



Faire progresser la promotion de la santé dans les Amériques



Leçons
tirées de

15
études
de cas



**Organisation
panaméricaine
de la santé**



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

Le présent rapport est le fruit d'une initiative coopérative entre l'Organisation panaméricaine de la santé/Organisation mondiale de la santé (OPS/OMS) et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), et a été donné à contrat et subventionné par l'ASPC.



Faire progresser la promotion de la santé dans les Amériques



Leçons
tirées de

15
études
de cas

Coordination :

Sylvie Desjardins, *Agence de la santé publique du Canada*

Révision :

Marilyn Rice, *Organisation panaméricaine de la santé*

Préparé par :

Maria Cristina Franceschini, *Organisation panaméricaine de la santé*



Remerciements

Les auteurs aimeraient remercier les personnes et les institutions suivantes, qui ont aidé à préparer les études de cas (par ordre alphabétique) :



Brésil (Fortaleza) : Maria Gabriela Curubeto Godoy



Brésil (Guarulhos) : Douglas Brandalise, Emilia Broide, Jonas Dias, Paulo Fernando Capucci, Rosilda Mendes



Canada: Katherine Minich, Suzanne Jackson



Costa Rica: Gerardo Galvis, Idalí Ledesman, Sandra Murillo, Xinia Bustamante, l'équipe de la santé locale de la ville de Neilly, Conseil de sécurité alimentaire de Corredores



É. U. (Indiana) : Alicia Chadwick, Helen W. Lands, Mary Beth Riner, Marty Rugh



É. U. (Kansas) : Jerry Schultz, Steve Fawcett, Vicki Collie-Akers



Guyane : Anthony Hunte, Dionne Broone, Juno Lawrence, Lucy Anderson, Lydia Indira Badal, Preeta Sajwack, ministère de la Santé et ministère de l'Éducation de la Guyane



Mexique : Luz Arenas Monreal, Pastor Bonilla Fernández, Cristina Caballero García, Elba Abril, Héctor Hernández, Sofía Cuevas



OPS/OMS : Sofialeticia Morales, Daniel Lee, Francisca Valenzuela



Paraguay: Direction de la promotion de la santé – ministère de la Santé publique et du Bien être social



Saint Vincent et les Grenadines : Carrie Mathews, Juno Lawrence, Patsy Wyllie, Rosita Alexander-Snagg



Uruguay: Adriana Serra, Elena Garcia Martinez, Maria Isabel Ressio Charvet, Mariana Perera, Mario Gonzalez, Rosana Díaz Rus



Sommaire

La façon de réduire les inégalités en matière de santé est l'un des plus importants défis que doivent relever les pays des Amériques, compte tenu des variations sociales, économiques, politiques, climatiques et ethniques considérables qui existent dans la région. Comme l'intérêt pour la promotion de la santé (PS) s'est accru à l'échelle mondiale, l'analyse de son incidence sur la santé de la population est devenue une priorité dans plusieurs pays. En conséquence, la PS est de plus en plus utilisée comme stratégie centrale dans le cadre des initiatives de développement communautaire.

Depuis 2007, le Groupe de travail sur l'efficacité de la promotion de la santé de l'OPS élabore le *Guide to Document Health Promotion Initiatives* (guide de documentation des initiatives de promotion de la santé) comme ressource pour aider les pays des Amériques dans leurs efforts visant à documenter les initiatives de promotion de la santé. Le présent rapport fournit une analyse des principales leçons tirées de 15 études de cas effectuées avec l'aide du Guide. Il fait ressortir les caractéristiques, les questions et les thèmes qui étaient communs au cours de la mise en œuvre de programmes et d'initiatives de promotion de la santé dans différents contextes sociaux, culturels et économiques, avec divers niveaux de ressources et dans des cadres politiques/administratifs complexes. Il tente également de définir et d'analyser les divers mécanismes, processus et outils utilisés aux fins de ces initiatives pour appuyer les mesures prises en matière



de promotion de la santé. Il est prévu que ce rapport aidera à guider les mesures futures visant à mettre en œuvre des méthodes de promotion de la santé ayant pour but d'améliorer la qualité de vie des résidents des Amériques.

L'examen de ces études de cas donne à entendre qu'il n'y a pas d'ensemble unique de caractéristiques contextuelles qui étaient absolument nécessaires pour appuyer les mesures de PS. Toutefois, certaines caractéristiques semblaient faciliter l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies (par exemple, travailler avec une collectivité organisée). L'absence de certains facteurs (tels que l'engagement national ou institutionnel à l'égard de la promotion de la santé) pourrait être compensée en mettant fortement l'accent sur d'autres facteurs (tels qu'une participation publique soutenue et une collaboration intersectorielle générale au niveau local).

Les études de cas ont permis de dégager les principales caractéristiques de l'environnement stratégique qui ont joué un rôle central quant aux initiatives. Ces caractéristiques comprenaient le type de leadership politique aux principaux ordres des gouvernements; les systèmes et les processus politiques en place; les principales politiques (régissant l'économie, l'éducation, le travail, le logement, etc.); l'existence d'initiatives et de cadres antérieurs qui étaient axés sur la promotion de la santé et ses thèmes connexes; les cadres politiques et juridiques solides en place, en particulier au niveau national; le degré de fragmentation entre les fournisseurs et les secteurs de services; la faible capacité technique en PS du personnel clé des institutions clés; l'existence de bons modèles et expériences; le niveau d'organisation et d'engagement des collectivités; les structures préexistantes au sein de la collectivité (telles que les organisations communautaires, les comités, etc.); l'existence de réseaux nationaux solides; le contexte social et économique en évolution; les politiques et structures institutionnelles; les priorités changeantes des gouvernements et des organismes internationaux; les caractéristiques des pays; la force et les caractéristiques des réseaux sociaux; les

normes culturelles et sociales; la présence de particuliers engagés et énergiques; les autorités et les décideurs locaux pleinement engagés; la croissance urbaine rapide et imprévue; la dépendance à l'égard du secteur public.

