la santé. Le secret consiste donc à créer les conditions favorables à un dialogue entre tous les acteurs. Quelle est la meilleure façon de mener une discussion avec d'autres quand les valeurs, la définition du problème et les solutions éventuelles risquent d'être différentes? Un élément fondamental consiste à faire participer tous les acteurs au dialogue dès le début du processus d'évaluation économique, de manière que tous s'attendent à ce que la discussion porte sur des options différentes. En second lieu, les promoteurs de la santé et les économistes doivent songer à la façon de présenter un jeu restreint et clair d'options aux fins de la discussion, malgré l'existence de nombreux résultats et calculs. C'est particulièrement le cas quand il y a plusieurs comparateurs, que de nombreuses valeurs sont incertaines et que l'analyse de sensibilité est volumineuse. Dans le présent guide, nous avons proposé plusieurs solutions pour faire en sorte que la présentation de l'information demeure gérable.



# Bibliographie

Brooks R. EuroQol, « The current state of play », *Health Policy*, 1996, 37, p. 53-72.

Briggs A., Gray A., « Handling uncertainty in economic evaluations of healthcare interventions », *British Medical Journal*, 1999, 319, p. 635-638.

Briggs A.H., O'Brien B.J., Blackhouse G., « Thinking outside the box: recent advances in the analysis and presentation of uncertainty in cost-effectiveness analysis », *Annual Reviews of Public Health*, 2002, 23, p. 377-401.

Burrows R., Bunton R., Muncer S., Gillen K., « The efficacy of health promotion, health economics and late modernism », *Health Education Research*, 1995, 10, p. 241-249.

Campbell M., Fitzpatrick R., Haines A., Kinmonth A.-L., Sandercock P., Spiegelhalter D., Tyrer P., « Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health », *British Medical Journal*, 2000, 321, p. 694-696.

CEDETES, Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública, 2003. Evaluación Económica en Promoción de la Salud en América Latina, Informe preliminar, Cali (Colombie).

Coast J., « Is economic evaluation in touch with society's health values? », *British Medical Journal*, 2004, 329, p. 1233-1236.

Drummond M.E., O'Brien B., Stoddart G.L., Torrance G.W., *Méthodes d'évaluation économique des programmes de santé*, 2e éd., Oxford, Oxford University Press, 1997.



Gold L., Shiell A., Hawe P., Riley T., Rankin B., Smithers P., « The costs of a community-based intervention to promote maternal health », *Health Education Research* (sous presse).

Gold M.R., Siegel J.E., Russell L.B., Weinstein M.C. (sous la dir. de), *Cost Effectiveness in Health and Medicine*. New York, Oxford University Press, 1996.

Drummond M.F., Jefferson T.O., « Guidelines for authors and peer reviewers of economic submissions to the BMJ », *British Medical Journal*, 1996, 313, p. 275–283.

Hale J., « What contribution can health economics make to health promotion? », *Health Promotion International*, 2000, 15, p. 341-348.

Hawe P., « Community intervention theory: a shift from 'program' thinking to 'system' thinking », présentation faite à la 66e Assemblée annuelle de la Society for Applied Anthropology, Vancouver, mars 2006.

Hawe P., Shiell A., Riley T., Gold L., « Methods for exploring implementation variation and local context within a cluster randomised community intervention trial », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2004, 58, p. 788-793.

Jan S., Mooney G., « The outcomes of health promotion: are QALYs enough? », *Health Promotion Journal of Australia*, 1997, 7, p. 88-90.

Nord E., Pinto J.-L., Richardson J., Menzel P., Ubel P., « Incorporating societal concern for fairness in numerical valuations of health programs », *Health Economics*, 1999, 8, p. 25-35.

Macintyre S., « Evidence based policymaking: impact on inequalities still needs to be addressed », *British Medical Journal*, 2003, 326, p. 5-6.

Mortimer D., Segal L., « Economic evaluation of interventions for problem drinking and alcohol dependence: Cost per QALY estimates », *Alcohol & Alcoholism*, 2005, 40, p. 549-555.

Organisation mondiale de la santé, *Glossaire de la promotion de la santé*, OMS, Copenhague, 1998.

Plsek P.E., Greenhalgh T., « The challenge of complexity in healthcare », *British Medical Journal*, 2001, 323, p. 625-628.

Riley T., Hawe P., Shiell A., « Contested ground: how should qualitative evaluative research inform the conduct of a community randomized trial? », *Journal of Health Services Research & Policy*, 2005, 10, p. 103-110.

Rush B., Shiell A., Hawe P.A., « Census of economic evaluations in health promotion », *Health Education Research*, 2004, 19, p. 707-719.

Ryan M., Gerard K., Currie G., « Using discrete choice experiments in health economics », dans Jones A.M. (sous la dir. de), *The Elgar Companion to Health Economics*, Edward Elgar, 2006.

Rychetnik L., Frommer M., Hawe P., Shiell A., « Criteria for evaluating evidence of public health interventions », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56, p. 119-127.

Sassi F., Archard L., Le Grand J., *Equity and the economic evaluation of healthcare*, Health Technology Assessment, 2001, 5(3).

Sen A., « Isolation, assurance and the social rate of discount », *Quarterly Journal of Economics*, 1967, 82, p. 135-146.

Shiell A., « Capturing costs and consequences of changes in complex systems », exposé devant le MRC Public Health Sciences Research Network, Londres, mai 2006.

Shiell A., Hawe P., « Health promotion, community development and the tyranny of individualism », *Health Economics*, 1995, 5, p. 241-247.

Tolley K., *Health Promotion: How to Measure Cost-Effectiveness*, Londres, Health Education Authority, 1993.

Wallerstein N., « Powerlessness, empowerment and health: implications for health promotion programs », *American Journal of Health Promotion*, 1992, 6, p. 197-205.

Williams A., « QALYs and ethics: a health economics perspective », *Social Science and Medicine*, 1996, 43, p. 1795-1804.



# Annexes

## ANNEXE 1 Glossaire

**Méthode d'évaluation des contingences** : Méthode utilisée pour attribuer des valeurs monétaires aux avantages de programmes de promotion de la santé, de manière qu'une analyse coûts-avantages puisse avoir lieu. Les deux principales approches de l'évaluation des contingences sont appelées *volonté de payer* et *expériences avec choix discrets*. Dans le premier cas, on trouve les valeurs monétaires en demandant directement aux gens combien ils paieraient pour obtenir les avantages du programme (ou de l'intervention). Dans le deuxième cas, on présente aux gens une série de scénarios jumelés, chaque paire décrivant une configuration différente du service évalué, et on leur demande d'indiquer quel scénario ils préfèrent dans chaque paire. Si le coût du service est inclus parmi les attributs, on peut estimer statistiquement les valeurs relatives à la volonté de payer à partir des réponses.

**Analyse coûts-avantages** : Forme d'évaluation économique dans laquelle on donne une valeur monétaire à tous les résultats dignes de mention, de manière qu'ils puissent être comparés aux coûts. On emploie souvent l'expression à tort pour désigner les évaluations dans le cadre desquelles seuls les effets monétaires sont mesurés.

**Analyse coût-efficacité** : Forme d'évaluation économique dans laquelle les avantages des options comparées entre elles sont mesurés en unités naturelles telles que le nombre d'années de vie gagnées ou le nombre de cas de maladie prévenus.

**Analyse coût-utilité** : Forme d'évaluation économique dans laquelle les résultats en matière de santé sont exprimés en fonction d'un seul paramètre, par exemple les *années de vie pondérées par la qualité*.



**Actualisation** : Le mot désigne le rajustement des coûts et des avantages enregistrés à différents moments dans le temps, de manière que l'on puisse les comparer entre eux comme s'ils s'étaient tous produits dans la même période. Cela est important, étant donné que, comme on le sait bien, les gens préfèrent reporter les coûts à plus tard et profiter des avantages immédiatement (préférence temporelle). Le **taux d'actualisation** est le taux auquel les coûts et les avantages à venir sont actualisés. Plus le taux est élevé, plus la valeur de ces coûts et avantages est réduite.

**Effizienz économique** : L'expression décrit la relation entre ce que l'on investit dans une intervention (les ressources ou les coûts) et ce qui en résulte (les avantages, extrants ou résultats). Quiconque se soucie de l'**effizienz technique** se préoccupe de bien faire les choses, sans gaspillage. Quiconque pratique l'**effizienz allocative** a à cœur de faire la bonne chose.

**Équité** : Il s'agit ici de répartir équitablement les coûts ou les avantages d'une intervention. En d'autres mots, la question de savoir qui paie les frais et qui profite de l'intervention importe. On distingue l'**équité horizontale** et l'**équité verticale**. La première désigne le traitement juste de personnes qui sont égales entre elles (ex. : la répartition égale de ressources entre des régions géographiques). La seconde correspond au traitement juste de personnes qui sont inégales entre elles (ex. : s'assurer que toute distribution supplémentaire de ressources à des personnes souffrant de privations sur le plan social suffira pour compenser leurs besoins plus grands).

**Évaluation économique** : Évaluation comparative des coûts et des avantages des interventions visant à améliorer la santé. Les différentes formes d'évaluation économique (**analyse coûts-avantages**, analyse coûts-conséquences, **analyse coût-efficacité**, analyse de minimisation des coûts et **analyse coût-utilité**) s'opèrent toutes dans le même cadre. Dans tous les cas, on évalue les coûts de la même façon, mais d'une forme à l'autre, la manière dont les résultats ou les avantages des interventions sont inclus dans l'évaluation varie. Cela influe sur les genres de questions auxquelles chaque technique permet de répondre.

**Mesure d'utilité en matière de santé** : On désigne par là les processus employés pour obtenir les préférences que les gens ont à l'égard de diverses dimensions de la qualité de vie, de manière à pouvoir déduire le nombre d'**années de vie pondérées par la qualité**. Les deux méthodes les plus populaires sont la technique du **pari standard** et l'**arbitrage temporel** (time trade-off).

**Coût différentiel** : La différence entre le coût de l'intervention et celle du comparateur.

**Ratio coût-efficacité différentiel** : Différence d'efficacité entre l'intervention et le comparateur, divisée par la différence enregistrée au chapitre des coûts.

**Coût marginal** : L'expression désigne l'évolution des coûts à mesure que l'ampleur de l'intervention grandit. Par exemple, si la vaccination de 100 enfants coûte 1 000 \$ et que celle de 110 enfants coûte 1 050 \$, le coût marginal de l'administration des 10 vaccins supplémentaires n'est que de 5 \$ par enfant. On confond souvent ce concept avec celui du **coût différentiel**.

**Coût de renonciation :** C'est là un concept fondamental en économique. Il désigne ce à quoi l'on doit renoncer pour faire quelque chose. Le coût de renonciation d'une intervention visant à promouvoir la santé est égal à la valeur du plan de rechange le plus coûteux auquel on renonce.

**Année de vie pondérée par la qualité :** C'est une mesure sommaire de l'amélioration de la santé qui allie l'accroissement de l'espérance de vie à une évaluation de la qualité des années de vie supplémentaires. C'est le critère de mesure le plus couramment employé dans les analyses coût-utilité. L'avantage de cette démarche réside dans le fait qu'elle permet de comparer l'efficacité de diverses interventions que l'on n'aurait pas pu comparer entre elles autrement en raison des différentes dimensions de la santé sur lesquelles chacune influe.

**Évaluation réaliste :** On pose ici la question de savoir quels éléments d'une intervention font qu'elle donne de bons résultats, et pourquoi il en est ainsi, auprès de certaines personnes dans certaines circonstances, et non auprès d'autres personnes. Il s'agit de découvrir la théorie sous-jacente qui établit un lien entre le contexte d'une intervention, le « mécanisme » de l'intervention et les résultats. Cette démarche essaie de prendre en compte la dynamique des phénomènes sociaux et d'élaborer des micro-théories pour mieux expliquer comment et pourquoi les changements observés se produisent quand une intervention donnée est exécutée dans un certain contexte. (Pawson et Tilley, 1997)

**Analyse de sensibilité :** C'est le processus par lequel on refait l'estimation de l'efficacité économique après avoir donné à de nombreuses variables dans l'évaluation des valeurs faibles et élevées. L'objectif consiste ici à extrapoler le plus possible l'estimation pour voir à quel point les conclusions peuvent résister si l'on utilise des valeurs critiques dans des hypothèses clés. Ainsi, on pourrait utiliser le taux d'actualisation recommandé de 3 p. 100 dans le cas de référence, mais refaire l'évaluation avec des taux de 0 p. 100 et de 10 p. 100 pour voir comment les résultats réagissent à des hypothèses différentes au sujet du meilleur taux à utiliser.

**Technique du pari standard :** C'est là une des nombreuses méthodes dont on peut se servir pour connaître la valeur que les gens accordent à diverses dimensions de la santé (p. ex. la mobilité par rapport à une vie sans douleur). On donne une série de choix au répondant : il peut demeurer dans un état de santé (ou un mauvais état de santé) donné (par exemple vivre avec une douleur modérée qui limite sa capacité de travailler) pendant un certain temps, ou opter pour une solution risquée en vertu de laquelle, étant donné certaines probabilités, l'issue sera un bon état de santé ou la mort. On rajuste la probabilité d'un bon état de santé en fonction des préférences du répondant jusqu'à ce qu'il ne soit plus capable de décider laquelle des deux options est la meilleure. À ce stade-là, la probabilité donne une idée de la valeur de l'état de santé en question par rapport à un bon état de santé.

**Systématisation (documentation systématique d'expériences et de projets et réflexions sur eux) :** On a défini la systématisation comme étant un effort intentionnel que l'on déploie pour comprendre et transformer la pratique. Systématiser, c'est comprendre ce qui a été fait et comment et c'est prendre conscience des différents stades du processus, des facteurs déterminants et de ce qui les a suscités, de la raison pour laquelle l'expérience ou la pratique a été exécutée d'une certaine façon et non d'une autre, des changements qui se sont produits et de la question de savoir si ces changements étaient prévus dans le processus de transformation (Rodríguez et collègues, 1999). Le même auteur a aussi défini la systématisation comme suit : « Le processus qui aboutit à un apprentissage conceptuel et

formatif fondé sur l'interprétation critique du vécu; on fait cette interprétation en établissant des liens entre les visions objective et subjective de ceux qui ont participé directement ou non à l'expérience, entre les processus immédiats et leurs contextes respectifs, et entre la pratique et les hypothèses théoriques qui l'ont inspirée et les relations entre hommes et femmes. » (Rodríguez, 1999).

**Arbitrage temporel (technique dite du « trade-off ») :** Comme la technique du pari standard, l'arbitrage temporel peut servir à connaître la valeur que les gens accordent à différentes dimensions de la santé (la mobilité par rapport à une vie sans douleur, par exemple). On donne une série de choix au répondant : il peut vivre pendant un certain temps dans un état de santé donné (par exemple vivre pendant 20 ans en éprouvant des douleurs modérées qui limitent sa capacité de travailler), ou vivre moins longtemps dans un bon état de santé. Le nombre d'années vécues en bonne santé est rajusté en fonction des préférences du répondant jusqu'à ce qu'il ne puisse plus dire laquelle des deux options est la meilleure. À ce stade-ci, le nombre d'années vécues en bonne santé, exprimé comme étant une fraction du nombre d'années vécues dans un certain état de santé précisé, donne une idée de la valeur de ce dernier état.

## ANNEXE 2 Évaluation des interventions visant à promouvoir la santé

### Introduction

L'évaluation de l'efficacité en matière de promotion de la santé constitue non seulement un moyen de renforcer la théorie et la pratique dans ce domaine, mais aussi un défi technique et politique se rapportant à la façon de soutenir les décisions prises pour améliorer la santé et le bien-être de la population. Les débats sur le sujet, les textes publiés là-dessus, les efforts faits pour évaluer l'efficacité des programmes mis sur pied et les nouvelles démarches qui rendent compte des défis méthodologiques et éthiques montrent l'importance grandissante de la promotion de la santé au cours des dernières décennies (Speller, 1997; McQueen, 2000; McDonald, Veen et Tones, 1996; OMS, 2001)<sup>i ii iii iv</sup>.