Les études de cas ont également fait ressortir clairement l'importance de faire participer les autorités et les décideurs locaux aux initiatives de PS; toutefois, elles ont mis en évidence la difficulté de maintenir leur responsabilité et leur participation avec le temps. Le rôle central de la participation et de l'habilitation communautaires pour la réussite de la planification, de la mise en œuvre et de la durabilité des initiatives de PS est également ressorti. La participation a favorisé un changement de paradigme au sein de la population (reconnaissance des droits à la santé et à la qualité de vie; attentes liées à l'adoption de modèles fondés sur la PS, par opposition à des services de santé axés sur les traitements) et a généré une plus grande capacité d'analyse et de dialogue critiques et accru l'accès aux services et l'élimination des obstacles.

La collaboration intersectorielle, qui a eu lieu à divers niveaux, a joué un rôle important dans toutes les études de cas publiées. Des alliances ont été établies avec une vaste gamme de secteurs et d'intervenants tels que les gouvernements, les fournisseurs de services de santé, les ONG, les organisations professionnelles et communautaires, entre autres. Certaines alliances plus faibles ont été signalées au sein du secteur privé. Quelques études de cas ont fait état de défis attribuables à la structure « compartimentée » des organismes internationaux et d'autres organismes de haut niveau, ce qui a rendu difficile la tâche de composer avec des questions qui étaient entrelacées dans le contexte communautaire. Les études de cas ont également fait état de diverses tentatives de renforcement et d'établissement de politiques publiques saines, qui ont connu divers degrés de succès, tandis que d'autres ont signalé les défis à relever pour élaborer des politiques publiques durables et saines.

Voici les principaux défis qui ont été mentionnés : les retards occasionnés par les

transitions politiques et les changements constants de gouvernements à divers niveaux; le roulement important du personnel au sein des institutions clés; l'absence de soutien de la part d'intervenants cruciaux; la résistance manifestée par les autorités locales, le personnel des institutions clés, les gestionnaires de programmes, les consommateurs et d'autres principaux partenaires; la capacité restreinte de documenter, de suivre et d'évaluer les initiatives de PS; le financement restreint; le partage des pouvoirs; le travail effectué avec des institutions dont les structures sont rigides et bureaucratiques.

Les principales leçons tirées de ces expériences comprennent la nécessité d'établir une coalition solide entre tous les secteurs de la société afin de renforcer et de soutenir les initiatives de PS au cours des périodes de transition politique; l'importance de travailler avec les institutions afin d'ouvrir les voies de communication, d'envisager de nouveaux modes de collaboration intersectorielle et de régulariser les processus et les méthodes dans les plans et les programmes de travail; la nécessité de maintenir un leadership solide, soutenu et dynamique, à la fois de la part des particuliers et des institutions, aux niveaux local et national; la nécessité de promouvoir l'organisation communautaire tout en fournissant un appui et des conseils à ceux qui jouissent réellement de pouvoirs décisionnels au sein des administrations locales, et d'établir des liens avec celles-ci; l'importance du partage des pouvoirs pour établir une collaboration intersectorielle réussie; le potentiel de réussite des processus partant de la base au niveau local; la nécessité d'investir dans l'évaluation systématique des mesures de PS et de les promouvoir; l'importance d'élaborer des politiques pour améliorer la durabilité et l'institutionnalisation des pratiques, des méthodes et des stratégies de la PS.

Faire
progresser
la promotion
de la santé
dans les
Amériques



Leçons
tirées de
15
études de
cas

Acronymes/abréviations

ASPC	Agence de la santé publique du Canada
DSS	Déterminants sociaux de la santé
EPS	Écoles faisant la promotion de la santé
GT	Groupe de travail de l'OPS sur l'évaluation de l'efficacité de la promotion de la santé
ME	Ministère de l'Éducation
MS	Ministère de la Santé
MVCS	Stratégie pour des municipalités, des villes et des collectivités saines
OPS/OMS	Organisation panaméricaine de la santé/Organisation mondiale de la santé
PS	Promotion de la santé

Table des matières



Introduction	1
Aperçu des études de cas	4
Principaux mécanismes et composantes de la promotion de la santé	7
Principaux défis et obstacles quant aux mesures de PS	16
Principales leçons	19
Conclusion	22
Références	24
Brefs résumés des études de cas	25



Introduction

La façon de réduire les inégalités en matière de santé est l'un des plus importants défis qui se posent aux pays des Amériques, compte tenu des variations sociales, économiques, politiques, climatiques et ethniques considérables qui existent dans la région. Bien que des progrès importants aient été réalisés dans de nombreux pays au cours des quelques dernières années, la région est toujours l'une des plus inégales sur les plans de la richesse et de la santé.

Malgré les preuves qui donnent à entendre que les inégalités en matière de santé sont attribuables à la répartition inégale des ressources, des pouvoirs et des possibilités, la plus grande part des ressources affectées à la santé dans les Amériques continue d'être investie exclusivement dans les soins de santé. Traditionnellement, les politiques et les interventions dans la région étaient axées sur la prévention et le traitement des maladies, par opposition à la promotion des facteurs qui créent et maintiennent la santé et le développement. Toutefois, à mesure que l'intérêt pour la promotion de la santé (PS) s'est accru à l'échelle mondiale, l'analyse de son incidence sur la santé des populations est devenue une priorité dans de nombreux pays. En conséquence, au cours des quelques dernières années, la région a connu un accroissement des politiques et des activités qui intègrent la méthode axée sur la promotion de la santé et qui reconnaissent, renforcent et utilisent les capacités, les actifs et les



ressources d'une population pour améliorer sa propre santé.

Au cours des trois dernières décennies, la promotion de la santé a été de plus en plus utilisée comme stratégie centrale aux fins des initiatives de développement communautaire, et les gouvernements et les organismes internationaux à l'échelle mondiale ont accru considérablement leurs investissements dans les programmes et les politiques de promotion de la santé. Partant d'un accent sur la prévention des maladies au cours des années 1970, le concept de la promotion de la santé a évolué et s'est élargi pour incorporer divers secteurs et intervenants, pour souligner la nécessité de politiques publiques saines et pour créer des environnements sains. Au cours des dernières années, le concept de « déterminants sociaux de la santé » (DSS) a été intégré dans la promotion de la santé, à la suite de demandes, à l'échelle mondiale, de changement social, de garanties plus équitables en matière de santé et de développement, et compte tenu de la nécessité d'investir dans les capacités et le leadership relatifs à la promotion de la santé, et de les renforcer.