Les études d'efficacité menées dans des conditions contrôlées contribuent grandement à cerner la causalité et les éléments probants; le problème tient à ce que les éléments probants et les régimes d'évaluation actuels se limitent presque entièrement à des études de ce genre; très peu de « recherches sur l'efficacité » ont pour objet d'étudier les programmes dans des conditions typiques plutôt que dans des conditions optimales ou contrôlées.

L'examen systématique *des faits relatifs à l'efficacité de la promotion de la santé en Amérique latine* (de Salazar, Vélez et Ortiz, 2003)<sup>vi</sup>, qui a été exécuté dans le cadre d'un projet parrainé par l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES<sup>vii</sup>), a montré que l'évaluation en Amérique latine s'est caractérisée par un manque de pertinence des questions posées et par la faiblesse de sa conception. En outre, les évaluations exécutées dans le domaine de la promotion de la santé ont répondu davantage à des intérêts universitaires qu'aux besoins des décideurs et des personnes chargées de gérer les programmes et de répartir les ressources. Cela explique peut-être en partie pourquoi on ne tient habituellement pas compte de tant de résultats de ces évaluations, mêmes de celles qui sont très bien conçues, quand les décisions sont prises.

Par conséquent, il faut repenser des aspects clés de l'évaluation de l'efficacité, dans le contexte de la promotion de la santé, et se pencher sur les questions suivantes, par exemple : a) Qu'est-ce qui compte comme étant un élément probant, et dans quel contexte? b) Quels modèles d'évaluation prennent-ils en considération la nature complexe des interventions visant à promouvoir la santé? c) Comment peut-on appliquer les résultats d'une évaluation faite dans un contexte à un autre? d) Quels modèles d'évaluation sont-ils les plus utiles aux décideurs?

Au lieu de se limiter à décrire les différentes techniques d'évaluation, la présente annexe a pour objet d'examiner les questions liées aux principaux défis qui se posent quand on exécute une évaluation de l'efficacité dans le contexte de la promotion de la santé et quand on choisit pour cela une technique particulière. Nous espérons que cette réflexion sur ces thèmes contribuera à l'élaboration de méthodologies susceptibles de répondre aux attentes des planificateurs, des exécutants, des chercheurs et des décideurs.

## Questions clés concernant l'évaluation de l'efficacité dans le contexte de la promotion de la santé

Étant donné ce qui a été dit sur les programmes de promotion de la santé et sur leur efficacité, nous formulons ci-après les questions les plus pertinentes sur les techniques d'évaluation et sur leur utilité dans le processus décisionnel.

### 1. Qu'est-ce qui compte comme étant un élément probant, quand, pour qui et dans quel contexte?

Rychetnik (2004)<sup>viii</sup> définit un élément probant comme étant « un fait ou un témoignage qui étaye une conclusion, une déclaration ou une croyance » et « quelque chose qui sert de preuve ». La preuve repose donc sur l'hypothèse suivante : les évaluations établissent si les effets prévus des interventions se concrétisent dans la pratique et elles révèlent les effets imprévus.

Les éléments de preuve ont été considérés comme résultant de recherches tant quantitatives que qualitatives. Pour McQueen (2000), ils se limitent souvent à des données quantitatives tirées de grands échantillons et de modèles expérimentaux aléatoires, mais la complexité inhérente des programmes de promotion de la santé n'est alors pas prise en compte. De leur côté, Irena Madjar et Jo Ann Walton (2001)<sup>ix</sup> militent en faveur d'une notion large de la preuve, notion qui inclut la recherche qualitative. Selon cette notion, le vécu (descriptions de cas concrets) améliore la compréhension du comportement humain, favorise la réflexion holistique et offre des données contextuelles. L'évaluation répondante est perçue par Guba et ses collaborateurs (Guba et Lincoln, 1989; Stake, 1975; Stake et Abma, 2005)<sup>x xi xii xiii</sup> comme une forme d'évaluation qui engendre des éléments probants qualitatifs relatifs à l'efficacité des programmes.

Selon l'OMS, la preuve est fonction du contexte<sup>xiv</sup>, et les politiques et décisions devraient reposer sur de bons éléments probants mis en contexte. Cela implique que « la preuve est plurielle et qu'il faut harmoniser l'applicabilité de bons éléments de preuve globaux avec la réalité locale ». Cette question soulève d'autres genres de préoccupations : a) À quel point la preuve de l'efficacité, en matière de promotion de la santé, est-elle censée être normalisée, utile et généralisable? b) La définition de la preuve doit-elle être souple et modifiée en fonction du genre d'enquête ou du contexte où les décisions seront prises? c) Comment la définition de la preuve peut-elle s'adapter à l'évaluation de l'efficacité des interventions sociales complexes et aux demandes d'information émanant des décideurs?

*Des éléments de preuve pour quoi et pour qui?* Ray et ses collaborateurs<sup>xv</sup> ont attiré l'attention sur les côtés politique et éthique de l'évaluation de l'efficacité en posant la question suivante : qui décide ce qui compte comme étant un élément probant et ce que sont les bons indicateurs et les normes appropriées dans les évaluations des programmes de santé? L'autre préoccupation concerne la façon dont différents acteurs peuvent arriver à s'entendre sur des critères pour établir l'efficacité d'une intervention qui profite à chacun d'eux d'une façon différente. Tout le monde sait qu'il existe de vastes différences entre les manières dont l'efficacité d'une intervention est mesurée par ceux qui la mettent en œuvre, par les commanditaires financiers, par le grand public et par les décideurs.

## 2. Comment les techniques d'évaluation peuvent-elles tenir compte de la nature complexe des interventions visant à promouvoir la santé?

Quand on définit l'évaluation comme étant « un processus qui tente de déterminer le plus systématiquement et objectivement possible l'opportunité, l'efficacité et l'effet d'activités à la lumière de leurs objectifs<sup>xvi</sup> », elle ne se penche pas sur les rapports entre le contexte, le processus et les résultats. Dans le domaine de la promotion de la santé, la plupart des techniques d'évaluation n'abordent pas la complexité des interventions; au contraire, les évaluateurs simplifient les interventions et en rajustent les paramètres pour les faire correspondre aux critères de recherche quantitatifs établis. Ce faisant, ils déforment la réalité et réduisent l'utilité des résultats.

Comme on a considéré les interventions de promotion de la santé comme étant une combinaison de processus (renforcement des capacités, action communautaire et démarches politiques) visant à produire des résultats qui améliorent ou maintiennent l'état de santé, leur évaluation devrait porter autant sur l'évolution et l'efficacité des processus que sur leurs effets sur la santé et le bien-être des populations. L'étude des processus, outre qu'elle offre des renseignements aux fins de la réorientation des programmes et des interventions, devient l'atout primordial pour comprendre et expliquer les constatations et définir les conditions nécessaires pour que les interventions fonctionnent. Le défi consiste à prendre en considération la dynamique des phénomènes sociaux et à formuler des explications qui montreront comment et pourquoi les changements observés ont eu lieu quand une intervention donnée a été exécutée dans un certain contexte.

Par conséquent, bien qu'il y ait deux grandes dimensions de l'efficacité dans l'évaluation des interventions de promotion de la santé, soit une qui met l'accent sur les effets et les résultats et une autre sur le processus suivi pour améliorer la capacité des personnes, des établissements et des gouvernements de passer à l'action, il faut aussi prendre en compte le contexte et la complexité de l'intervention. Rychetnik (2004) fait valoir que la vérification d'hypothèses n'est pas l'objectif de la recherche sur les évaluations et qu'il faut s'efforcer de comprendre les rapports entre les variables étudiées (facteurs de risque et conditions influant sur les interventions et leurs effets). Une importante variable à inclure dans l'évaluation de l'efficacité est donc le processus par lequel l'initiative a pu atteindre ses objectifs ou produire les effets voulus à court, moyen et long terme. (Rootman et coll., 2001)<sup>xvii</sup>

Étant donné la nature politique et administrative de l'évaluation, elle doit répondre aux besoins de plusieurs auditoires en renseignements (être inclusive et participative); être axée sur l'utilisation des résultats; résulter de démarches conceptuelles, méthodologiques et complémentaires successives; autoriser la participation de différents auditoires à divers stades du processus d'évaluation; témoigner d'un sens des responsabilités sociales en permettant la diffusion et la mise en valeur des constatations pour qu'elles soient utilisées.

## 3. Comment les résultats d'une évaluation faite dans un contexte donné peuvent-ils être appliqués dans un autre?

On s'inquiète de la fidélité avec laquelle les protocoles d'intervention mis au point dans un contexte sont appliqués dans la pratique dans un autre. Cette inquiétude est valide, car il existe sans doute un seuil au-delà duquel les modifications et les adaptations apportées à un protocole engendrent un programme qui ne ressemble plus au plan original fondé sur les faits et qui risque de ne pas être efficace.

Quand on choisit la méthode d'évaluation de l'efficacité dans le domaine de la promotion de la santé, on se heurte souvent à une difficulté, soit le compromis entre la validité interne et la validité externe. En outre, il existe des contradictions entre les techniques quantitatives employées traditionnellement pour mesurer l'efficacité des interventions dans le domaine susmentionné et la qualité des hypothèses guidant l'évaluation de ces dernières.

Le contexte et son influence sur la mise en œuvre et les résultats de l'intervention, l'extrapolation des résultats (la possibilité de les reproduire), le compromis entre les validités interne et externe, le conflit entre des valeurs et des principes relatifs à la promotion de la santé, et les critères servant à classer les éléments de preuve, voilà autant d'aspects à prendre en compte quand on a l'intention d'extrapoler les résultats et de les appliquer à des populations plus vastes ou différentes.

D'après ce que nous venons de dire, un des aspects clés qu'il ne faut pas oublier quand on évalue des interventions ayant des buts multiples et plusieurs volets, telles que celles mises en œuvre dans le domaine de la promotion de la santé, est le contexte où elles sont exécutées et leur nature en mutation. Le contexte influe sur le degré de réussite et sur l'évaluation du programme. Les évaluations ont été orientées et classées en fonction de modèles épidémiologiques mettant l'accent sur la précision, la validité (interne) et la pertinence et recourant à des méthodes quantitatives. La validité externe n'a pas fait l'objet d'analyses, bien que les résultats des études soient appliqués à des populations plus nombreuses dans des scénarios différents. R. Riegelman, D. Verme, J. Rochon et A. El-Mohandes (2002)<sup>xviii</sup> ont reconnu ce fait et ont soutenu qu'aucun effort n'avait été fait pour prédire l'effet des interventions à multiples volets et buts dans des populations au sein desquelles les conditions sont différentes par rapport à celles qui caractérisaient les populations étudiées à l'origine.

Une bonne évaluation produit des renseignements sur l'efficacité des interventions dans des situations réelles, sans passer outre à l'utilité de la recherche étiologique menée dans des situations contrôlées, recherche qui est nécessaire pour mesurer l'efficacité de l'intervention évaluée et pour vérifier des hypothèses.

#### **4. Quels modèles d'évaluation sont-ils les plus utiles aux décideurs?**

Pour que l'évaluation contribue à la répartition efficace des ressources, les résultats doivent être connus au moment où il faut prendre les décisions. Il a été admis que les faits scientifiques ne sont qu'un des critères employés pour fixer les priorités, vu que les décisions du gouvernement sur les interventions sociales sont fonction du marché (clients-financiers) et de motifs politiques ou idéologiques (Carvalho A., Bodstein R., Hartz Z. et Matida A., 2004).

Pawson (2002a)<sup>xix</sup> précise que les résultats des évaluations exécutées à des fins de gestion servent à attribuer et à réaffecter des ressources destinées à des interventions actuelles et à venir. Si tel est le cas, ce n'est que quand les points de vue des décideurs sont pris en compte au moment du choix des critères d'évaluation que les résultats sont plus susceptibles d'être intégrés dans leurs décisions. Il convient d'intégrer l'évaluation dans le processus de gestion de manière que les résultats puissent déboucher sur des actes ou des mesures. En ce sens, l'évaluation ne se conclut pas avec un rapport; elle termine son cycle quand on tient compte des résultats dans les décisions prises pour améliorer le programme, y mettre fin ou le prolonger.

Étant donné les questions qui se posent lorsqu'il faut évaluer les interventions de promotion de la santé, la section qui suit décrit les principaux modèles d'évaluation de l'efficacité dans le contexte de la promotion de la santé.

## Principaux modèles d'évaluation de l'efficacité dans le domaine de la promotion de la santé

### 1. Cadrer le problème à évaluer – Portée et but de l'évaluation

Avant d'amorcer une évaluation, il est obligatoire de définir en des termes pratiques quelle intervention sera évaluée et quels seront l'objet et la portée de l'évaluation. Ce n'est pas une tâche simple en raison des différences qui existent aux chapitres des intérêts des intervenants et de leurs besoins en renseignements (praticiens, décideurs, clients et société dans son ensemble).

Rychetnik (2004) déclare que le cadrage d'un problème particulier se rapporte à la façon dont différentes personnes le définissent, le présentent et l'examinent. La manière dont un problème est cadré détermine les questions que les chercheurs posent et le genre d'éléments de preuve que l'on obtient par voie de conséquence. En outre, elle a admis que les cadres sont souvent liés aux perspectives des disciplines, aux idéologies ou à des contextes historiques ou politiques particuliers. Ici, la question consiste à savoir comment on obtient un taux élevé de participation de la part des personnes qui doivent intervenir dans la définition du problème et de la question faisant l'objet de la recherche, et comment on découvre leurs intérêts, leurs idéologies et leurs intentions réelles lorsqu'il s'agit de soutenir une évaluation.

Il sera très utile de répondre à diverses questions (Que veut-on savoir? Quels renseignements espère-t-on obtenir grâce à l'évaluation? Pour quelle raison fait-on l'évaluation? Que fera-t-on des résultats? Qui a besoin de l'évaluation? etc.) pour définir le modèle d'évaluation le plus pertinent. Il existera probablement des différences entre ce que voudront savoir ceux qui mettront l'intervention en œuvre et ce que les financiers souhaitant la prolonger ou la répéter auront besoin de savoir. Il se pourrait que les exécutants s'intéressent davantage au rendement d'un programme et à la compréhension des facteurs qui influent sur sa mise en œuvre, afin d'opérer des rajustements, tandis que les financiers et les décideurs voudront sans doute davantage connaître les résultats et savoir quels groupes profitent de l'investissement.

Aux yeux de ceux qui mettent le programme en œuvre, il ne suffira pas (et ce sera plutôt improductif) d'attendre à la fin de l'intervention pour évaluer les résultats; par conséquent, des résultats et des données qualitatives intermédiaires les aideront à prendre des décisions sur l'orientation du programme. Pour les financiers et les planificateurs, les résultats et les données qualitatives intermédiaires et les perceptions axées sur le processus politique ne constituent sans doute pas des preuves de succès; par conséquent, ils ne peuvent fonder leurs décisions sur ces seuls éléments d'information.

### 2. Évaluer les résultats/indicateurs

En ce qui concerne la promotion de la santé, l'évaluation de l'efficacité aboutit à au moins deux catégories de résultats : d'abord, elle définit la *capacité de la société* de modifier les états de santé et les déterminants socio-environnementaux de la santé, et elle montre *les effets* des changements sur *la santé de la population*.

Les résultats de la première catégorie répondent davantage aux questions de savoir pourquoi et comment les choses ont eu lieu et ils mettent plutôt l'accent sur le processus à suivre pour créer la capacité en question. Les aspects liés au cycle de vie de l'intervention, aux atouts et aux limites influant sur le processus, à la collaboration intersectorielle, à la formation de partenariats, à la mobilisation communautaire, à la cohésion sociale, au degré de participation de la société au processus décisionnel, à l'équilibre du pouvoir et aux relations connexes entre les acteurs, aux questions afférentes à la durabilité, au contexte qui a favorisé les changements et au rendement de l'intervention pourraient tous être des axes principaux des évaluations de ce genre. C'est cette capacité d'agir qui peut entraîner des effets imprévus et durables tels qu'une évolution des valeurs de la collectivité ou la création d'une nouvelle ligne directrice, ou encore un changement politique.

La deuxième catégorie de résultats de l'évaluation se rapporte aux effets de l'intervention en fonction d'objectifs définis. On cherche à savoir si l'intervention a fonctionné et si elle a pu atteindre les objectifs ayant motivé sa création. On répond alors aux questions suivantes : quels étaient les changements, quelle en était l'ampleur et ont-ils été dus à l'intervention? On peut mesurer ces résultats avec des indicateurs définissant ceux obtenus dans l'immédiat, à moyen terme ou à long terme et l'on se guide pour cela sur un modèle logique d'intervention. Pareil modèle examine l'évolution de la mortalité, de la morbidité, des facteurs de risque comportementaux, de l'équité, de l'emploi, du revenu, etc. (en gros, les changements observés dans l'état de santé et dans les déterminants sociaux de la santé).

Bien que les résultats des deux catégories étudiées répondent à différents intérêts et buts, ils sont complémentaires et permettent d'aller au-delà de l'analyse de la signification statistique dans l'évaluation de l'efficacité.

Comme on compose, dans le contexte de la promotion de la santé, avec toute une gamme d'extrants, y compris les changements dans les comportements et dans les déterminants sociaux de la santé, les principes et les valeurs (telles que l'équité), il faut, quand on choisit les indicateurs, prendre en considération la synergie des stratégies multiples pour régler une seule question, la dynamique de l'intervention, le contexte sociopolitique et culturel où l'évaluation aura lieu, et l'intention d'utiliser les résultats de l'évaluation (genre de décisions à prendre). Il existe de nombreuses listes d'indicateurs possibles qui conviennent à différentes sortes d'objectifs dans divers contextes (voir le *Guide to Participatory Evaluation of Healthy Municipalities, Cities and Communities* de l'OPS).

On peut concevoir des indicateurs en se fondant sur la définition opérationnelle de l'efficacité ou sur un modèle logique qui établit les rapports entre les objectifs, les activités ainsi que les résultats intermédiaires et définitifs. Chaque genre d'indicateur fera appel à des techniques d'évaluation, formules de collecte des données et méthodes différentes mais complémentaires. Il importe de souligner que, tout dépendant du niveau de la recherche faite sur les variables étudiées, il pourra exister des liens plus ou moins solides entre les résultats intermédiaires et définitifs et une compréhension plus ou moins complète des processus de mise en œuvre. Les conséquences des interventions de promotion de la santé vont bien au-delà des objectifs et des résultats définis à l'origine, car les interventions renforcent les moyens et le vécu dont les collectivités disposent pour agir et s'attaquer aux problèmes sociaux.

### 3. Compromis entre les faits scientifiques et les éléments probants utiles au processus décisionnel

Il a été admis (Dowie, 2001) que l'évaluation faite à des fins scientifiques diffère fondamentalement de celle qui est exécutée aux fins d'un processus décisionnel. Les normes employées pour décider si quelque chose est vrai diffèrent sensiblement de celles qui conviennent pour choisir entre deux démarches. L'examen du contexte où les recommandations issues de l'évaluation doivent être appliquées (et celui des conséquences de leur application) soulève inévitablement des questions d'interprétation qui ne transparaissent pas quand on étudie les résumés des faits séparément. Cela peut aboutir à un désaccord au sujet des recommandations, à une piètre observation des lignes directrices même quand elles sont fondées sur les faits, ou à des lignes directrices contradictoires concernant un même sujet mais émanant d'organisations différentes.

En outre, les critères employés pour mesurer la qualité des éléments de preuve dans la recherche scientifique ne sont pas nécessairement les meilleurs pour produire des renseignements précis, valides, pertinents et utiles aux fins de la prise de décisions dans le cadre des interventions de promotion de la santé (OMS, 2001; Susser, 1994)<sup>xx</sup> Il sera alors nécessaire de trouver l'équilibre entre la qualité de l'organisation des éléments de preuve, la possibilité d'obtenir cette qualité et la viabilité politique de l'utilisation des résultats.

Les évaluateurs font face à des situations discordantes quand ils doivent choisir le bon modèle d'évaluation pour produire des renseignements valides, utiles, à jour et pertinents sur l'efficacité d'une intervention. Différents facteurs introduisent complexifient la décision. Mentionnons notamment les compromis à faire entre les critères souhaités de précision et d'exactitude des renseignements et les principes d'éthique, entre la preuve de l'efficacité et la preuve de la profitabilité sociale et entre les attentes et les intérêts concurrents des décideurs, des exécutants, des chercheurs et des chefs de la collectivité. Mentionnons aussi le fait que les modèles les plus fiables ne sont pas nécessairement ceux qui conviennent le mieux aux interventions en matière de promotion de la santé.

L'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES), l'OPS et d'autres parties ont reconnu qu'il n'existe pas de méthode unique pour évaluer l'efficacité des programmes de promotion de la santé (UIPES, 1999). On peut réunir des preuves de l'efficacité de ces programmes en consultant les recherches épidémiologiques, comportementales, sociales et autres qui décrivent l'existence de relations raisonnables entre les résultats à court terme des interventions et les effets durables sur les personnes, les populations et les déterminants de la santé.

D'autres aspects influent sur la méthodologie : mentionnons l'existence éventuelle de ressources techniques et financières et de sources d'information fiables, les exigences des financiers et des planificateurs, la mesure dans laquelle on peut répondre aux questions faisant l'objet de la recherche, et les décisions que l'on prendra à la lumière des résultats de l'évaluation.

Le processus d'évaluation se compose d'une série d'activités indépendantes mais complémentaires connexes qui visent à répondre à différentes questions afin d'organiser progressivement les éléments de preuve. Pour être viable, l'évaluation doit intégrer dans sa conception des façons efficaces et fiables d'obtenir des renseignements, en utilisant les sources existantes et en créant de nouvelles options pour faire face à la complexité. Les résultats de l'étude pourraient être complétés par des données issues

de diverses sources : mentionnons, entre autres, les systèmes de surveillance, les statistiques de l'état civil, les données socioéconomiques officielles, les récits et les rapports, les rapports périodiques sur les projets communautaires, les rapports de contrôle et d'évaluation et les observations épidémiologiques et sociales.

#### 4. Modèles d'évaluation dans le domaine de la promotion de la santé

Dans le domaine de la promotion de la santé, les modèles d'évaluation doivent être novateurs afin de surmonter la difficulté qu'il y a à établir des relations de causalité dans les interventions interdisciplinaires, complexes et ayant plusieurs axes. Les modèles méthodologiques doivent varier selon les questions auxquelles il faut répondre, mais la preuve de l'efficacité doit être considérée comme faisant partie des critères de mesure continus qui prennent en compte le fondement théorique de l'intervention, le processus à suivre pour réaliser celle-ci, l'effet et les résultats ainsi que le contexte social où l'intervention est élaborée.

Les critères servant à établir des relations de causalité sont bien connus. La plupart se rapporte à ce qui suit : la méthodologie, la source et la qualité des données, la représentativité de l'échantillon, la sélection des groupes de contrôle, la précision et la fiabilité des instruments de mesure, la quantification de l'ampleur de la relation et le contrôle des variables confusionnelles par les relations, entre autres. Cependant, des aspects liés à la complexité de l'intervention évaluée manquent ou n'ont pas fait l'objet d'une attention suffisante.

On admet que, dans le domaine de la promotion de la santé, l'évaluation doit comprendre des analyses contextuelles ou à plusieurs niveaux et des modèles théoriques sur la causalité des maladies qui transcendent les niveaux et expliquent comment les variables agissent les unes sur les autres aux niveaux collectif et individuel. Si l'on passe outre au rôle des variables intervenant au niveau collectif ou au niveau macrosociologique, on risque de ne pas comprendre à fond les déterminants de la santé<sup>xxi</sup>.

On a reconnu qu'il n'y a pas d'instruments pratiques pour mesurer les changements de comportement<sup>xxii</sup> et le fait que l'on ne doit se fier à aucun modèle particulier ni méthode désignée pendant l'évaluation. Il convient plutôt d'employer une démarche qui conjuguent les résultats produits par un certain nombre de modèles pour obtenir ainsi une évaluation solide de formules concurrentes<sup>xxiii</sup>.

En matière de promotion de la santé, il nous faut des méthodologies qui non seulement permettent de repérer et de mesurer les changements sociaux et relatifs à la santé, mais qui révèlent et aident aussi à comprendre les relations dynamiques entre les contextes et les résultats, les liens entre les dimensions de l'étude, les facteurs influant sur la mise en œuvre, la dynamique du changement et les résultats des points de vue des exécutants et des clients, entre autres. En promotion de la santé, toute formule d'évaluation doit être souple, utile, pratique et adaptable. L'évaluation est reconnue comme étant un processus systématique qui isole les éléments constituants en vue de les observer, de les décrire, d'étudier les relations entre eux et les effets qu'ils ont sur l'évaluation, mais qui les intègre dans l'analyse. Dans la présente section, nous donnons une brève description de quelques modèles et méthodes existants en mettant en lumière la façon dont ils contribuent à évaluer et à comprendre les résultats de la promotion de la santé dans le monde réel.

### ***La « systématisation » (documentation systématique d'expériences et de projets et réflexions sur eux) et d'autres modèles qualitatifs***

Si l'on reconnaît que la nature des interventions de promotion de la santé évolue, alors le modèle d'évaluation doit prendre ce fait en compte et, aspect plus important, exposer explicitement les raisons du changement. Cela a lieu s'il existe un processus permanent de documentation et de réflexion sur l'expérience. La « systématisation »<sup>xxiv</sup> et l'« évaluation réaliste »<sup>xxv</sup>, entre autres modèles qualitatifs, sont des exemples de ce genre d'étude.

La « systématisation » a été perçue comme étant un outil puissant pour comprendre les phénomènes sociaux<sup>xxvi xxvii xxviii</sup>. On l'a définie comme étant un exercice systématique, permanent et technique utilisé pour mettre au jour les changements dans le protocole, dans la mise en œuvre des interventions et dans les avantages dont bénéficient des groupes différents. (Eizaguirre et coll., 2004; Francke et Morgan, 1995; Gobierno de Chile, 2004) La « systématisation » fournit des renseignements permettant de comprendre le processus et l'évolution de l'intervention et, aspect plus important, elle expose explicitement les facteurs qui influent sur les changements, afin de définir clairement ce que l'intervention signifie dans les faits. À la faveur d'un processus participatif, elle saisit les perceptions, les intérêts, les contributions et les idées des partenaires, acteurs, membres du personnel et clients prenant part à l'intervention et elle fournit des renseignements grâce auxquels on comprend les associations statistiques et on leur donne un sens.

Les méthodes employées pour documenter et systématiser les interventions sont très participatives et elles font intervenir les connaissances de divers acteurs et bénéficiaires, y compris les gens ordinaires. On risque d'avoir du mal à synthétiser les connaissances issues de sources non professionnelles et à y accéder; or, en mettant l'accent sur les données quantitatives, les décideurs risquent de sous-évaluer les connaissances susmentionnées contenues dans les récits et les comptes rendus (Rychetnik, 2004). Enfin, la « systématisation » aide à éviter les erreurs de type 3 quand on évalue une intervention qui n'a pas été mise en œuvre comme il le fallait.

L'« évaluation réaliste » essaie de prendre en compte la dynamique des phénomènes sociaux et d'élaborer des micro-théories pour mieux expliquer pourquoi et comment les changements observés ont lieu quand une intervention donnée est exécutée dans un certain contexte. Elle explore les relations dynamiques entre le contexte, l'intervention (ou le mécanisme) et les résultats dans une série de cas où une intervention du même genre est mise en œuvre dans des contextes différents<sup>xxix</sup>. Les critères de mesure peuvent être qualitatifs ou quantitatifs, et il faut réunir des informations sur tous les aspects du contexte, du processus d'intervention et des résultats. Selon Pawson (2002), « l'évaluation réaliste vise fondamentalement les mécanismes qui soutiennent les programmes plus complexes dans leurs contextes respectifs » (traduction).

### ***Modèles écologiques***

Les études écologiques sont des enquêtes ponctuelles dont l'unité d'analyse est une population ou un groupe. Elles établissent des rapports entre la fréquence de certaines caractéristiques de la population et les résultats d'une intervention par région géographique. Les individus étudiés ne sont pas perçus comme étant des organismes distincts, mais comme les membres de collectivités dans un contexte social et géographique (Jekel, Elmore et Katz, 1966)<sup>xxx</sup>.

Kelsey, Thompson et Evans (1986)<sup>xxxxi</sup> ont souligné que le recours à l'étude écologique est plus indiqué dans les cas où l'on s'intéresse à des processus sociaux et culturels généralisés. D'aucuns ont affirmé que la démarche écologique a pour principal objet d'étudier la santé dans un contexte environnemental et d'examiner la santé d'un groupe ou d'une collectivité au-delà de celle de leurs membres individuels (Susser, 1994).

Les études écologiques sont souvent employées aux fins de la planification sanitaire, bien que, dans certains cas, on puisse s'en servir dans une enquête étiologique principalement pour faire enquête sur des facteurs de risque de maladie qui durent longtemps et qui ne sont pas très communs (Kelsey, Thompson et Evans, 1986). Selon Jekel, Elmore et Katz (1966), on peut mener des enquêtes successives pour cerner les changements dans les facteurs de risque et dans la fréquence des maladies dans des populations au fil du temps. Ces études peuvent aussi permettre de mesurer les effets multiples d'une seule intervention, et l'on peut s'en servir pour calculer le risque attribuable à la population : c'est là une des mesures d'association les plus importantes utilisées en santé publique pour estimer le changement dans la quantité de risque attribuable à l'intervention.

Deux aspects contribuent à améliorer la qualité des éléments de preuve quand on se sert d'études de ce genre pour évaluer l'efficacité des interventions visant à promouvoir la santé : tout d'abord, on peut employer plusieurs critères de mesure au fil du temps pour cerner les tendances (p. ex. l'information obtenue des systèmes de surveillance); ensuite, on peut adopter des méthodes pour contrôler systématiquement l'exécution de l'intervention et prendre en compte les facteurs qui influent sur la mise en œuvre et sur les résultats.

Avec les deux solutions susmentionnées, il serait possible de cerner et de nuancer le processus de mise en œuvre de l'intervention et aussi de mesurer la fréquence et l'ampleur des changements et de surmonter ainsi les principaux obstacles inhérents aux enquêtes ponctuelles (l'impossibilité de cerner les liens entre l'intervention et les résultats; on ne sait pas si l'intervention précède l'effet ou non; la difficulté de contrôler les facteurs de confusion éventuels).

Comme nous le proposons ci-dessus, il convient non seulement d'expliquer la relation entre les résultats et les effets de l'intervention grâce aux associations statistiques solides, mais aussi de la renforcer à la lumière des associations logiques et louables révélées par la systématisation de l'expérience.

## BIBLIOGRAPHIE

<sup>i</sup> Speller V., Learmonth A. et Harrison D. (1997), « The search for evidence of effective health promotion ». *British Medical Journal*, 1997, 315, p. 361-363.

<sup>ii</sup> McQueen D., 2000, V Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Informe Técnico 1. Bases Científicas para la Promoción de la Salud. Ciudad de México, 5 al 9 de junio de 2000.

<sup>iii</sup> McDonald G., Veen C. et Tones K. (1996), « Evidence for success in health promotion: suggestions for improvement », *Health Education Research*, Vol. 11, no 3, 1996, p. 367-376.

<sup>iv</sup> [OMS] Organisation mondiale de la santé, 2001, *Evaluation in Health Promotion. Principles and Perspectives*, sous la direction d'Irving Rootman et coll., Publications régionales de l'OMS, Série européenne, no 92.