Concurremment, depuis les années 1980, les pays des Amériques, en particulier l'Amérique latine et les Caraïbes, ont fait l'objet de processus importants de démocratisation et de décentralisation qui se sont traduits par un remaniement important de leurs profils social, politique, culturel et économique. Ces processus ont donné lieu à une redistribution territoriale des pouvoirs et des ressources dans le cadre de réformes politiques/administratives, ainsi qu'à une autonomie accrue en matière décisionnelle et de gestion des ressources au niveau local. Par conséquent, le concept des administrations locales et régionales en tant que facilitateurs de la participation communautaire et de la mobilisation des ressources et des capacités locales a été grandement renforcé. Vers les années 1990, la promotion de la santé est apparue comme une stratégie importante dans la région, offrant des propositions viables pour relever les défis intégrés de la santé et du développement humain tout en prenant en

compte le profil sanitaire complexe des pays qui en font partie.

De nos jours, bien que la promotion de la santé soit largement considérée comme une méthode efficace pour articuler les efforts intersectoriels autour des objectifs sanitaires et pour améliorer la santé au niveau local, les fondements scientifiques et la généralisation de ses réalisations restent obscurs. Les spécialistes en promotion de la santé signalent depuis longtemps la nécessité d'établir des méthodes, des indicateurs et des cadres directeurs appropriés capables de mesurer les changements dans de tels contextes à multiples facettes et en évolution, afin d'aider les gouvernements, les décideurs et les responsables de l'élaboration des politiques à comprendre les avantages des investissements dans les méthodes de promotion de la santé. Les interventions visant la promotion de la santé ont tendance à être complexes, à dépendre du contexte, à se produire à divers niveaux décisionnels (c. à d. local, infranational et national), dans divers contextes et au sein de divers groupes. Ces interventions utilisent de multiples stratégies, sont souvent de grande portée, fonctionnent selon de longs échéanciers, exigent de nombreuses ressources (Judd et coll., 2001) et de la souplesse pour s'adapter à un environnement en mutation constante. Les modes existants d'évaluation des outils et des méthodes ne saisissent habituellement pas de façon efficace les changements qui surviennent quant aux facteurs essentiels de promotion de la santé, ne se prêtent habituellement pas à une application aux contextes communautaires dans lesquels ces interventions ont lieu et, dans la plupart des cas, ne fournissent pas d'éclaircissements sur l'effet multiplicateur de travailler de façon coordonnée avec divers niveaux décisionnels et niveaux d'action.

Les fondements scientifiques de la promotion de la santé mettent trop fortement l'accent sur les données concernant les résultats en matière d'état de santé et de changement comportemental individuel, au détriment des fondements liés au renforcement de la capacité, à la participation et à l'habilitation communautaires et aux



avantages d'aborder les déterminants sociaux de la santé plus généraux, de façon intersectorielle. Cette situation peut avoir pour effet que les intervenants tirent des conclusions inadéquates en matière de promotion de la santé en tant qu'approche pratique pour améliorer la santé des collectivités et de la population et pour élaborer des politiques et des programmes fondés sur des observations qui définissent les collectivités et les particuliers dans des termes négatifs, et à faire abstraction des facteurs positifs et favorables à la santé (Morgan et Ziglio, 2007).

En 1999, dans le but de combler ces lacunes, l'Organisation panaméricaine de la santé/Organisation mondiale de la santé (OPS/OMS) a établi un Groupe de travail (GT) sur l'évaluation de l'efficacité de la promotion de la santé, composé de spécialistes en évaluation provenant des principales institutions des Amériques qui travaillent aux questions liées à la promotion et à l'évaluation de la santé ainsi qu'au développement local. Le GT comprenait des personnes provenant des secteurs public, privé et universitaire de divers pays de l'hémisphère, notamment l'Argentine, le Brésil, le Canada, le Chili, la Colombie, l'Équateur et les États Unis. Au cours des années, le GT a élaboré divers documents pour aider à guider les efforts d'évaluation de la PS et contribuer à l'établissement de politiques et de programmes de PS améliorés.

Depuis 2007, le GT de l'OPS élabore et met à l'essai sur le terrain le *Guide to Document Health Promotion Initiatives* (guide de documentation des initiatives de promotion de la santé) de l'OPS à titre de ressource pour aider les pays des Amériques dans leurs efforts de documentation de leurs initiatives de promotion de la santé. On s'attend à ce que, si de nombreuses expériences sont documentées de la même façon, de manière à saisir le même type de renseignements qui ne sont habituellement pas saisis, elles fourniront une occasion de faire rapport collectivement de l'efficacité des interventions ayant trait à la promotion de la santé. Les membres du Groupe de travail de l'OPS ont mis le Guide à l'essai sur le terrain dans divers contextes des Amériques, y compris

les pays de langues espagnole, anglaise et portugaise. On s'attend à ce que l'application du Guide accroisse l'information disponible au sujet des processus, des résultats et des incidences réalisés dans le cadre d'initiatives de promotion de la santé dans la région. L'application du Guide peut également fournir la possibilité de partager des expériences et de faire des recommandations sur la façon d'améliorer le regroupement et l'analyse des renseignements sur la promotion de la santé afin d'appliquer les résultats en vue d'améliorer les politiques et les programmes de promotion de la santé dans la région.

Le présent rapport fournit une analyse des principales leçons tirées des 15 études de cas effectuées au cours de l'essai sur le terrain du *Guide to Document Health Promotion Initiatives* (guide de documentation des initiatives de promotion de la santé) de l'OPS. Plus précisément, ce document définit les caractéristiques, les questions et les thèmes qui étaient communs au cours de la mise en œuvre de programmes et d'initiatives de promotion de la santé dans divers contextes sociaux, culturels et économiques, au moyen de divers niveaux de ressources et de cadres politiques/administratifs complexes. Il tente également de définir et d'analyser les divers mécanismes, processus et outils utilisés aux fins de ces initiatives pour appuyer les mesures de promotion de la santé. On s'attend à ce que ce rapport aide à guider les mesures futures visant à mettre en œuvre des méthodes de promotion de la santé qui permettront d'améliorer la qualité de vie des résidents des Amériques.