- <sup>v</sup> Glasgow R.E., Lichtenstein E., Marcus A.C. (2003), « Why Don't We See More Translation of Health Promotion Research to Practice? Rethinking the Efficacy to Effectiveness Transition », *American Journal of Public Health*, 93(8), p. 1261-1257.
- <sup>vi</sup> De Salazar L., Vélez J.A. et Ortiz Y. (2003), *Revisión de Literatura de Evidencias de Efectividad en Promoción de la Salud en América Latina. Proyecto Regional Latinoamericano de Evidencias de Efectividad en Promoción de la Salud. Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, UIPES, Santiago de Cali (Colombie) (sous presse).*
- <sup>vii</sup> IUHPE, 1999, « The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe », Rapport rédigé pour la Commission européenne par l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé, Bruxelles.
- <sup>viii</sup> Rychetnik L., Hawe P., Waters E., Barratt A., Frommer M., « A Glossary for Evidence Based Public Health », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2004, 58, p. 538-545.
- <sup>ix</sup> Madjar I. et Walton J.A. (2001), « What is problematic about evidence? », dans J.M. Morse, J.M. Swanson et A. J. Kuzel (sous la dir. de), *The nature of qualitative evidence*, p. 28-45, Thousand Oaks (Californie), Sage.
- <sup>x</sup> Abma Tineke A., « Responsive evaluation: Its meaning and special contribution to health promotion », *Evaluation and Program Planning*, 28, 2005, p. 279-289.
- <sup>xi</sup> Guba E. G. et Lincoln Y. S. (1989), *Fourth generation evaluation*, Beverly Hills, Sage.
- <sup>xii</sup> Stake R. E. (1975), « To evaluate an arts program », dans R. E. Stake (sous la dir. de), *Evaluating the arts in education: A responsive approach*, Columbus (Ohio), Merrill, p. 13-31.
- <sup>xiii</sup> Stake R. E. et Abma T.A. (2005), « Responsive evaluation », dans S. Mathison (sous la dir. de), *Encyclopaedia of evaluation*, p. 376-379, Thousand Oaks, Sage, p. 376-379.
- <sup>xiv</sup> Bridging the “Know-Do” Gap Meeting on Knowledge Translation in Global Health, p. 10-12, octobre 2005, Organisation mondiale de la santé, Genève (Suisse).
- <sup>xv</sup> Ray, L. D. et Mayan M. (2001), « Who decides what counts as evidence? », dans J.M. Morse, J.M. Swanson et A.J. Kuzel (sous la dir. de), *The nature of evidence in qualitative research*, p. 50-73, Thousand Oaks, Sage, p. 50-73.
- <sup>xvi</sup> Last J.M. (sous la dir. de), *Dictionnaire de l'épidémiologie*, Acton Vale (Qc), Edisem, 2004.
- <sup>xvii</sup> Rootman I.G. et coll., 2001, *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives*, Copenhague, Organisation mondiale de la santé.
- <sup>xviii</sup> Riegelman R., Verme D., Rochon J., El-Mohandes A., « Interaction and intervention modeling: Predicting and extrapolating the impact of multiple interventions », *Ann Epidemiol.*, 2002, 12(3), p. 151-156.

- <sup>xix</sup> Pawson R., « Evidence-based policy: in search of a method », *Evaluation*, 2002a, 8, p. 157-181.
- <sup>xx</sup> Susser, M. (1994), « The logic in ecological studies. The logic of analysis. » *Am J Public Health*, 1994, 84(5), p. 825-829. Cité par Borja-Aburto, V.H. (2000), *Estudios Ecológicos*, Salud Pública de México, Vol. 42, no 6 novembre-décembre 2000.
- <sup>xxi</sup> Diez Roux, A.V. (1998), « Bringing Context Back into Epidemiology: Variables and Fallacies in Multilevel Analysis », *Am J Pub Health*, 88, p. 216-222.
- <sup>xxii</sup> Glasgow R., Ory M.G., Klesges L., Cifuentes M., Fernald D., Green L., « Practical and Relevant Self-Report Measures of Patient Health Behaviors for Primary Care Research ». *Annals of Family Medicine*, 2005, 3, p. 73-81.
- <sup>xxiii</sup> Green G., « Towards Integrated Design Evaluation: Validation Of Models », *Journal of Engineering Design*, Volume 11, Numéro 2, 1er juin 2000, p. 121-132.
- <sup>xxiv</sup> De Salazar L. (2002), *Municipios y Comunidades Saludables*, El reto de la Evaluación, Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública, CEDETES, Universidad del Valle, Santiago de Cali (Colombie).
- <sup>xxv</sup> Pawson R. et Tilley N. (1997), *Realistic Evaluation*, Londres, Sage Publications.
- <sup>xxvi</sup> Eizaguirre M., Urrutia G. et Azkunze C., *La Sistematización, Una nueva mirada a nuestras prácticas: Guía para la sistematización de experiencias de transformación social*, Bilbao, mai 2004.
- <sup>xxvii</sup> Francke M., Morgan M.L., *La Sistematización: Apuesta por la generación de conocimientos a partir de las experiencias de promoción*, Materiales Didácticos No 1, Escuela para el Desarrollo, Lima, 1995.
- <sup>xxviii</sup> Gouvernement du Chili, *Programa Orígenes*, 2004, Estudio sistematización participativa de experiencias de salud intercultural en las comunidades Mapuche y establecimientos de salud existentes en las comunas focalizadas por el programa desarrollo integral de comunidades indígenas.
- <sup>xxix</sup> Pawson R., Tilley N., *Realist Evaluation*, Londres, Sage, 1997; Pawson R., 2002a, « Evidence-based policy: in search of a method », *Evaluation*, 8, p. 157-181. Pawson R., 2002b, « Evidence-based policy: the promise of 'realist synthesis' », *Evaluation*, 8, p. 340-358.
- <sup>xxx</sup> Jekel J., Elmore J. et Katz D. (1966), *Epidemiology Biostatistics and Preventive Medicine*, W.B. Saunders Company, p. 11 et 67.

## **ANNEXE 3 Étude de cas n° 1 – L'évaluation économique du Système de surveillance des facteurs de risque dans le comportement des adolescents (SIVEA)**

### **Contexte de l'étude de cas**

Les écoles constituent d'excellents milieux où mettre en œuvre et renforcer des programmes de promotion de la santé. En Colombie, la stratégie de promotion de la santé intitulée « Des écoles en santé » est censée être appliquée dans toutes les écoles du pays, avec l'appui des gouvernements nationaux et régionaux. La stratégie vise à régler les problèmes de santé des écoliers grâce à la participation des différents secteurs, des institutions et des organismes sociaux qui s'intéressent à cet objectif (République de Colombie, 1998). Cependant, la mise en œuvre n'avance pas conformément au plan. Cela est dû en partie au fait que le secteur de l'éducation ne s'est pas senti partie prenante à la stratégie, estimant que celle-ci relevait uniquement du secteur de la santé (CEDETES, 2003). Par ailleurs, les progrès sont gênés par le manque de renseignements dont on dispose pour contrôler, évaluer, élaborer les plans d'action et pour appuyer les décisions relatives aux principaux problèmes de la population scolarisée.

Face à ces problèmes, le secrétariat de la santé et CEDETES, avec l'appui de l'Institut national des sciences et de la technologie appelé COLCIENCIAS, a lancé un projet qui visait à modifier les facteurs de risque touchant les enfants scolarisés et à améliorer la stratégie des écoles en santé en appliquant un système de surveillance des facteurs de risque comportementaux appelé SIVEA.

Le SIVEA est un système scolaire conçu pour produire, analyser, interpréter et utiliser des renseignements sur les facteurs de risque comportementaux touchant la santé des enfants scolarisés. Le système établit un lien entre les données de surveillance et les activités de promotion de la santé en utilisant la prévalence des facteurs de risque comme point de départ pour contrôler, évaluer et planifier les interventions. Par « système scolaire », on veut dire que le système est mis en œuvre et que les données sont produites et employées par la population scolaire. C'est la principale caractéristique distinguant le SIVEA d'autres interventions en matière de santé publique ayant le même but.

Le SIVEA s'inscrit dans le cadre de la stratégie des écoles en santé. Outre qu'il s'attaque aux facteurs de risque liés aux problèmes de santé des enfants scolarisés, le SIVEA poursuit trois objectifs : 1) rendre les écoles capables d'influer sur le comportement des adolescents et de les encourager à adopter des habitudes saines; 2) aider les écoles à établir et à conserver des environnements psychosociaux propices au développement harmonieux de la collectivité scolaire; 3) contribuer à l'élaboration d'interventions institutionnelles et municipales visant à influer sur les déterminants de la santé et sur la politique publique en organisant des activités intersectorielles.

Les buts du SIVEA sont les suivants : i) détecter les facteurs de risque touchant la santé des enfants scolarisés; ii) fournir des lignes directrices pour les politiques et les interventions; iii) habiliter la collectivité scolaire (élèves, enseignants et parents) à éliminer les facteurs de risque influant sur sa santé et son bien-être; iv) contrôler et évaluer les programmes en améliorant la pertinence et la

qualité des interventions en matière de santé et en encourageant la planification et la coordination intersectorielle; v) promouvoir les alliances stratégiques de promotion de la santé et de la qualité de vie; vi) soutenir la création et le renforcement des réseaux sociaux.

Par la suite, on a évalué deux fois l'efficacité du SIVEA : la première fois, après la mise en œuvre du système dans la municipalité de Cali, dans quatre écoles et auprès de 1 500 enfants (CEDETES, 1999), et la deuxième, dans la municipalité de « La Cumbre ». Dans ce dernier cas, on a employé un modèle d'étude « avant-après » et l'on a examiné les tendances des facteurs de risque comportementaux (CEDETES, 2004). Deux genres d'indicateurs ont été utilisés dans ces évaluations, soit des indicateurs intermédiaires et finaux. Les premiers se rapportent au processus de renforcement des capacités, et les seconds, aux tendances du pourcentage de changements dans les facteurs de risques. Dans les deux évaluations, le SIVEA a affiché de bons résultats (de Salazar, 2005).

La composante économique a été ajoutée à l'évaluation du SIVEA. En raison de la nature rétrospective de l'évaluation économique, il a fallu dresser une comparaison à partir des données facilement accessibles et faire plusieurs compromis par conséquent. Les pages suivantes contiennent un compte rendu sur l'évaluation économique qui montre comment les techniques décrites dans le présent Guide sont appliquées dans la réalité.

## Étape 1 : Le contexte décisionnel et la perspective de l'analyse

La municipalité de La Cumbre est située dans le sud de la Valle del Cauca et elle compte 10 934 habitants, dont environ 2 161 (20 p. 100) sont des enfants scolarisés. Un tiers de la population de la ville (3 111 personnes) ne peuvent satisfaire à leurs besoins de base, et près de 40 p. 100 de la population (4 134 personnes) dépend d'une assurance-santé subventionnée.

Le cabinet du maire exerce le pouvoir exécutif. Avec les autorités chargées de la santé, de l'éducation et de l'urbanisme, le maire prend les décisions, mais celles-ci doivent être approuvées par le conseil municipal qui exerce le pouvoir législatif. Les ressources de la ville sont très limitées, et de graves problèmes budgétaires ont restreint les investissements publics et obligé les responsables des programmes sociaux à trouver des sources de financement non gouvernementales.

En vertu d'une nouvelle loi nationale, les écoles de la région ont dû se réorganiser en grappes de cinq à dix écoles appelées « établissements d'enseignement ». La municipalité et le gouvernement de l'État voulaient aussi améliorer le rendement de chaque école, et c'est pourquoi ils ont accordé un soutien financier pour mettre en œuvre le SIVEA. Le personnel enseignant a aussi souscrit à l'initiative, car il savait comment elle contribuerait à son travail et à celui de la collectivité scolaire en général. On a estimé qu'une démonstration réussie de la stratégie des écoles en santé serait un bon moyen d'obtenir un appui accru de la part des autorités locales et du gouvernement central et de sensibiliser davantage la collectivité aux dangers sanitaires menaçant ses enfants.

L'évaluation économique a porté sur les besoins des décideurs qui, dans les établissements et les organismes, avaient le pouvoir technique et politique de décider s'il fallait poursuivre l'intervention avec le SIVEA et s'il fallait en élargir les cadres pour inclure d'autres écoles de la ville, de la région et du pays. Les résultats de l'évaluation intéressaient aussi la collectivité scolaire de La Cumbre

(les parents, le personnel enseignant et les étudiants) et d'autres acteurs des secteurs de la santé, de l'éducation, des loisirs, de la culture et de l'administration ou de tout autre secteur pouvant façonner les circonstances qui influent sur la qualité de vie des adolescents et des adolescentes. La perspective adoptée pour cette évaluation économique a été celle du secteur public à qui il incombe de soutenir la stratégie des écoles en santé.

La population visée par le projet du SIVEA comprenait les adolescents de la 6<sup>e</sup> à la 11<sup>e</sup> année de l'école Simon-Bolívar et la collectivité pédagogique (le personnel enseignant et les parents) de la région urbaine de La Cumbre-Valle. Environ 40 p. 100 des enfants scolarisés de La Cumbre fréquentaient l'école Simon Bolívar, qui comptait 1 322 élèves et étudiants répartis dans sept campus, dont quatre se trouvaient en milieu urbain et trois, dans les régions rurales. En 6<sup>e</sup>, 7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> année, 308 enfants étaient inscrits, et la majorité d'entre eux (292) appartenaient aux classes sociales les plus défavorisées. Soixante pour cent de ces enfants vivaient en milieu rural. L'école avait 52 enseignants et enseignantes, dont 70 p. 100 possédaient un diplôme d'enseignement; les autres étaient des techniciens ou des professionnels qui s'intéressaient au domaine de l'éducation. Environ 30 p. 100 des enseignants et enseignantes étaient âgés de 25 à 35 ans. La plupart des autres avaient entre 35 et 45 ans, et très peu avaient plus que 45 ans. La période d'emploi à l'école variait de un à neuf ans, et les femmes représentaient 60 p. 100 du personnel enseignant.

## Étape 2 : Cerner les questions à régler

On avait déjà démontré l'efficacité du SIVEA pour ce qui était de promouvoir la capacité à l'école et de modifier les facteurs de risque comportementaux (de Salazar, 2005). Cependant, les décideurs et le personnel enseignant se demandaient encore combien ils devraient investir pour améliorer les résultats de la stratégie des écoles en santé avec le SIVEA. L'évaluation économique visait donc à estimer le coût de la mise en œuvre du SIVEA et à combiner les données ainsi recueillies avec les données sur l'efficacité, de manière que les personnes chargées d'élaborer les politiques puissent décider si les gains obtenus justifiaient l'investissement supplémentaire.

La question à étudier était donc la suivante : Le SIVEA améliore-t-il les résultats de la stratégie des écoles en santé suffisamment pour justifier les frais supplémentaires liés à sa mise en œuvre?

## Étape 3 : Les options prises en considération

Deux options devaient être comparées entre elles : la stratégie des écoles en santé avec ou sans le SIVEA. Ce dernier avait été mis en œuvre dans seulement une école de la municipalité de La Cumbre (école Simon-Bolívar). Signalons que, comme il s'agissait d'une évaluation rétrospective, il n'y avait aucun groupe de contrôle formel. On a plutôt estimé ce qui serait arrivé à l'école Simon-Bolívar si elle n'avait pas appliqué la stratégie des écoles en santé sans le SIVEA. On a recueilli des renseignements auprès de diverses sources, dont aucune n'était entièrement satisfaisante. Cela a compris une évaluation « avant-après » des changements dans les comportements à risque des étudiants de l'école Simon-Bolívar et une estimation globale des ressources nécessaires pour mettre en œuvre la stratégie en question dans toutes les écoles de la région.

### **L'intervention : la stratégie des écoles en santé avec le SIVEA**

Le SIVEA est essentiellement un système de surveillance qui se caractérise principalement par son lien avec les programmes de promotion de la santé et par la participation de la collectivité scolaire à la production et à l'utilisation des renseignements. De cette façon, le système de surveillance peut contribuer au changement social. Le SIVEA a été mis en œuvre en deux étapes. La première comprenait des activités d'éducation et de motivation destinées à rendre la collectivité scolaire capable de réunir, de traiter, d'analyser et d'interpréter les données et de diffuser les résultats dans le cadre d'un processus permanent. Pendant la deuxième étape, on a réfléchi aux façons d'utiliser les renseignements. Cela comprenait des activités de sensibilisation ainsi que la planification et la mise en application participatives de projets pour réduire les facteurs de risque et orienter la politique publique. Il s'agissait d'une intervention itérative, de sorte que les deux étapes se sont succédé en cycles; des intervalles ont été prévus entre elles pour l'évaluation.