Faire progresser la promotion de la santé dans les Amériques



Leçons tirées de
15
études de cas



Aperçu des études de cas

L'ensemble de 15 études de cas a été choisi parmi un total de 17 études de cas effectuées au cours de cette activité. La sélection était fondée sur l'intégralité et l'utilité des données fournies par les responsables de chacune des études de cas. Les 15 études de cas représentent une combinaison d'expériences de pays à revenus élevé, moyen et faible dans les Amériques, dans divers contextes sociaux, économiques, culturels et politiques (voir le tableau 1). Les études de cas ont été mises en œuvre à différents niveaux, national ou local, et axées sur divers groupes démographiques. La plupart des études de cas ont été mises en œuvre dans un contexte communautaire ou municipal, mais on a également fait état de cas axés sur les écoles et le milieu de travail. Les rapports sur les origines des initiatives (raisons données pour entreprendre l'initiative) étaient également variés et portaient notamment sur les sujets suivants :

- intérêt politique pour l'enjeu fondamental résultant de la demande populaire, de réélections, ou de pressions exercées par des organisations communautaires et internationales. Tel était le cas de Guarulhos, au Brésil, où une demande populaire élevée quant aux services de santé s'est traduite par une attention renouvelée pour les questions de santé de la part des candidats politiques cherchant à se faire réélire;
- problèmes touchant une population particulière ou un contexte précis. Les exemples



comprennent la violence et l'obésité chez les enfants d'âge scolaire (Mexique), et des écarts documentés en matière de santé parmi les minorités (Kansas [Missouri], É. U.);

- 🍏 disponibilité d'un financement (du gouvernement ou d'autres organisations) accordé pour mettre au point des initiatives axées sur une population ou un problème particulier. Aux États Unis, une demande de propositions lancée par une organisation pour que les collectivités participent à une initiative à l'échelle nationale pour régler les écarts en matière de santé a déclenché l'établissement de la Kansas City Chronic Disease Coalition;
- 🍏 réaction à un évènement ou une initiative au niveau national ou régional, qui a donné lieu à des mesures telles que la création de comités nationaux, ou à un engagement formel au niveau national. Par exemple, au Paraguay, une initiative a été lancée à la suite d'une entente entre l'OPS/OMS et le ministère de la Santé (MS) visant à renforcer les cadres politique et juridique liés à la promotion de la santé et à la Stratégie pour des municipalités, des villes et des collectivités saines (MVCS). Au Canada, l'initiative visant à travailler avec la population inuite a fait suite à l'établissement d'une Commission sur les peuples autochtones;
- 🍏 initiative d'un dirigeant ou d'une organisation communautaire visant à inciter à la prise de mesures relativement à un besoin insatisfait, ou à répondre à ce dernier. Tel était le cas en Uruguay, où un activiste communautaire s'est fait le catalyseur de la prise de mesures visant à mettre en œuvre des politiques et des mesures de promotion d'un milieu de travail sans tabac, de même que l'Indiana, aux É. U., où des organisations communautaires se sont regroupées pour inciter à la prise de mesures visant à améliorer la qualité de vie de la collectivité;
- 🍏 en réponse à un besoin insatisfait. À Fortaleza, au Brésil, des organisations communautaires se sont regroupées pour fournir des services aux familles à risque au sein d'une collectivité qui n'obtenait pas l'attention publique nécessaire pour répondre à ses besoins.

Toutefois, l'analyse des études de cas a certaines limites importantes. Souvent, ces études de cas représentaient la perspective d'une personne ou d'un groupe de personnes provenant d'un secteur (par exemple,

ministère de la Santé) qui ont appliqué le Guide. Il aurait été intéressant d'inclure la perspective d'autres intervenants qui ont participé aux initiatives. Le ton des études de cas était souvent positif, par opposition à critique, et il n'y avait pas de possibilité de déterminer l'existence de points de vue opposés, le cas échéant. Chacune des études de cas a été effectuée par un auteur différent et, par conséquent, il y avait certaines variations quant à la façon dont l'information était présentée. En outre, certaines études de cas avaient l'avantage d'avoir été effectuées avec l'aide d'un facilitateur qui avait reçu une formation au sujet de l'utilisation du Guide de l'OPS, tandis que d'autres n'ont reçu aucune forme de conseil ou d'aide.

Faire progresser la promotion de la santé dans les Amériques



Leçons tirées de
15
études de cas

Tableau 1. Aperçu des études de cas

Nom de l'expérience		Pays	Niveau de mise en œuvre	Contexte	Population / groupes cibles
Initiative communautaire sur la santé mentale		Brésil (Fortaleza)	Local	Collectivité	Population en général
Santé participative		Brésil (Guarulhos)	Local	Collectivité	Population en général
Inuit/Tutarvingar		Canada	Local	Collectivité	Population inuite
Visages, Voix et Places		Costa Rica (Cantón Corredores)	Local	Municipalité	Population en général
Programme des écoles faisant la promotion de la santé		Guyane	National	Écoles	Enfants d'âge scolaire
Écoles faisant la promotion de la santé		Mexique	National and local	Écoles	Enfants d'âge scolaire
Municipalités, villes et collectivités saines		Paraguay	National	Municipalités	Population en général
Programme national de mieux être		Saint Vincent et-les-Grenadines	National	Collectivité	Population en général
Programme d'aide à domicile pour les personnes âgées		Saint Vincent et-les-Grenadines	National	Collectivité	Personnes âgées
Dépistage précoce du cancer du sein		Uruguay	Local	Collectivité	Femmes
Promotion de la santé cardiovasculaire		Uruguay	Local	Collectivité	Population en général
Initiative pour des immeubles sans fumée		Uruguay	Local	Milieu de travail	Personnel et visiteurs
Milieu de travail sans fumée		Uruguay	Local	Milieu de travail	Personnel et visiteurs
Initiative de Crooked Creek sur la qualité de vie		É. U. (Indiana)	Local	Collectivité	Population en général
Coalition de la ville de Kansas relative aux maladies chroniques		É. U. (ville de Kansas)	Local	Collectivité	Latinophones et Afro-américain