### **Le comparateur : la stratégie des écoles en santé sans le SIVEA**

Fondamentalement, la stratégie des écoles en santé mise en œuvre à « La Cumbre » prévoyait un ensemble d'activités dont le but était de transformer l'école en un lieu amical où les enfants pourraient mieux utiliser leurs temps libres et pratiquer un mode de vie sain. Pendant une semaine, les participants ont planifié des activités telles que des programmes sains pour les jours de congé, des visites à la campagne et d'autres occupations devant leur permettre de bien profiter de leurs loisirs. Toutes les activités étaient encadrées par un enseignant-coordonnateur désigné par le directeur de l'école et payé à même les ressources de l'école.

## **Étape 4 : Définir, mesurer et évaluer les coûts**

### **Définir les ressources**

Comme toutes les écoles appliquaient la stratégie des écoles en santé, on aurait pu tout simplement, si on l'avait voulu, cerner les ressources supplémentaires nécessaires pour ajouter le SIVEA à l'élément commun. Cette solution aurait pu produire une analyse partielle du coût de la stratégie avec le volet du SIVEA, mais elle n'aurait pas suffi pour répondre à la question posée par l'équipe d'évaluation. Cependant, les résultats auraient alors été peu utiles aux autres, surtout à ceux qui essayaient de décider s'il y avait lieu tout d'abord de mettre en œuvre ou non la stratégie des écoles en santé. Par conséquent, nous présentons ci-après une évaluation détaillée qui comprend aussi une estimation des coûts de la stratégie des écoles en santé. Cette démarche a augmenté la charge de travail de l'équipe d'évaluation, mais elle a procuré des renseignements supplémentaires qui seraient utiles ensuite aux utilisateurs des éléments de preuve.

Les ressources nécessaires pour appliquer la stratégie des écoles en santé comprenaient le temps du personnel et le matériel pour planifier et exécuter la stratégie et pour en évaluer et en diffuser les résultats. Les étudiants ont également participé à tous les stades, sauf celui de la planification, tandis que les parents ont fourni du temps aux stades de la mise en œuvre et de l'évaluation.

L'option consistant à appliquer la stratégie des écoles en santé avec le SIVEA nécessitait ces ressources et d'autres encore. Dans ce cas-ci, le personnel devait consacrer du temps à la collecte et à la diffusion des données sur les facteurs de risque, à l'analyse et à la diffusion des résultats, ainsi qu'à la conception et à la mise à exécution de tout plan ultérieur. Les étudiants, les parents et le personnel ont participé

au processus du SIVEA à la faveur d'une série d'ateliers qui se rapportaient aux divers stades de l'intervention (éducation initiale, collecte des données, traitement de l'information, analyse, diffusion et intervention). Parmi les ressources supplémentaires figuraient le matériel nécessaire à chacun de ces ateliers et le temps du personnel qui a animé les ateliers.

#### ***Stade de la formation et de la sensibilisation***

- ▶ Modules : 21 guides pour la mise en œuvre du système de surveillance
- ▶ Six ateliers de quatre heures chacun pour les étudiants et le personnel
- ▶ Un animateur pour chaque atelier
- ▶ Le matériel nécessaire à chaque atelier (papier, stylos, projecteur, etc.)
- ▶ Deux réunions de quatre heures chacune pour les étudiants et le personnel
- ▶ Des salles de réunion et d'atelier

#### ***Collecte des données***

- ▶ Cinq ateliers de quatre heures chacun pour les étudiants et le personnel
- ▶ Un animateur pour chacun des cinq ateliers
- ▶ Le matériel d'enquête
- ▶ L'administration de l'enquête
- ▶ Des salles d'atelier

#### ***Traitement des données***

- ▶ Quatre ateliers de quatre heures chacun pour les étudiants et le personnel
- ▶ Un animateur pour chaque atelier
- ▶ Des fournitures
- ▶ Deux réunions de quatre heures chacune en moyenne
- ▶ Des services d'informatique pour créer une base de données et faire une analyse préliminaire des données
- ▶ Des salles de réunion et d'atelier

#### ***Analyse et interprétation des données***

- ▶ Six ateliers de quatre heures chacun en moyenne pour les étudiants et le personnel
- ▶ Un animateur pour chaque atelier
- ▶ Les fournitures connexes
- ▶ Trois autres réunions de deux heures chacune pour les étudiants et le personnel
- ▶ Des salles de réunion et d'atelier

#### ***Stade des communications et de la diffusion***

- ▶ Trois ateliers pour les étudiants et le personnel
- ▶ Un animateur pour chaque atelier
- ▶ Les fournitures connexes
- ▶ Une autre réunion pour les étudiants et le personnel
- ▶ Des salles de réunion et d'atelier

### Utilisation de l'information

- ▶ Quatre ateliers pour les étudiants et le personnel
- ▶ Un animateur pour chaque atelier
- ▶ Les fournitures connexes
- ▶ Une autre réunion de quatre heures pour les étudiants et le personnel
- ▶ Des salles de réunion et d'atelier

### Mesure des changements dans l'utilisation des ressources

Les tableaux qui figurent ci-après montrent la quantité de chaque ressource qu'il a fallu pour exécuter les deux interventions (stratégie des écoles en santé sans et avec le SIVEA). On a réuni les renseignements sur la quantité de ressources nécessaires pour mettre en œuvre la stratégie simple des écoles en santé en consultant diverses sources, y compris une estimation globale des ressources employées dans l'ensemble du système scolaire. Afin d'en arriver à une estimation de ce qu'aurait coûté l'application de la stratégie dans l'école Simon-Bolivar seulement, il a fallu rajuster l'estimation globale.

**TABLEAU A3.1/ Ressources exigées pour appliquer la stratégie des écoles en santé**

RESSOURCE	UNITÉS	STADES DE L'INTERVENTION				TOTAL
		Planification	Mise en œuvre	Évaluation	Communication	
Heures – Personnel enseignant	Heures	507	1 783	168	96	2 554
Heures – Étudiants	Heures	-	6 097	186	1 480	7 763
Heures - Parents	Heures	-	366	73	-	439
Papier	Rames	6	6	2	2	16
Impression	Unité	200	200	100	300	1 100
Stylos	Nombre	8	100	-	24	132
Papier journal	Pages	-	140	-	40	180
Cédéroms	Nombre	-	-	4	2	6
Disquettes	Boîtes	-	-	2	-	2
Agrafes, etc.	Boîtes	-	5	-	-	5
Heures – Informatique	Heures	24	160	80	80	344
Salles de réunion	Heures	10	30	4	2	46

**TABLEAU A3.2/ Ressources nécessaires par stade de l'intervention avec le SIVEA**

RESSOURCE	UNITÉS	STADES DE L'INTERVENTION DE LA STRATÉGIE AVEC LE SIVEA					TOTAL	
		Formation	Collecte des données	Traitement des données	Analyse des données	Communication		Utilisation
Heures – Personnel enseignant	Heures	1 728	240	1 760	2 392	1 456	832	8 464
Soutien tech (Epi)	Heures	-	-	16	40	-	-	56
Soutien tech (Statistiques)			64	40	40	-	-	144
Animation	Heures	48	40	48	390	32	72	264
Heures – Étudiants	Heures	7 930	2 080	2 490	3 170	280	400	16 350
Heures – Parents	Heures	440	-	-	-	-	-	440
Guides de module	Nombre	21	-	-	-	-	-	21
Papier	Rames	6	6	2	2	2	5	23
Impression	Unité	200	200	200	200	200	200	1 200
Stylos et crayons	Nombre	24	332	40	56	56	32	540
Acétates	Nombre	40	80	40	40	40	40	280
Papier journal	Pages	120	40	16	-	-	150	326
Cédéroms	Nombre	-	-	4	-	-	-	4
Disquettes	Boîtes	-	-	2	2	-	-	4
Agrafes, etc.	Boîtes	-	8	-	-	-	-	8
Enveloppes	Nombre	-	20	-	-	-	-	20
Heures – Informatique	Heures	-	-	160	160	-	-	320
Formulaires d'enquête	Nombre	-	300	-	-	-	-	300
Formulaires de réponse	Nombre	-	300	-	-	-	-	300
Formulaires de consentement	Nombre	-	300	-	-	-	-	300
Feuillets d'information	Nombre	-	300	-	-	-	-	300
Salles de réunion	Heures	32	28	30	-	14	20	124

### Évaluation des coûts

On a utilisé les taux de salaire, y compris un montant pour les dépenses des employeurs (suppléments de salaire versés à l'occasion des congés et prestations de maladie) pour calculer la valeur des heures fournies par le personnel enseignant et indiquées dans les Tableaux A3.1 et A3.2. Les taux de salaire des enseignants dans l'école où l'intervention avait lieu variaient de 5 500 à 29 000 pesos colombiens (soit de 2,40 \$ US à 12,50 \$ US l'heure). Afin de faciliter la généralisation étant donné que les écoles n'avaient pas toutes le même barème salarial, on a choisi le salaire médian de 17 000 pesos colombiens pour calculer la valeur du temps du personnel.

Soulignons qu'aucun enseignant supplémentaire n'a été embauché pour mettre en œuvre l'intervention utilisant le SIVEA. En employant les taux de salaire pour évaluer le temps que les enseignants ont consacré aux deux interventions (stratégie des écoles en santé avec et sans le SIVEA), on a effectivement supposé que les enseignants qui participaient aux activités liées au SIVEA auraient par ailleurs été occupés productivement à quelque chose d'autre. En d'autres mots, les taux de salaire ont servi à évaluer le coût de renonciation du temps du personnel enseignant, et non le coût financier subi par les autorités scolaires. Il est également possible que le SIVEA ait permis une utilisation plus efficiente du temps du personnel, en permettant d'exploiter les périodes creuses pendant la journée

scolaire. Dans le présent cas, en employant les taux de salaire pour évaluer l'apport du personnel enseignant dans l'intervention faisant appel au SIVEA, on a exagéré le coût de renonciation de l'intervention. C'est là un aspect qu'il faudrait examiner dans l'analyse de sensibilité.

Le travail d'animation, le soutien technique, notamment en informatique, et les compétences professionnelles nécessaires pour concevoir et analyser la liste des facteurs de risque ont tous été fournis par le personnel de recherche sans qu'il en coûte quoi que ce soit à l'école. C'était cependant là des éléments essentiels de l'intervention. Ils ne faisaient pas partie de la recherche. Par conséquent, les autres écoles qui envisageraient de mettre le SIVEA en œuvre devraient trouver ces ressources quelque part. Dans le calcul du coût économique, nous avons utilisé le salaire habituel de ces spécialistes (45 000 pesos colombiens pour l'animateur et les experts professionnels et 25 000 pesos colombiens pour les techniciens et les informaticiens).

Le temps que les parents ont mis à participer à l'application de la stratégie des écoles en santé a constitué un élément intéressant du processus de calcul du coût économique. Ils ont fourni ce temps bénévolement, et il n'a donc rien coûté à l'école. Cependant, dans la mesure où ils avaient autre chose à faire, ce temps a une valeur de renonciation. Il existe bien des opinions sur la meilleure façon de prendre en compte la valeur des heures de bénévolat dans l'évaluation économique. À une extrémité de la gamme, on pourrait utiliser le salaire du parent pour calculer la valeur de son temps. L'hypothèse est ici que le parent pourrait être au travail s'il ne participait pas à l'intervention et qu'il renonce donc à son salaire en acceptant de jouer un rôle dans l'intervention relative aux écoles en santé. À l'autre extrémité, on pourrait soutenir qu'il faut attribuer une valeur nulle à ce temps : en effet, la personne se porte volontaire, car elle bénéficie en échange d'avantages intangibles d'une valeur égale à celle de son temps. Comme la valeur des avantages n'est pas incluse dans le calcul, il ne convient pas de tenir compte de la valeur du temps.

Malheureusement, les économistes ne s'entendent pas sur ce qu'il faut faire dans ces circonstances. La réponse dépend vraiment de ce que l'on pense que l'élément contre-factuel est. S'il n'était pas possible de recourir à des bénévoles, que ferait l'école? Dans certains cas, elle devrait peut-être employer quelqu'un pour remplacer le bénévole (comme dans le cas de certaines activités parascolaires, par exemple). En l'occurrence, l'hypothèse la plus probable est que l'intervention aurait lieu sans la participation des parents. Dans ce cas, il est logique d'attribuer une valeur nulle aux heures de bénévolat, et c'est que l'on fait dans le scénario de référence évalué ici.

On peut aussi appliquer les mêmes arguments aux étudiants qui consacrent du temps à l'intervention. Dans le cas de référence, on attribue une valeur nulle au temps des étudiants, car on pose comme hypothèse que leur participation à l'une ou à l'autre intervention (la stratégie des écoles en santé avec ou sans le SIVEA) n'est pas facultative.

Les ateliers et les réunions auront tous lieu dans l'école, dans des salles qui auraient été vacantes autrement. On a pris note du nombre d'heures d'occupation des salles nécessaires pour les réunions, mais comme on s'est servi d'espaces n'ayant aucun coût de renonciation, on n'a inclus aucun loyer de substitution dans l'évaluation des coûts. Si l'on estime que, dans d'autres écoles, les salles risquent d'être sollicitées davantage par d'autres parties, il faudra examiner cet aspect dans l'analyse de sensibilité. Afin d'abrégé les choses, nous ne le faisons pas ici.

Enfin, on s'est servi de données comptables pour évaluer le matériel et les fournitures employées dans chacune des activités décrites ci-dessus.

Tous les coûts ont été établis en pesos colombiens constants (2004).

Les résultats du calcul des coûts figurent dans les Tableaux A3.3 et A3.4 ci-dessous.

**TABLEAU A3.3/ Coût de la stratégie des écoles en santé, par stade de l'intervention**

STADE DE L'INTERVENTION	ANNÉE 1 (pesos)	ANNÉE 2 (pesos)	COÛT TOTAL (NON ACTUALISÉ)
Planification	4 873 330	3 868 650	8 741 980
Mise en œuvre	15 646 590	15 718 710	31 365 130
Évaluation	1 512 070	1 512 070	3 024 130
Analyse	929 690	911 250	1 840 930
<b>Totaux</b>	<b>22 961 670</b>	<b>22 010 670</b>	<b>44 972 350</b>

**TABLEAU A3.4/ Coût de la stratégie des écoles en santé avec le SIVEA, par stade de l'intervention**

STADE DE L'INTERVENTION	ANNÉE 1 (pesos)	ANNÉE 2 (pesos)	COÛT TOTAL (NON ACTUALISÉ)
Formation et sensibilisation	25 812 420	7 849 990	33 662 420
Collecte des données	3 319 740	3 294 870	6 614 610
Traitement des données	17 675 970	17 675 970	35 351 930
Analyse et interprétation des données	30 844 990	32 351 930	63 043 970
Communication – Diffusion	13 145 120	13 145 120	26 290 230
Utilisation de l'information	8 575 110	8 935 110	17 510 220
<b>Totaux</b>	<b>99 373 350</b>	<b>83 100 040</b>	<b>182 473 390</b>

## Étape 5 : Définir, mesurer et évaluer les conséquences

### Cerner les conséquences importantes

Étant donné les objectifs du SIVEA, on peut cerner au moins deux effets voulus possibles de l'intervention qui pourraient servir pour en mesurer l'efficacité : 1) une augmentation de la capacité de la collectivité scolaire de s'attaquer aux problèmes de santé des enfants scolarisés; 2) une réduction de la prévalence des facteurs de risque avant les changements dans les résultats relatifs à la santé. On a pris en compte ces deux aspects, mais on ne s'attendait pas à ce que les comportements à risque changent sensiblement pendant la période de l'étude.

### Mesure des résultats

*i) Renforcement des capacités* : L'équipe d'évaluation a défini comme suit ce qu'elle entend par « renforcement des capacités » : « La création de moyens pour les parents, le personnel enseignant et les étudiants de l'école (et l'acquisition de compétences par eux) devant leur permettre de reconnaître et d'analyser les facteurs de risque comportementaux influant sur la santé et le bien-être de la population étudiante et d'intervenir face à eux. » (Traduction) Afin d'opérationnaliser le résultat voulu, on a conceptualisé la notion de capacité comme ayant trois dimensions : i) la prise de conscience, par le personnel et les étudiants de l'école, des facteurs de risque comportementaux, à la lumière de renseignements à jour scientifiquement valides (*Savoir*); ii) la participation par les étudiants et le personnel enseignant à la collecte, au traitement, à l'analyse et à la diffusion de renseignements sur les facteurs de risque (*Participation*); iii) l'utilisation de ces renseignements par les étudiants et

le personnel enseignant pour planifier des stratégies en vue de s'attaquer aux facteurs de risque comportementaux (*Utilisation*). Chacune de ces dimensions est reliée aux autres et est considérée comme étant indispensable pour renforcer les capacités de la collectivité scolaire.

Dans l'école où le SIVEA était appliqué, on a mesuré chaque dimension séparément en fonction du pourcentage d'enseignants et d'étudiants qui étaient conscients des facteurs de risque, qui participaient au projet et qui utilisaient les renseignements obtenus (CEDETES, 2004). L'équipe d'évaluation voulait aussi établir un score global unique. À cette fin, elle a attribué un coefficient de pondération à chacune des trois dimensions, tout dépendant de la valeur accordée à chacune quant à la mesure dans laquelle elle pouvait influencer sur le comportement. On a attribué un coefficient de 20 p. 100 au savoir, car l'acquisition des connaissances marque la première étape du changement de comportement, un coefficient de 30 p. 100 à la participation, et un coefficient de 50 p. 100 à l'utilisation des renseignements, car c'est le volet le plus important de cette échelle. Celle-ci a été conçue par des experts de la promotion de la santé au sein de l'équipe d'évaluation, et les valeurs ont été attribuées conformément à la théorie du comportement de Bandura (Bandura, 1977).

Il n'existait aucune donnée comparable pour les écoles qui se limitaient à appliquer la stratégie des écoles en santé sans le SIVEA, de sorte qu'il n'a pas été possible de mesurer le changement dans les capacités produit directement par le SIVEA. Comme solution de rechange, on pouvait supposer que les écoles n'utilisant pas le SIVEA n'avaient aucune capacité. Tout degré de capacité observé dans l'école appliquant le SIVEA serait donc imputé à l'intervention. Une démarche plus modérée aurait consisté à supposer que toutes les écoles avaient une certaine capacité d'utiliser les données sur les facteurs de risque et que le SIVEA a fait fond sur cet acquis.

Afin d'évaluer la capacité de référence qui existait probablement dans les écoles avant le SIVEA, on a employé des données de substitution tirées d'une étude faite par le Secrétariat de la santé en 2003; l'étude avait porté sur toutes les écoles publiques qui appliquaient la stratégie des écoles en santé (CEDETES et gouvernement de la Valle de Cauca, 2003). Ces données comprenaient des renseignements sur les secteurs participants et sur leurs responsabilités, sur les buts et sur les objectifs atteints, sur les ressources et l'infrastructure, sur les connaissances concernant les facteurs de risque, sur la prise en charge de la stratégie des écoles en santé, sur l'emploi de renseignements pour planifier les projets et les activités d'éducation à l'école afin de promouvoir des modes de vie sains, sur la participation de la collectivité scolaire aux activités qui visaient à mettre en œuvre la stratégie des écoles en santé, et sur la détection précoce des facteurs de risque. En complétant ces données avec des entrevues menées auprès d'informateurs clés et de groupes témoins, il a été possible de se faire une idée de la capacité moyenne des écoles sans le SIVEA.

Les résultats figurent dans le Tableau A3.5. Celui-ci montre le pourcentage des étudiants et du personnel qui étaient au courant des facteurs de risque, qui ont participé à la collecte et à l'analyse des renseignements sur les facteurs de risque, ou qui ont utilisé ces renseignements pour planifier des interventions. Le score de la capacité pondérée est la somme de ces pourcentages multipliée par les facteurs de pondération respectifs.

**TABLEAU A3.5/ Capacité avec et sans le SIVEA**

PROGRAMME	SAVOIR (COEFF. DE PONDÉRATION : 0,2)	PARTICIPATION (COEFF. DE PONDÉRATION : 0,3)	UTILISATION (COEFF. DE PONDÉRATION : 0,5)	SCORE DE LA CAPACITÉ PONDÉRÉE
École en santé avec le SIVEA	72,2 %	34,4 %	12,3 %	30,9 %
Comparateur : École en santé	15,9 %	12,4 %	1,4 %	7,6 %

ii) *Changements dans les facteurs de risque* : Il n'existait non plus aucune donnée sur la prévalence des facteurs de risque dans les écoles où le SIVEA n'était pas appliqué. Afin d'évaluer l'efficacité de ce dernier à cet égard, on s'est servi des données sur la tendance de la prévalence des facteurs de risque recueillies dans le cadre du SIVEA. Cela a permis de faire une comparaison de la prévalence des comportements à risque avant et après la mise en œuvre des politiques façonnées par le SIVEA. Les résultats sont montrés dans le Tableau A3.6.

**TABLEAU A3.6/ Changement dans les profils des facteurs de risque avant et après le SIVEA**

FACTEURS DE RISQUE	PRÉVALENCE		SIGNIFICATION
	Avant le SIVEA	Après le SIVEA	
Cherche de l'aide quand il (elle) a des problèmes	78,2 %	89,5 %	p = 0,000
A des relations sexuelles protégées	34,1 %	38,5 %	p = 0,137
Amélioration des résultats scolaires	51,6 %	60,3 %	p = 0,028
Amis qui consomment des substances psychoactives	19,0 %	16,9 %	p = 0,542
Tabagisme	48,0 %	36,0 %	p = 0,002
Consommation d'alcool	39,3 %	27,9 %	p = 0,002
Consommation de substances psychoactives	8,7 %	30,8 %	p = 0,000
Pensées suicidaires	35,3 %	33,9 %	p = 0,759
A participé à une altercation au cours de l'année passée	36,9 %	35,5 %	p = 0,775
A consommé des fruits et des légumes au cours des sept derniers jours	28,6 %	15,5 %	p = 0,000
A fait de l'exercice ou a été physiquement actif (active) au cours des sept derniers jours	79,4 %	92,8 %	p = 0,000

Bien qu'une période de 12 mois soit trop courte pour que l'on puisse observer des changements fiables dans les comportements à risque, ces données sont encourageantes et révèlent des améliorations statistiquement significatives en ce qui concerne le souci de demander de l'aide, le tabagisme, la consommation d'alcool et l'exercice, bien que tout cela se soit accompagné d'une réduction importante de la consommation de fruits et de légumes.

iii) *Évaluation des résultats* : L'évaluation économique est une analyse coûts-conséquences, les résultats étant présentés sous la forme d'un profil montrant les changements dans la capacité et dans les facteurs à risque. Mise à part la pondération de chaque dimension du renforcement des capacités pour construire l'indice, aucune évaluation des données sur les résultats n'est nécessaire.

## Étape 6 : Ajustements en fonction du temps – Actualisation

La stratégie des écoles en santé et le SIVEA ont tous deux été mis en œuvre au cours d'une période de deux ans; par conséquent, pour exprimer le coût total en fonction des valeurs actuelles, il faut

actualiser les coûts subis au cours de la deuxième année, dans chaque cas. Faute d'un taux national recommandé pour la Colombie, on a appliqué un taux de 3 p. 100 (Gold et coll., 1996).

L'actualisation des données dans de telles circonstances (c'est-à-dire sur une courte période) est relativement facile. Il suffit de diviser les coûts de la deuxième année par le facteur d'actualisation qui, dans le présent cas, est égal à  $1,03^2$ . Les résultats figurent dans le Tableau A3.7.

**TABLEAU A3.7/ Coût des interventions après l'actualisation**

INTERVENTION	ANNÉE 1	ANNÉE 2	TOTAL
Écoles en santé	22 961 670	21 369 580	44 331 250
Écoles en santé + SIVEA	99 373 350	80 679 650	180 053 000

## Étape 7 : Analyse de sensibilité

Les variables admissibles pour l'exécution de cette analyse comprennent les suivantes : les facteurs de pondération appliqués aux trois dimensions du renforcement des capacités; une estimation du temps supplémentaire que nécessite la participation à la mise en œuvre des interventions avec le SIVEA; les coûts unitaires des éléments les plus importants des ressources (surtout la valeur du temps du personnel enseignant); la différence dans l'infrastructure et les installations des écoles publiques qui ont mis le SIVEA en œuvre; le degré de participation des principaux acteurs et bénévoles, tels que les étudiants et les parents.

Afin de faciliter l'explication, nous illustrons ci-dessous l'analyse de sensibilité en nous concentrant sur deux variables seulement : le taux d'actualisation et la valeur du temps du personnel enseignant.

*i) Le taux d'actualisation* : Dans sa forme la plus simple, l'analyse de sensibilité nécessite que l'on refasse les estimations du coût et de l'effet après avoir remplacé la valeur testée par des valeurs plausibles différentes. En ce qui concerne l'actualisation, on a utilisé un taux de 3 p. 100, comme le recommande le Washington Panel on Cost-effectiveness (Gold et coll., 1996). Cependant, il convient de prendre aussi en considération des taux de 0 p. 100, 5 p. 100 et 10 p. 100, simplement pour voir si différents taux influeraient sur les conclusions que l'on pourrait tirer de l'évaluation. En employant ainsi une gamme de taux, on facilite les comparaisons avec le rapport coût-efficacité obtenu dans d'autres études qui ont employé les mêmes critères de rendement mais un taux d'actualisation différent dans le cas de référence.

Le Tableau A3.8 montre les résultats de l'application de taux d'actualisation différents aux coûts des deux interventions que sont la stratégie des écoles en santé (ES) et le SIVEA. En l'occurrence, le changement du taux d'actualisation réduit la différence entre les coûts des deux interventions, car une partie beaucoup plus grande des coûts est enregistrée dans la deuxième année. Toutefois, la différence est minime, ce qui n'est pas surprenant, car nous parlons ici d'une intervention ne durant que deux ans. Le taux d'actualisation exercerait une influence beaucoup plus grande si les coûts étaient étalés

2 Le facteur d'actualisation est obtenu au moyen de la formule suivante :  $FP = (1 + r)^{t-1}$ . Dans la formule,  $r$  est le taux d'actualisation et  $t$  désigne l'année où le coût a été enregistré. Dans le présent cas, le taux d'actualisation ( $r$ ) est de 3 p. 100. Le facteur d'actualisation à l'égard des coûts enregistrés au cours de la deuxième année ( $t = 2$ ) est donc égal à  $(1,03)^{2-1} = (1,03)^1 = 1,03$ .

sur plusieurs années. Ces constatations nous permettent de dire que les résultats de l'évaluation sont solides quant au choix du taux d'actualisation.

**TABLEAU A3.8/ Analyse de sensibilité : choix du taux d'actualisation**

CHOIX DU TAUX D'ACTUALISATION	TOTAL DES COÛTS		DIFFÉRENCE
	Écoles en santé	Écoles en santé + SIVEA	
Aucune actualisation (Taux = 0 %)	44 972 340 \$	182 473 390 \$	137 501 050 \$
Taux d'actualisation = 3 %	44 331 250 \$	180 053 000 \$	135 721 750 \$
Taux d'actualisation = 5 %	43 924 220 \$	178 516 250 \$	134 592 030 \$
Taux d'actualisation = 7 %	43 532 390 \$	177 036 940 \$	133 504 550 \$
Taux d'actualisation = 10 %	42 971 370 \$	174 918 840 \$	131 947 470 \$

*ii) Coût de renonciation du temps du personnel enseignant* : Au cours de l'application du SIVEA, on a recouru grandement au personnel enseignant pour recueillir, analyser et utiliser les données sur la prévalence des facteurs de risque chez les étudiants. Dans l'évaluation de référence, on s'est servi de la valeur médiane du salaire des enseignants pour évaluer le temps qu'ils consacraient au projet. On a utilisé cette valeur pour mieux généraliser les résultats de l'évaluation. Dans l'analyse de sensibilité, on pourrait par ailleurs employer le niveau le plus bas et le niveau le plus élevé de l'échelle salariale. Rappelez-vous aussi qu'on n'a pas utilisé les salaires des enseignants pour calculer le *coût financier* du SIVEA, mais parce que l'on cherchait à connaître le coût de renonciation du temps qu'ils consacraient à l'intervention. En se servant de leur salaire, on a effectivement supposé qu'en l'absence du SIVEA, les enseignants se seraient adonnés à autre chose et que leur salaire était ce que l'on pouvait le mieux substituer à la valeur de cette autre activité.

Cependant, le SIVEA aurait pu aussi aboutir à un emploi plus efficient du temps du personnel enseignant. La participation au SIVEA n'a peut-être pas toujours empêché le personnel de s'adonner à d'autres activités, et il se peut, en partie du point, qu'elle ait mis à profit des périodes creuses de la journée scolaire, quand il était difficile de faire quoi que ce soit d'autre. Dans le présent cas, l'emploi du coût salarial complet exagère le coût de renonciation du temps du personnel enseignant. On peut remédier à cela dans l'analyse de sensibilité en refaisant l'estimation des coûts après avoir appliqué des valeurs différentes au temps des enseignants. La façon la plus facile de faire cela constitue à utiliser des fractions du salaire (refaire l'estimation des coûts en employant 75 p. 100 du coût salarial, 25 p. 100, voire 0 p. 100). Si l'intervention paraît coûteuse dans le cas de référence, en attribuant une valeur nulle au temps du personnel enseignant, on peut voir si l'intervention demeure coûteuse même dans les conditions les plus favorables. Afin d'abrégier les choses, nous présentons les résultats obtenus avec 50 p. 100 du coût salarial, puis en attribuant une valeur nulle au temps du personnel enseignant (Tableau A3.9).

**TABLEAU A3.9/ Analyse de sensibilité : coût de renonciation du temps du personnel enseignant**

CHOIX DU TAUX SALARIAL	COÛTS DE L'INTERVENTION		DIFFÉRENCE
	Écoles en santé	Écoles en santé + SIVEA	
Coût salarial complet	44 972 340 \$	182 473 390 \$	137 501 050 \$
50 % du coût salarial	23 127 350 \$	110 529 390 \$	87 452 040 \$
0 % du coût salarial	1 282 350 \$	38 585 390 \$	37 303 040 \$

De toute évidence, le coût différentiel de la stratégie avec le SIVEA est sensible au changement des valeurs attribuées au temps du personnel enseignant. Cependant, l'ajout du SIVEA fait grimper considérablement le coût, même quand on suppose que les enseignants peuvent participer à l'intervention à un coût de renonciation nul.

## Étape 8 : Interprétation des résultats

Nous pouvons maintenant réunir les résultats de l'analyse; ils montrent que la mise en œuvre du SIVEA coûte plus cher, mais aussi que ce dernier est plus efficace, certainement pour ce qui est de renforcer les capacités mais aussi probablement de réduire la prévalence des facteurs de risque allant de pair avec un piètre état de santé chez les enfants scolarisés. Si nous nous reportons au diagramme à quatre quadrants montré dans la Partie 3 du présent Guide et reproduit ci-après, le SIVEA tombe dans le quadrant no 1.

La démarche adoptée ici comporte une limite : elle ne permet pas de dire si l'ajout du SIVEA à la stratégie des écoles en santé est rentable. Ce que l'on peut affirmer avec un certain degré d'assurance, c'est que des investissements supplémentaires sont nécessaires pour garantir l'amélioration observée au chapitre des résultats souhaités.