Principaux mécanismes et composantes de la promotion de la santé

L'importance du contexte

Il est largement reconnu que le contexte est un aspect fondamental de la pratique et de l'évaluation de la promotion de la santé (Poland, Frohlich, Cargo, 2008). Un contexte particulier pourrait permettre de prendre des mesures importantes en matière de promotion de la santé qui, dans un contexte différent ou à une époque différente, pourraient échouer. Toutefois, compte tenu des complexités de la cartographie et de l'évaluation des facteurs contextuels, ces mesures ne sont pas automatiquement intégrées ou dûment expliquées aux fins de la conception ou de l'évaluation de la plupart des programmes de promotion de la santé. Il y a des questions au sujet des cadres théorique et méthodologique qui devraient être utilisés pour comprendre en quoi le contexte est important quant aux programmes et aux politiques de PS, et les praticiens signalent qu'ils n'ont pas le temps ou les compétences nécessaires pour les documenter de façon empirique. Compte tenu de



l'importance fondamentale du contexte pour mieux repositionner les programmes et les politiques de PS, le *Guide to Document Health Promotion Initiatives* (guide de documentation des initiatives de promotion de la santé) de l'OPS visait principalement à tenter de faire ressortir les facteurs les plus importants liés à la mise en œuvre des études de cas examinées au cours de cette activité. Les études de cas décrivaient une vaste gamme d'initiatives aux niveaux local, régional et national dans divers contextes politiques, sociaux et économiques. Pour chacune des initiatives, le contexte créait le paysage dans lequel les mesures de PS étaient entreprises et exécutées. Le degré de succès des divers outils et/ou méthodes utilisés aux fins de ces initiatives dépendait grandement du contexte dans lequel ils étaient mis en œuvre.

Les études de cas ont fait ressortir certaines caractéristiques importantes de l'environnement stratégique qui ont joué un rôle central dans les initiatives en question. Ces caractéristiques comprenaient notamment le type de leadership politique aux principaux ordres de gouvernement, de systèmes et de processus politiques en place, de politiques clés (régissant l'économie, l'éducation, le travail, le logement, etc.), et l'existence d'initiatives et de cadres directeurs antérieurs qui étaient axés sur la promotion de la santé et sur ses thèmes connexes tels que les DSS, le travail intersectoriel, etc. Par exemple, au Paraguay, les processus de décentralisation et le remaniement des services de santé au niveau national ont établi une conjoncture favorable pour la prise de mesures visant à améliorer la santé au niveau local, ce qui, en revanche, a mené au lancement réussi de la Stratégie pour des municipalités, des villes et des collectivités saines, à l'échelle du pays. En Uruguay, le changement de paradigme qui est survenu au sein du secteur de la santé, qui est passé d'une méthode axée sur les traitements à une perspective fondée sur la promotion de la santé, a créé une occasion d'élaborer de nouveaux programmes et politiques, qui ont accru les fonds et les ressources disponibles, et déclenché la prise de mesures visant des initiatives de PS à l'échelle du pays.

Les autres facteurs micro contextuels et macro contextuels décrits dans les études de cas comprenaient les suivants :

- 🍊 l'existence de cadres directeurs politiques et juridiques solides, en particulier au niveau national, a facilité grandement la planification, la mise en œuvre et la durabilité des programmes de PS. Tel était le cas au Paraguay, où des cadres directeurs, des stratégies et des normes opérationnels bien définis émanant du ministère de la Santé ont aidé à guider et à faciliter l'élaboration d'activités concrètes et soutenues au niveau local. Au Mexique, le fait que la Stratégie pour des MVCS et l'initiative Écoles faisant la promotion de la santé (EPS) ont été intégrées dans les stratégies du MS relatives à la santé publique, l'accent étant placé sur les municipalités en tant que contexte stratégique pour les mesures de PS, a aidé à faire en sorte que les initiatives ciblent les populations marginalisées et vulnérables, et que des ressources, des connaissances et des services soient dirigés vers ces groupes et ces emplacements. À la suite de ces initiatives, certaines des écoles qui avaient participé ont été certifiées en tant qu'écoles saines dans le cadre du programme du MS, ce qui a renforcé le lien entre les services de santé et les écoles;
- 🍊 le niveau de fragmentation entre les fournisseurs et les secteurs de services, de même que la faible capacité technique en PS du personnel clé des institutions clés étaient des obstacles importants pour un grand nombre de ces initiatives, en particulier lorsqu'il s'agissait de documenter et d'évaluer leurs efforts de façon adéquate;
- 🍊 il était important d'avoir de bons modèles et expériences sur lesquels fonder les initiatives. L'expérience du Brésil a démontré que le fait de travailler en collaboration avec une collectivité qui avait l'expérience de méthodes participatives facilitait grandement la mise en œuvre de l'initiative de Santé participative. L'étude de cas a fait ressortir que, grâce à son organisation et à une culture axée sur l'habilitation et la participation, la collectivité a pu participer pleinement et activement et contribuer à toutes les étapes de l'initiative. Au Paraguay, l'existence d'une expérience de PS bien documentée et réussie dans la municipalité d'Atyrá a facilité et encouragé sa reproduction dans d'autres municipalités;