Dans l'estimation de référence, le coût différentiel du SIVEA (c'est-à-dire les sommes dépensées en sus de ce que l'on consacrait à la stratégie des écoles en santé) s'établit à 137 500 000 pesos colombiens (soit environ 60 000 \$ US). Cet investissement supplémentaire entraîne une augmentation de la capacité de la collectivité scolaire d'utiliser des renseignements pour mieux planifier et évaluer des interventions de promotion de la santé. L'indicateur sommaire du renforcement de la capacité est sans doute un peu difficile à comprendre, mais il ne faut pas en négliger l'importance. L'école qui applique le SIVEA est maintenant mieux placée non seulement pour améliorer la santé de sa population actuelle d'enfants scolarisés, mais aussi pour influencer sur celle des enfants qui s'inscriront chez elle dans l'avenir. Les retombées de cet investissement continueront donc à se manifester une fois partie la cohorte d'enfants qui a été examinée ici. La majorité des coûts du SIVEA ont été pris en compte, mais en excluant les améliorations qui se produiront chez ces cohortes futures, on a minoré les retombées de l'intervention.

Les renseignements fournis ici sur l'évolution des coûts, de la capacité et des facteurs de risque suffiront peut-être à convaincre les décideurs de passer à l'action. En investissant suffisamment de ressources et de temps dans l'évaluation, on pourrait faire une extrapolation entre, d'une part, les changements observés dans les facteurs de risque et, d'autre part, les changements dans les résultats en matière de santé et dans le coût des soins de santé. Ces renseignements sont d'une valeur plus évidente pour les décideurs, car ceux-ci peuvent voir, grâce à des comparaisons, où il vaut mieux affecter les ressources réservées à la promotion de la santé. Cependant, la modélisation nécessaire pour traduire les changements dans les facteurs de risque en changements prévus dans l'incidence des maladies, dans l'espérance de vie rajustée en fonction de l'état de santé et dans les coûts ajoute plus d'incertitude. Il y a donc un équilibre à trouver entre l'utilité des renseignements et la confiance que l'on accorde à ces derniers.

L'illustration de l'analyse de sensibilité jette aussi de la lumière sur la valeur de cette dernière. En l'occurrence, le taux d'actualisation n'est pas important. Nous n'avons montré ici ni les résultats, ni les changements qui pourraient être apportés au coût des articles consommables employés pendant les ateliers, ni une estimation du coût de l'utilisation des salles dans les écoles. Cependant, les résultats de l'évaluation sont sensibles au changement des hypothèses sur le coût de renonciation du temps du personnel enseignant. C'est donc là un aspect dont l'équipe d'évaluation devrait discuter d'assez près. Idéalement, il faudrait se renseigner auprès des écoles pour savoir précisément quelles activités les enseignants devraient laisser tomber afin de participer à l'intervention incluant le SIVEA. Avec ces renseignements, on pourrait voir si l'application des taux de salaire permet d'établir avec précision le coût de renonciation ou si cette technique l'exagère.

### Recommandations

Comme nous l'avons déjà déclaré, les résultats d'une évaluation économique sont très importants, mais ils ne suffisent pas pour prendre les décisions. D'autres aspects doivent être pris en compte. Dans le présent cas, les recommandations étaient destinées à deux auditoires : les écoles de la municipalité où le SIVEA était appliqué; les décideurs et la collectivité scolaire au sein de laquelle l'intervention allait avoir lieu. Dans les deux cas, il faut analyser les aspects socio-politiques et économiques liés au contexte.

Étant donné que la stratégie des écoles en santé avait donné de piètres résultats quant au renforcement des capacités, on en a fortement recommandé la réorientation et l'introduction de nouvelles stratégies pour optimiser les ressources existantes. L'application de la stratégie des écoles en santé coûte plus cher quand on y ajoute le SIVEA, mais ce phénomène est davantage dû à une utilisation optimale des ressources disponibles à l'école qu'à l'ajout de ressources sollicitées par ailleurs.

D'un autre côté, cet exemple a montré l'efficacité du SIVEA en se limitant à un seul indicateur. Comme d'autres études l'ont fait voir, les avantages du SIVEA vont au-delà du renforcement des capacités : en effet, ils comprennent aussi les changements dans la prévalence des facteurs de risque influant sur la santé et le bien-être de cette population et l'encouragement du développement local grâce à l'intégration des plans de différents secteurs et gouvernements dans les stratégies qui visent à promouvoir la santé publique.

À cette fin, les décideurs, au niveau des États, pourraient adopter de nouvelles lois et améliorer le fonctionnement des lois existantes. Avec des ressources financières supplémentaires et sans modifier l'objectif de la stratégie des écoles en santé, on pourrait utiliser le SIVEA comme point de départ pour développer les capacités des écoles, cerner les facteurs de risque et s'y attaquer, et créer des environnements sains. De cette façon, on utiliserait mieux les ressources existantes, au niveau des écoles.

On a aussi démontré, dans des évaluations antérieures, que le SIVEA est une stratégie réalisable, parce qu'il utilise les ressources et l'infrastructure financées par les gouvernements locaux et nationaux aux termes de la stratégie des écoles en santé. En outre, il a été largement accepté par le personnel enseignant et les étudiants. Tel n'a pas été le cas au début, mais l'appui dont le programme a bénéficié a augmenté quand on a montré au personnel enseignant et aux étudiants que le SIVEA les aidait et les habilitait à faire un meilleur travail, qu'il favorisait l'amélioration de la santé et de l'éducation et

qu'il facilitait les activités éducatives prévues dans le « projet éducationnel PEI » dont l'exécution est obligatoire dans les écoles publiques du pays.

Enfin, on a fortement recommandé d'évaluer le processus et de réunir des informations sur lui, afin d'améliorer la qualité des données produites et d'exécuter une évaluation plus informative.

## Étape 9 : Communication et diffusion des résultats

La gestion de l'information est non seulement une des activités primordiales pour garantir l'utilisation de l'information; c'est aussi la fonction la plus négligée. Afin de surmonter ce problème, il faut mettre en oeuvre continuellement de nombreuses activités telles que la sensibilisation, les stratégies de communication et la publicité pour mobiliser et motiver les parties dans l'école et à l'extérieur.

Deux structures fonctionnelles dans le territoire, soit l'école et le système communautaire de communication et d'information, ont été essentielles pour mener à bien les activités de diffusion et de réflexion. À l'école, l'intervention exécutée avec le SIVEA a profité de diverses activités quotidiennes (devoirs à faire à la maison, périodes de jeu et réunions de parents), des prospectus, des panneaux-réclames et du calendrier scolaire pour susciter la réflexion, le dialogue, la constatation des faits, l'entente et le consensus à la lumière de l'information. Par l'intermédiaire d'un système communautaire de communication et d'information, le SIVEA a profité des moyens locaux de communication et de planification du développement local.

On a mis sur pied une structure virtuelle pour accroître l'utilisation et la diffusion de l'information et on l'a appelée « contexte situationnel ». Bergonzoli (2000) définit cette structure comme suit (traduction) : « Contexte où la planification stratégique facilite la négociation et l'entente sur les engagements entre les différents acteurs contribuant à la production sociale de la santé, dans le milieu local. Dans cette structure, diverses connaissances se conjuguent pour cerner et étudier les situations relatives à la santé, analyser les déterminants et évaluer la viabilité et la faisabilité des solutions. »

En outre, on a conçu au niveau local des techniques de communication pour soutenir la gestion. Ces techniques ont fait intervenir l'administration scolaire, les promoteurs des plans locaux et sous-locaux de développement et les comités intersectoriels de participation des citoyens, entre autres. L'utilisation continue des gains visibles au profit de toutes les parties, en tant que produits des interventions visant à réduire les facteurs de risque et à améliorer la santé, est très utile pour amener différents secteurs à comprendre la justesse du système. Une action obligatoire, parallèlement à une surveillance et à une évaluation permanentes, et la participation de divers intervenants favorisent la construction d'un système viable.

L'information a servi à concevoir et à structurer des plans de développement pour les écoles et les municipalités, à surveiller les changements s'opérant dans les écoles, à réclamer des interventions liées aux facteurs de risque et à la création d'environnements sains et à créer une opinion publique sur les principaux déterminants de la santé dans la municipalité.

Les interventions conçues pour réduire les facteurs de risque résultaient de la planification stratégique dans le cadre de laquelle les activités menées à l'intérieur de l'école étaient liées à des décisions prises

à un niveau supérieur, de sorte que la portée de l'intervention dépassait l'école et englobait des zones géographiques plus vastes telles que la municipalité. Par exemple, la surveillance a servi à mettre sur pied le projet d'éducation institutionnel et à créer une école en santé. Parallèlement, les résultats de la surveillance ont été intégrés dans les plans de développement municipaux pour créer une municipalité en santé. À cet égard, les systèmes de surveillance et d'information existants pouvaient mieux donner une meilleure idée non seulement des facteurs de risque mais aussi des déterminants de la santé et du comportement de toute la population, l'objectif consistant à établir un lien entre la surveillance, les initiatives de promotion de la santé et la planification des politiques.

Le Tableau A3.10 décrit certaines des activités menées pour diffuser les résultats.

**TABLEAU A3.10/ Stratégie de communication – SIVEA**

OBJECTIFS	AUDITOIRE	ACTIVITÉS
Opinion publique au sujet de l'intervention avec le SIVEA	Médias de masse et population générale de la municipalité	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Transmission de renseignements par les médias locaux, la radio et la télévision et pendant les réunions.</li> <li>2. Réunion avec les journalistes de l'endroit où l'intervention a lieu pour les informer sur cette dernière et sur ses résultats.</li> </ol>
Habilitation aux niveaux de l'école et de la municipalité	Milieus de l'éducation	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Présentation des résultats à l'administration scolaire.</li> <li>4. Prospectus qui sont adressés aux parents et aux enseignants et qui mettent en lumière les principales questions qui les intéressent.</li> <li>5. Réunions et ateliers avec les parents, sous la direction des enseignants, pour planifier ce que l'école fera en fonction de l'évaluation.</li> <li>6. Tribune « cinéma » et entretiens avec les étudiants, les parents et les enseignants.</li> <li>7. Vidéo et murales conçues par les étudiants.</li> <li>8. « Contextes situationnels » appuyés par les étudiants et les enseignants pour afficher l'information en permanence.</li> </ol>
Inscrire le sujet aux programmes public et politique	Médias d'information	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Bulletins d'information destinés aux médias de masse.</li> <li>10. Rapport sur les résultats à l'intention des dirigeants politiques et des directeurs.</li> <li>11. Participation des chefs des programmes à des émissions télévisées régionales.</li> <li>12. Présentations au conseil municipal et aux décideurs.</li> <li>13. Présentations des résultats pendant des activités spéciales auxquelles participent les candidats à la mairie, les secrétaires municipaux, la première dame du Ministère ainsi que les secrétariats et les experts de l'éducation en santé et de la participation sociale.</li> </ol>
Sensibilisation Appropriation des connaissances par la société	Personnes politiques aux niveaux des municipalités et des États  Directeurs d'école	<ol style="list-style-type: none"> <li>14. Forum avec les candidats à la mairie pour présenter les résultats et proposer des thèmes primordiaux dont ils pourront tenir compte dans leurs plans de développement.</li> <li>15. Inclusion des résultats de l'évaluation pour soutenir les programmes à l'école.</li> </ol>
	Institutions du gouvernement et centres de recherche s'occupant du problème	<ol style="list-style-type: none"> <li>16. Présentation des résultats aux intervenants et aux responsables de la stratégie des écoles en santé.</li> <li>17. Publications scientifiques.</li> <li>18. Présentation des résultats pendant des réunions scientifiques.</li> </ol>

## BIBLIOGRAPHIE

Bandura, A., L'apprentissage social, Bruxelles, P. Mardaga, 1980 (Traducción española : Teoría del aprendizaje social, Madrid : Espasa-Calpe, 1982).

Bergonzoli, G., Sala Situacional, Instrumento para la vigilancia en Salud Pública, Manual de Autoinstrucción, OPS/OMS, Guatemala, 2000.

CEDETES, Caracterización de la Estrategia Escuelas Saludables en 22 municipios del Valle del Cauca, Proyecto PAB 2003, Gobernación Valle del Cauca y Cedetes.

CEDETES, Evaluación de Efectividad en Promoción de la Salud— Guía de Evaluación Rápida, CEDETES, 2004, ISBN: 958-33-6477-0.

de Salazar, L., Análisis comparativo de los factores de riesgo de comportamiento en adolescentes, en una institución educativa del municipio de La Cumbre. Informe final de investigación, Evaluación de Efectividad del SIVEA 2003-2004, CEDETES, Universidad del Valle (Colombie), 2005.

de Salazar, L., « Building capacity for risk factor surveillance in developing countries: a new approach », Médecine sociale et préventive, 50, Suppl. 1, 2005, S33-S37.

UIPES, 1999, « The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe », Rapport de la Commission européenne rédigé par l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé, Bruxelles.

República de Colombia, Escuelas Saludables, Lineamientos Generales de Escuelas. Documento Preliminar. Ministerio de Salud Nacional, Santa Fé de Bogotá. CEDETES, Escuelas Promotoras de Salud : Resultado de Alianzas entre la Academia, el Gobierno Municipal, y la Comunidad, CEDETES, 1999.

República de Colombia, Ministerio de Salud (Escuelas Saludables. Lineamientos generales de escuelas. Documento preliminar), Santa Fé de Bogotá, janvier 1998.

## ANNEXE 4 Le plan stratégique de la Saskatchewan pour la promotion de la santé de la population

### Introduction

La Stratégie de promotion de la santé auprès de la population adoptée par le ministère provincial de la Santé, en Saskatchewan (Canada), constitue l'objet d'une autre étude de cas utile sur l'applicabilité, l'utilité et les limites de l'évaluation économique. Contrairement à ce que nous avons fait avec le SIVEA, nous n'évaluons pas ici la rentabilité (coût-efficacité) de la stratégie de la Saskatchewan. L'exemple sert plutôt à montrer comment on peut aborder une telle question. En fait, comme nous l'expliquons plus bas, il n'est sans doute pas logique de penser que l'évaluation économique d'une telle stratégie est possible. Il faut plutôt décortiquer la question afin de cerner précisément le problème qu'une évaluation économique pourrait aider à surmonter.

Comme le résumé du plan stratégique l'indique (voir l'encart), la stratégie est multisectorielle, multifactorielle et participative et elle fait intervenir plusieurs niveaux. Elle comprend tous les éléments que nous avons décrits plus tôt comme étant essentiels à une bonne politique de promotion de la santé et aux pratiques judicieuses connexes. La stratégie est surtout axée sur des démarches « d'amont » conçues pour éliminer les « causes premières de la maladie » et pour promouvoir la santé, l'accent étant mis sur les conditions et les environnements dans lesquels les personnes vivent, travaillent et se divertissent.

### Quelle(s) est/sont la (les) question(s) économique(s) à examiner?

La stratégie de la Saskatchewan comporte plusieurs niveaux; les genres de questions auxquelles on peut répondre dans une évaluation économique seront fonction du niveau pris en considération.

On peut voir au moins quatre niveaux ou couches dans le plan : i) le niveau du plan stratégique dans son ensemble (la démarche axée sur la population / les contextes); ii) le niveau des stratégies composantes d'intervention (renforcement de l'action communautaire, création d'environnements favorables et élaboration d'une politique sur la santé publique); iii) le niveau des domaines d'intervention prioritaires (santé mentale, nutrition, toxicomanie et activité physique); iv) le niveau pratique (plusieurs interventions censément fondées sur les faits sont décrites, chacune étant comparée à l'approche traditionnelle axée sur les niveaux individuels). Dans chaque cas, l'évaluation part du niveau le plus bas.

### L'évaluation au niveau pratique

Il est plus facile d'envisager l'évaluation économique appliquée au plus bas de ces niveaux (c'est-à-dire au niveau pratique), et il est donc logique de commencer là, puis de voir où les problèmes se matérialisent à mesure que l'on remonte l'échelle vers la stratégie intégrée.