- le degré d'organisation et d'engagement de la collectivité était crucial pour déterminer la qualité de la participation à l'initiative. Au Costa Rica, des initiatives antérieures mises en œuvre en vue de promouvoir le développement durable ont contribué au renforcement de l'organisation et de l'habilitation communautaires, si bien que la collectivité connaissait les outils de gestion et était capable d'organiser et de mettre en œuvre des projets communautaires. En outre, les structures préexistantes au sein de la collectivité (telles que les organisations communautaires, les comités, etc.) ont été signalées en tant que facteurs facilitateurs pour la planification et la mise en œuvre des initiatives de PS;
- les réseaux nationaux solides (tels que MVCS) ont fourni un soutien et un leadership importants aux fins des initiatives mises en œuvre au niveau local. Tel était le cas du Paraguay, où l'établissement d'un réseau national de MVCS a aidé à orienter l'élaboration de stratégies et de plans d'action au niveau local;
- un contexte social et économique en évolution peut influencer sur les initiatives de PS à diverses étapes et exiger une révision et une adaptation constantes des stratégies, des activités et de l'utilisation des ressources. Par exemple, en Uruguay et au Paraguay, la crise économique récente a mené à un accroissement de la pauvreté ainsi que de la demande de services et de programmes offerts dans le cadre de ces initiatives;
- les politiques et les structures institutionnelles ont influé sur la mise en œuvre des initiatives de PS. En Guyane, les difficultés qui se posaient entre le ministère de la Santé et le ministère de l'Éducation en matière de coordination des activités ont mené à la création d'une unité de santé en milieu scolaire qui est responsable de la coordination des activités au sein de chaque ministère et de la communication de l'information aux autres ministères, par l'intermédiaire d'un petit comité;
- les priorités changeantes des gouvernements et d'autres organismes ont influé sur l'accès au financement ainsi que sur les politiques et les programmes nationaux et locaux, ce qui, en revanche, a influé de façon négative sur l'expérience relative à l'initiative des MVCS au Paraguay, où les principaux partenaires de l'initiative ont redirigé leurs actions vers d'autres questions et initiatives. Au Mexique, les partenaires nationaux qui, à l'origine, avaient appuyé l'initiative, ont restreint leur financement des initiatives de PS, les années suivantes. Cette situation a suscité des problèmes en matière de continuité des activités et d'appui du travail des équipes de chercheurs concernées. Au Canada, les changements de gouvernements ont soulevé des questions au sujet du renouvellement du financement;
- les caractéristiques du pays, de sa société et de sa population ont influé différemment sur les programmes de PS. Par exemple, dans les petits pays tels que Saint Vincent et les Grenadines, les programmes étaient plus faciles à mettre en œuvre puisque les activités pouvaient être réduites. D'autres pays, tels que le Canada, ont signalé des difficultés à atteindre les populations telles que celle des Inuits, qui vivent dans des lieux éloignés et difficiles à atteindre. En Guyane, il a fallu accroître l'accent sur le travail avec les régions difficiles à joindre et les emplacements éloignés où le personnel clé refusait de se rendre en raison de l'absence d'installations acceptables;
- la force et les caractéristiques des réseaux sociaux en place ont contribué au succès de certaines initiatives. Au Mexique, le niveau de cohésion sociale observé dans une communauté en particulier a été décrit comme étant le facteur déterminant de la réussite de l'initiative mise en œuvre dans un contexte scolaire. Lorsqu'elle a été mise en œuvre dans des écoles au sein de collectivités moins unies, la même initiative n'a pas permis d'obtenir les mêmes résultats. Dans la ville de Kansas, aux É. U., le vaste réseau social d'une personne recrutée en tant que gestionnaire de programmes a aidé l'initiative visant à établir des liens avec les organisations et les groupes de quartier, sur laquelle était fondée la stratégie qui a été mise en œuvre;
- il fallait tenir compte des normes culturelles et sociales au cours de la planification et de la mise en œuvre des activités. À Saint Vincent et les Grenadines, les responsables de l'initiative visant à améliorer les soins à domicile fournis aux personnes âgées ont dû adapter leurs stratégies et activités en raison du fait que, en général, on ne s'attendait pas à ce que les hommes se livrent à des activités telles qu'aider à prendre soin des personnes âgées;

- la mise à contribution de particuliers engagés et énergiques a été signalée comme un facteur crucial dans certaines des études de cas. Les personnes en question ont pu mobiliser des partenaires et des ressources, défendre les dossiers importants et accroître la sensibilité à cet égard, et maintenir la force d'impulsion de l'initiative au cours des périodes difficiles;
- un grand nombre des études de cas ont fait ressortir l'importance d'engager pleinement la participation des autorités et des décideurs locaux aux initiatives de PS. La participation et l'engagement de ces intervenants étaient un facteur important de réussite et de durabilité des diverses initiatives signalées. Ce sujet sera analysé de façon plus approfondie dans la prochaine partie;
- la croissance urbaine rapide et imprévue liée à la migration depuis les régions rurales a posé un défi constant dans l'étude du cas de Fortaleza, au Brésil. La population arrivante était généralement pauvre et plus sujette aux problèmes sociaux (prostitution, trafic de drogues, etc.) et aux autres problèmes liés à la rupture soudaine dans son mode de vie, ses valeurs et ses traditions;
- la dépendance à l'égard du secteur public a posé certains défis et attentes irréalistes au sein de la population cible. Dans le cas de Fortaleza, au Brésil, alors que les programmes nationaux fournissaient un supplément de revenu indispensable aux familles pauvres, l'étude de cas a fait ressortir l'importance du renforcement de la capacité de la population visant à réduire sa dépendance à l'égard de tels programmes et à faire en sorte qu'elles soient en mesure de réintégrer des réseaux productifs.

L'examen de ces études de cas donne à entendre qu'il n'y a pas d'ensemble unique de caractéristiques contextuelles qui soient absolument nécessaires pour appuyer les mesures de PS. Toutefois, certaines caractéristiques semblent faciliter l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies (par exemple, travailler avec une collectivité organisée). L'absence de certains facteurs (tels qu'un engagement national ou institutionnel à l'égard de la promotion de la santé) pouvait être compensée en plaçant l'accent fortement sur d'autres facteurs (tels qu'une participation

soutenue du public et une large collaboration intersectorielle au niveau local).

Les études de cas ont également permis de dégager les principales difficultés liées à la documentation des facteurs contextuels ainsi qu'une faible compréhension de l'importance du contexte et de son incidence sur les initiatives de PS. L'absence de suggestions ou de directives pertinentes quant à ce qu'il y a lieu de documenter au sujet du contexte s'est également avérée un obstacle important. En raison de ces difficultés, il était impossible de tirer des conclusions au sujet de l'influence du contexte sur les initiatives, et vice versa, et de comparer et analyser les facteurs contextuels à l'échelle de l'ensemble des études de cas.

L'importance du niveau local

Les expériences des deux dernières décennies acquises dans la région démontrent que le niveau local, représenté par les administrations régionales ou locales, joue un rôle crucial dans la réussite de la mise en œuvre de mesures de PS, en particulier lorsque d'autres actifs qui sont présents au niveau local (communautaires, individuels, environnementaux, etc.) sont mobilisés et renforcés. Les autorités locales sont responsables de l'établissement de politiques pour une population et un territoire particuliers (OPS/OMS, 1999) et, par conséquent, elles ont une plus grande capacité de mobiliser et d'intégrer les mesures prises par les divers secteurs ainsi que les intervenants présents au niveau local. En outre, elles peuvent placer la santé en priorité dans leurs programmes politiques et sont stratégiquement positionnées pour mieux adapter les politiques et les programmes de santé au contexte social, culturel et ethnique particulier de leurs collectivités.

Les collectivités et les administrations locales des Amériques ont fait preuve d'une motivation et d'un engagement social, politique et technique de plus en plus fort à l'égard des initiatives visant à promouvoir le développement local durable et à améliorer

les conditions de vie de leurs populations, en particulier celles qui font appel à la capacité, aux ressources et au potentiel communautaires; favorisent l'autonomie; améliorent les capacités d'adaptation; accroissent l'estime de soi des particuliers et de la collectivité. L'expérience fait ressortir que la décentralisation des pouvoirs décisionnels vers le niveau local, et le partage des pouvoirs, des responsabilités, des connaissances et des ressources pour mettre en œuvre et regrouper les programmes de PS, est une stratégie sanitaire publique efficace et durable.

Les études de cas présentées ici mettent fortement en évidence l'importance de faire appel à la participation des autorités et des décideurs locaux à toutes les étapes de l'initiative. Selon l'expérience de Guarulhos, au Brésil, la participation et l'engagement du maire de la ville à toutes les étapes de l'initiative et aux réunions régionales ont facilité la transformation du projet de santé participative en un outil de gestion transsectoriel en matière de planification et d'évaluation de la santé dans la municipalité. Dans le cadre de la même expérience, la participation active des représentants élus aux forums publics a mené à l'élaboration d'une série de politiques publiques saines. Le projet est placé en priorité dans le programme de santé publique de la municipalité et, lors des assemblées publiques (consultations auprès de la collectivité pour définir les priorités), tous les employés, les autorités locales et les membres des comités de santé municipaux sont relevés de leurs fonctions afin de participer pleinement au processus.

Au Paraguay, la Stratégie pour des MVCS a contribué au repositionnement des autorités locales au sein de leurs collectivités et à les relier aux initiatives et aux organisations nationales et internationales (par la participation aux réunions et l'échange d'expériences), ce qui a accru leur crédibilité auprès de la population et amélioré leurs capacités techniques et administratives. Au Costa Rica, l'engagement actif de la collectivité à l'égard de l'initiative s'est traduit par un plus grand engagement du maire et du MS à l'égard de l'initiative. En conséquence,

un bureau a été créé au sein de la structure de la municipalité pour gérer l'initiative, en établissant un rapport direct entre les représentants de la collectivité, les autorités locales et l'initiative. Toutefois, ces études de cas ont fait ressortir la difficulté de maintenir la responsabilité et la participation des autorités locales avec le temps.

L'importance de la participation des autorités locales ou de leurs représentants aux comités et aux réunions s'est dégagée dans les études de cas, puisque cette participation a permis d'établir un lien plus étroit entre la municipalité et les problèmes formulés par la collectivité, qui a exercé des pressions sur les autorités locales pour qu'elles prennent des engagements clairs. Au Mexique, l'initiative a pu obtenir l'engagement des autorités locales à élaborer des politiques et des règlements pour gérer la vente d'aliments dans les écoles et à proximité. Néanmoins, relativement à la même initiative, il a été signalé qu'il y avait certaines difficultés à engager les autorités au niveau étatique pour qu'elles assument leur part de responsabilité en maintenant ces politiques et règlements de l'avant.

Habilitation et participation de la collectivité

Toutes les études de cas ont mis en évidence la centralité de la participation et de l'habilitation de la collectivité pour la réussite de la planification et de la mise en œuvre des initiatives de PS et pour en assurer la durabilité. Un grand nombre des études de cas ont révélé que la participation mène à la responsabilité conjointe et à un changement en ce sens que, plutôt que de « présenter des demandes », la collectivité assume un leadership accru et participe davantage à la résolution des causes profondes, à la promotion du développement local et à l'élaboration de politiques publiques. La participation a favorisé un changement de paradigme au sein de la population (reconnaissance des droits à la santé et à la qualité de vie; attente d'une transition des

Faire progresser la promotion de la santé dans les Amériques



Leçons tirées de 15 études de cas

services de santé axés sur les traitements vers des modèles fondés sur la PS) qui a engendré une capacité accrue d'analyse et de dialogue critiques, un accès accru aux services et l'élimination des obstacles.

L'expérience de Guarulhos, au Brésil, a fait ressortir l'importance d'utiliser diverses méthodes participatives concurremment (par exemple, budgétisation participative) et de la création d'une base de données sur les demandes publiques comme fondement pour la planification de mesures sanitaires. Selon cette étude de cas, la participation a créé un processus d'habilitation irréversible et indépendant qui a soutenu l'initiative en dépit des changements politiques. Les études de cas ont révélé que, avec le temps, les conseils de gestion de la santé qui avaient été mis sur pied dans le cadre de cette initiative sont passés de la discussion de plaintes à la discussion de questions liées aux politiques publiques saines, ce qui, en revanche, a donné lieu à des décisions et des mesures plus solides et autonomes de la part des conseils. La prise en charge des questions liées à la santé par la population a également favorisé un nouveau comportement au sein de celle-ci, qui s'est écartée de simplement présenter des demandes de services pour démontrer une meilleure compréhension de la façon dont le système fonctionne et proposer des idées pratiques. Par exemple, la collectivité comprend maintenant la logique de fournir des services dans de petites installations de santé plutôt que de se concentrer sur l'accroissement du nombre de grands hôpitaux pour servir la population.

Au Paraguay, le travail effectué auprès de la collectivité a aidé à déterminer les problèmes les plus impérieux de la population, si bien qu'on a modifié la planification de l'initiative pour qu'elle soit fondée sur ces problèmes. À long terme, il a également aidé la collectivité à intervenir quant à l'élaboration des politiques publiques touchant sa qualité de vie. L'étude de cas a décrit un changement perçu quant à la façon dont la participation a eu lieu avec le temps, dont un accroissement du rôle protagoniste des membres de la collectivité et des organisations, qui ont assumé le leadership de diverses actions.

Un dialogue crucial a été établi avec les intervenants locaux pour chercher des solutions adéquates aux problèmes critiques. La participation à l'initiative a également contribué à ce que la population passe d'une attente à l'égard d'un État paternaliste, à la reconnaissance de ses droits en matière de santé et de ses responsabilités quant à l'établissement et au maintien de sa propre santé.

En Guyane et en Uruguay, les initiatives ont permis d'aider à réduire l'isolement de certains groupes tels que les personnes âgées, en encourageant leur participation et leur engagement actifs. À Tala, en Uruguay, il s'en est ensuivi que divers nouveaux dirigeants communautaires se sont manifestés au sein de différents groupes démographiques. À Guarulhos, au Brésil, l'initiative a aidé à l'identification et au développement du leadership au sein de la population et parmi les travailleurs de la santé et, en conséquence, la plupart des nouveaux dirigeants ont été élus pour faire partie de conseils et de comités municipaux ou pour assister aux conférences et aux événements officiels.