Prenons un seul exemple : le plan de la Saskatchewan fait référence au Simcoe County Action on Tobacco (SCAT) Project (Projet de lutte contre le tabagisme du comté de Simcoe) qui a été

réalisé en Ontario (Canada) (<http://www.ptcc-cfc.on.ca/bpt/pubs/pdf/014f.pdf>), pour donner un exemple d'intervention sanitaire visant à lutter contre la consommation de tabac dans la population. Le projet SCAT comportait trois principaux éléments, et chacun visait à empêcher les jeunes de commencer à fumer : a) créer des écoles sans fumée; b) restreindre l'accès des jeunes aux produits du tabac; c) appliquer des règlements dans les terrains de jeu et les parcs. Dans le plan de la Saskatchewan, ce projet à multiples volets est comparé à la démarche traditionnelle axée sur une seule intervention, par exemple recourir au marketing social pour essayer de persuader les jeunes de ne pas fumer.

#### ÉTUDE DE CAS/ Stratégie de promotion de la santé auprès de la population de la Saskatchewan

La stratégie de la Saskatchewan visant à promouvoir la santé de la population (Assainir les endroits où l'on vit, travaille et se divertit) est axée sur les démarches dites « d'amont » qui ont pour objet d'éliminer les causes premières de la maladie (et d'améliorer les conditions et les environnements dans lesquels les personnes vivent, travaillent et se divertissent). La stratégie vise à réduire les obstacles à la santé auxquels les personnes font face, en combinant une politique publique de santé, la création d'environnements favorables et le renforcement de la capacité de chaque population de prendre des mesures pour dissiper les menaces pesant sur sa santé collective.

La stratégie repose sur un jeu de valeurs :

- respecter la dignité de chaque personne, tout en accordant la priorité au bien commun en cas de conflit;
- encourager la participation de la collectivité au processus décisionnel;
- partager les ressources pour répondre aux besoins de tous les membres de la société;
- viser à la justice sociale pour réduire les inégalités en matière de santé;
- se soucier de l'environnement, de manière que la santé et la prospérité de la génération actuelle ne soient pas obtenues aux dépens des générations à venir.

Les auteurs de la stratégie ont aussi défini une série de résultats escomptés :

##### Résultats à court terme (trois ans) :

- participation accrue de la collectivité;
- utilisation accrue des partenariats intersectoriels aux stades de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation;
- capacité accrue des praticiens et des organisations à mettre en œuvre et à maintenir les programmes.

##### Résultats à moyen terme (cinq ans) :

- réduction des obstacles à l'accès à des choix plus sains;
- nombre accru de personnes ayant adopté des comportements plus sains;
- capacité accrue de la collectivité de créer des environnements plus sains et meilleur accès des populations vulnérables à ces derniers.

##### Résultats à long terme (10 ans) :

- amélioration de la santé, y compris la qualité de vie;
- réduction des inégalités en matière de santé.

On a accordé la priorité à quatre domaines d'action : le mieux-être mental, la nutrition, la toxicomanie et l'activité physique. Dans chacun de ces domaines, on a cerné une gamme de pratiques relatives à la santé de la population et fondées sur les faits; ces pratiques pourraient servir de base aux plans d'action à venir. Par exemple, on pourrait créer des environnements scolaires qui favorisent l'accroissement de l'activité physique de diverses façons et intégrer dans les programmes quotidiens des occasions de s'adonner davantage à l'activité physique (p. ex. en donnant le choix entre des modes de transport actifs).

— Saskatchewan Health, *Healthier Places to Live, Work and Play* (non daté). Texte téléchargé le 31 mai 2006 ([www.health.gov.sk.ca/ic\\_phb\\_hlthbook.pdf](http://www.health.gov.sk.ca/ic_phb_hlthbook.pdf))

Il serait relativement simple d'évaluer la rentabilité du projet SCAT s'il devait être réalisé en Saskatchewan. Au cours de l'évaluation du processus qu'a exécutée l'équipe chargée de mettre le projet en œuvre en Ontario, cette dernière a défini les ressources nécessaires et elle a même calculé le coût de chacune d'elles (une omission évidente : le coût de renonciation du personnel des unités de santé à qui il incombait de mettre le projet à exécution). Aux fins de l'évaluation économique, il faudrait préciser davantage ce que serait le comparateur en Saskatchewan (p. ex., ce que l'on entend par « démarche traditionnelle »), de manière qu'on puisse en évaluer les coûts et les avantages. Il faudrait aussi décider quels résultats seraient considérés importants.

Le choix des résultats-repères dépendrait fondamentalement de la question posée au début de l'évaluation économique. Si l'on avait déjà décidé qu'il fallait faire quelque chose pour réduire l'exposition des jeunes aux produits du tabac, alors il suffirait sans doute tout simplement de mesurer la différence dans l'offre de ces produits aux jeunes. L'étude coût-efficacité comparerait ce que coûteraient les mesures à prendre pour obtenir différents niveaux d'exposition en fonction de divers niveaux d'investissement dans le projet SCAT, ou elle comparerait le coût de la réalisation de différents niveaux d'exposition aux produits du tabac si l'on appliquait la démarche traditionnelle plutôt que l'approche SCAT. Il incomberait aux bureaucrates de décider s'il était judicieux ou non d'investir dans le projet SCAT.

Par ailleurs, les arguments seraient plus forts si l'on pouvait mesurer l'effet du programme SCAT sur la consommation de tabac, car il serait alors possible d'en estimer l'effet éventuel sur les résultats relatifs à la santé (p. ex. le nombre d'années de vie pondérées par la qualité perdues), ce qui convertirait l'étude coût-efficacité en une analyse coût-utilité. Cela permettrait alors de comparer le programme SCAT à d'autres genres de politiques et de programmes. Cela importerait tout particulièrement si le programme SCAT était en concurrence avec d'autres activités de promotion de la santé, voire avec le régime des soins de santé, pour l'obtention de ressources et que l'évaluation économique avait été amorcée afin d'examiner cette question stratégique plus vaste.

## Domaines d'intervention prioritaires

Bien sûr, en évaluant la rentabilité d'un seul programme à ce niveau, on passe outre au fait qu'en Saskatchewan, le projet SCAT serait intégré dans une stratégie exhaustive et plus vaste de lutte contre le tabagisme. Cela importe-t-il? Eh bien, oui, cela pourrait importer, mais seulement s'il y avait un rapport solide entre le projet SCAT et les autres volets de la stratégie de lutte contre le tabagisme et que cela influait sur l'exposition aux produits du tabac ou sur la consommation de ces produits.

Si l'efficacité du projet SCAT dépendait de la présence d'autres volets de la stratégie de réduction de la consommation du tabac, on réglerait la question en élargissant la description de l'intervention pour qu'elle inclue ces volets. À l'heure actuelle, le projet SCAT compte trois composantes qui ciblent toutes les jeunes, mais il pourrait tout aussi facilement en compter quatre ou plus. Dans les volets supplémentaires, on pourrait s'attaquer au tabagisme chez les adultes, par exemple, peut-être en interdisant l'usage du tabac dans les lieux publics, en renforçant les messages sur les emballages et en restreignant encore plus la publicité dans les points de vente.

La question qui se pose alors ressemble à la suivante : « Quelle est la rentabilité d'une stratégie antitabac complète » par rapport à une autre solution? Le comparateur pourrait être la stratégie même du comté de Simcoe, ou un sous-élément plus petit de la stratégie combinée visant les jeunes et les adultes. De toute évidence, l'évaluation économique se complique quand on ajoute des volets de cette façon et que la gamme des comparateurs possibles grandit. Tout cela signifie que l'évaluation exige plus de travail, mais, comme nous en avons parlé dans le corps du présent guide, aucun élément inhérent à une stratégie à multiples composantes ne rend une évaluation économique impossible.

Il se peut aussi qu'existe un rapport entre le volet antitabac et les autres aspects de la stratégie de la Saskatchewan. Par exemple, il est possible que ce volet soit plus efficace s'il est mis en œuvre parallèlement à des mesures qui visent à améliorer le climat social dans les écoles pour promouvoir la santé mentale. Cependant, ici encore, cela influe seulement sur ce que l'on considère comme étant l'intervention à évaluer et ne change pas la façon dont on ferait l'évaluation économique. En l'occurrence, l'intervention comprend le projet SCAT auquel on ajoute le programme mené dans les écoles. Les comparateurs pourraient être le projet SCAT à lui seul, ou des permutations des volets de ce projet, voire l'intervention éducative traditionnelle menée au niveau individuel.

### **Évaluation au niveau des composantes stratégiques**

À ce niveau, la stratégie définit trois domaines d'intervention : renforcer l'action de la collectivité, créer des environnements favorables et élaborer une politique sur la santé publique. On pourrait concevoir une évaluation économique dans laquelle on comparerait une intervention combinant des mesures prises dans tous les trois domaines avec des interventions comprenant des permutations de mesures propres à un ou deux d'entre eux. Cependant, ce ne sont vraiment rien de plus que des étiquettes mixtes fixées à différentes interventions, certaines se rapportant à la capacité de la collectivité et d'autres aux déterminants environnementaux de la santé, et d'autres encore concernant la politique. Une évaluation faite à ce niveau ne signifie rien du tout à moins que les composantes soient définies tout d'abord. À ce stade toutefois, l'évaluation économique est réduite à une comparaison entre différentes combinaisons de stratégies ou de pratiques. Les résultats à mesurer pourraient aussi être des résultats simples ou des combinaisons (voir ci-dessus), à condition que les mêmes résultats soient employés dans toutes les interventions comparées entre elles.

### **L'approche axée sur la santé de la population et sur les contextes ou cadres**

Le niveau le plus élevé désigné dans le plan stratégique de la Saskatchewan était celui de l'approche axée sur la santé de la population; cette approche constituait le cadre d'organisation et le contexte visés par les interventions. On pourrait s'interroger sur les mérites économiques qu'il y a à adopter une approche fondée sur la population plutôt que sur l'individu. On pourrait aussi poser la question économique en comparant l'approche axée sur les contextes avec une autre option, par exemple la planification fondée sur la région géographique, un groupe client ou une maladie. Il serait difficile de répondre à la question d'un point de vue économique dans l'un ou l'autre cas, car il serait difficile de réunir des données comparables dans l'analyse contre-factuelle. Cependant, il s'agit d'une question discutable, car, tandis que l'on commencerait à cerner ce que l'on entendait par « approche axée sur la santé de la population » ou « fondée sur les contextes », on commencerait à préciser les caractéristiques des interventions des niveaux inférieurs; or, comme nous l'avons souligné plus haut, ce sont ces dernières, prises une à une ou en combinaison, qui font l'objet de l'évaluation économique.

## Discussion de clôture

La stratégie de la Saskatchewan concernant la santé de la population est un bon exemple d'une intervention de promotion de la santé complète et à multiples volets : ici, comment l'économiste pourrait-il formuler la question-thème de son évaluation économique? On a fait valoir que, bien qu'il soit possible de formuler des questions économiques judicieuses aux plus hauts niveaux de la stratégie, il est improbable qu'une évaluation serait faite à ces niveaux. La question posée dans l'évaluation économique doit se rapporter aux choix que les décideurs et les praticiens doivent faire. L'adoption d'une perspective axée sur la santé de la population ou l'application de la stratégie dans des contextes définis pour améliorer la santé constituent certainement les résultats choisis par les décideurs supérieurs du ministère provincial de la Santé, mais de tels choix deviennent partie intégrante du portefeuille de politiques et de pratiques mises en œuvre aux niveaux inférieurs. Or, c'est là que les mérites économiques de la stratégie peuvent le mieux être évalués. C'est aux niveaux inférieurs que l'on peut évaluer le mieux les politiques et les pratiques composant la démarche complète et à multiples volets, et les comparer à celles qui n'ont pas ces caractéristiques.

## ANNEXE 5 Liste de contrôle pour une critique des évaluations économiques

Le conseil de rédaction du British Medical Journal a dressé la liste des questions qu'il propose aux réviseurs d'utiliser quand ils mesurent la qualité des évaluations économiques remises au Journal aux fins de publication. La liste est utile pour juger de la qualité d'une évaluation faite par quelqu'un d'autre, mais on peut aussi s'en servir pour dresser le plan de sa propre évaluation. Drummond et Jefferson (1996) expliquent le bien-fondé de la liste de contrôle que l'on peut trouver dans le site Internet du B.M.J. (<http://bmj.bmjournals.com/advice/checklists.shtml>).

### Méthodologie

- 1/ La question thème du projet de recherche a été formulée.
- 2/ L'importance économique de la question thème du projet de recherche a été précisée.
- 3/ Le(s) point(s) de vue de l'analyse a (ont) été clairement énoncé(s) et justifié(s).
- 4/ On a expliqué pourquoi l'on a choisi les programmes ou les interventions qui seront comparés entre eux.
- 5/ Les diverses interventions comparées entre elles ont été clairement décrites.
- 6/ La forme d'évaluation économique utilisée a été précisée.
- 7/ On a justifié le choix de la forme d'évaluation économique par rapport aux questions auxquelles on vise à répondre.

### Collecte des données

- 8/ La (Les) source(s) utilisée(s) pour mesurer l'efficacité est (sont) indiquée(s).
- 9/ Les détails du modèle et les résultats de l'étude d'efficacité sont fournis (s'ils sont fondés sur une seule étude).
- 10/ Les détails de la méthode de synthèse ou de la méta-analyse des estimations sont fournis (s'ils sont fondés sur un survol d'un certain nombre d'études d'efficacité).
- 11/ Les principaux paramètres de mesure des résultats de l'évaluation économique sont fournis.
- 12/ Les méthodes qui ont servi à évaluer les états de santé et d'autres avantages sont définies.
- 13/ Les détails sur les sujets auprès de qui les calculs ont été obtenus sont fournis.
- 14/ Les changements de productivité (s'ils sont inclus) font l'objet d'un rapport séparé.
- 15/ On discute de la pertinence des changements de productivité par rapport à la question étudiée.
- 16/ Les quantités de ressources sont indiquées à part des coûts unitaires correspondants.
- 17/ Les méthodes d'estimation des quantités et des coûts unitaires sont décrites.
- 18/ Les données sur les devises et les prix sont enregistrées.
- 19/ Les détails sur les devises ou les rajustements des prix aux fins de l'inflation ou de la conversion monétaire sont fournis.
- 20/ Les détails sur tout modèle employé sont fournis.
- 21/ Le choix du modèle employé et des principaux paramètres sur lesquels il est fondé est justifié.

## Analyse et interprétation des résultats

- 22/ L'horizon prévisionnel relatif aux coûts et aux avantages est indiqué.
- 23/ Le(s) taux d'actualisation est (sont) indiqué(s).
- 24/ Le choix du (des) taux est justifié.
- 25/ Une explication est donnée si les coûts ou les avantages ne sont pas actualisés.
- 26/ Des détails sur les tests statistiques et les intervalles de confiance sont fournis dans le cas des données stochastiques.
- 27/ L'approche adoptée pour l'analyse de sensibilité est indiquée.
- 28/ Le choix des variables pour l'analyse de sensibilité est justifié.
- 29/ Les intervalles de variation des variables sont indiqués.
- 30/ Les solutions de rechange pertinentes sont comparées entre elles.
- 31/ On fait un compte rendu sur l'analyse différentielle.
- 32/ Les principaux résultats sont présentés sous une forme désagrégée et sous une forme regroupée.
- 33/ La réponse à la question étudiée est fournie.
- 34/ Les conclusions découlent des données signalées.
- 35/ Les conclusions s'accompagnent des avertissements appropriés.

## BIBLIOGRAPHIE

Drummond M.F., Jefferson T.O., au nom du B.M.J. (Équipe de travail sur l'évaluation économique), « Guidelines for authors and peer reviewers of economic submissions to the BMJ », *British Medical Journal*, 1996, 313, p. 275-283.



**Organisation  
panaméricaine  
de la santé**



*Initiative conjointe du Centre collaborateur  
de l'Organisation mondiale de la santé*

525 Twenty-third Street, NW  
Washington (DC) 20037

[www.paho.org](http://www.paho.org)