La participation de la collectivité a également joué un rôle clé en matière de mobilisation des femmes et de changement de leur rôle, dans certains des pays. Au Costa Rica, les femmes ont contribué considérablement à la sensibilisation et à la mobilisation des femmes et des familles pour participer activement au processus de promotion de la santé. Au Mexique, des femmes ont formé un comité de la santé pour faire le suivi des renvois des enfants au centre de santé communautaire et elles sont devenues activement engagées dans la diffusion d'information sur la santé dans les écoles. Les études de cas ont révélé que la participation active des femmes à ces initiatives leur a permis de jouer un rôle de leadership qui, traditionnellement, était assumé par les hommes; elles ont acquis davantage d'autonomie et d'influence au sein de la collectivité. Dans le cadre de ces processus, les femmes sont devenues des agents de changement au sein de leurs propres collectivités et ont assumé un rôle à part entière dans la durabilité des initiatives.

Bien que la plupart des études de cas aient décrit l'utilisation de méthodes participatives à divers degrés de mise en œuvre au cours des différentes étapes des initiatives, un grand nombre d'entre elles ont fait ressortir des difficultés quant au maintien du niveau de participation au delà de l'étape de la planification. Certaines études ont également fait état de difficultés à engager les groupes démographiques les plus pauvres et les plus vulnérables, qui étaient [TRADUCTION] « préoccupés par leur propre survie ».

Collaboration intersectorielle

La collaboration intersectorielle, qui a eu lieu à divers niveaux, a joué un rôle important dans toutes les études de cas publiées. Des alliances ont été établies avec une vaste gamme de secteurs et d'intervenants tels que les gouvernements, les fournisseurs de services de santé, les ONG et les organisations confessionnelles et communautaires, entre autres. Certaines alliances plus faibles ont été signalées dans le secteur privé. La participation de groupes clés avait souvent lieu par l'intermédiaire de conseils d'administration ou de comités et par l'inclusion de représentants des principaux intervenants (églises, personnel des écoles, etc.).

L'appui de l'OPS/OMS et d'autres organismes internationaux aux fins de l'initiative a été signalé comme étant crucial pour catalyser et soutenir la prise de mesures et les interventions des partenaires. Au Costa Rica, l'appui de l'initiative par ces organismes au niveau national a aidé à susciter l'intérêt d'autres organisations et initiatives et à attirer l'attention sur les questions et les municipalités qui faisaient partie de l'initiative de PS. Toutefois, certaines études de cas ont signalé des défis attribuables à la structure « compartimentée » des organisations internationales et d'autres organisations de haut niveau, si bien qu'il était difficile pour elles de composer avec des questions qui étaient entrelacées dans le contexte communautaire.

La participation des intervenants aux études de cas a été soulignée comme constituant une force mais aussi, parfois, un défi. Tandis que la participation des divers secteurs était commune à l'étape de la planification des initiatives, il était difficile de maintenir la collaboration au delà de l'étape initiale. Outre leur participation aux premières étapes d'une initiative, il était important pour les partenaires de réévaluer et d'adapter continuellement leurs rôles; d'être en mesure de déterminer les gains à court, moyen et long termes liés à leur participation, et d'être en mesure de participer aux décisions concernant les stratégies et les points d'entrée appropriés. En Guyane, l'absence d'une entente formelle entre les intervenants concernés a posé un défi quant à leur participation réelle et soutenue. Il était important de définir des responsabilités précises pour chaque intervenant et d'établir un programme et un budget transsectoriels comprenant les dépenses courantes et la valeur ajoutée provenant d'autres partenaires. En Guyane, des partenariats intersectoriels ont également été soutenus par l'établissement de mandats et de protocoles d'entente formels.

Le fait d'avoir des objectifs, une mission, une vision et des résultats escomptés bien définis qui étaient reliés aux intérêts et aux mandats de chaque partenaire a facilité leur intégration dans l'initiative et amélioré la fonctionnalité de la collaboration intersectorielle. La mise au point d'une base de référence qui mettait en évidence les indicateurs des déterminants sanitaires et sociaux pertinents (alphabétisation, logement, eau, assainissement, etc.) a aidé à capter l'intérêt d'un large éventail d'intervenants et a accru la connaissance des incidences des actions d'autres secteurs sur la santé. Il a également aidé à diriger et mettre en œuvre des actions et des stratégies d'une façon coordonnée qui a optimisé l'utilisation des ressources. À Tala, en Uruguay, une collaboration intersectorielle active a aidé à l'établissement d'une stratégie de base unique qui intégrait les projets et les initiatives dirigés par d'autres secteurs participants.

De nombreux cas ont décrit comment le secteur de la santé a assumé le leadership de

Faire progresser la promotion de la santé dans les Amériques



Leçons tirées de
15
études de cas

la coordination du travail. Les ministères de la Santé et leurs secrétariats municipaux ont joué un rôle technique et administratif intégratif en mobilisant les partenaires et les ressources, en facilitant la participation communautaire et en accroissant la capacité et les compétences des autres intervenants concernés. Dans certains cas, ceci était justifié par le fait que le secteur de la santé pouvait fournir la raison d'être et le cadre théoriques qui faisait état d'influences complexes de la part d'un large éventail de facteurs sur la santé de la population.

Il était important pour les initiatives de tenir compte du temps, des ressources, des connaissances et des compétences nécessaires à une collaboration intersectorielle efficace en matière de promotion de la santé. La résistance du personnel d'institutions clés était commune et principalement attribuable à l'absence de compréhension du concept et des avantages de la promotion de la santé et de ses mécanismes de base, tels que la participation communautaire. Les bureaucraties et les structures rigides des institutions ont restreint le type de mesures qui pouvaient être prises ainsi que l'affectation des ressources. Toutefois, lorsqu'on leur accordait le temps et l'attention appropriés, ces problèmes étaient surmontés. Par exemple, au Mexique, la mise en œuvre d'une initiative qui proposait une approche holistique quant aux questions liées à la santé s'est heurtée à de la résistance et son acceptation a exigé du temps et des activités de promotion. Toutefois, elle a donné lieu à l'ouverture de nouveaux domaines de recherche liés à la promotion de modes de vie sains au sein de l'institution responsable de l'initiative, ce qui, en retour, a mené à l'établissement d'un groupe de chercheurs plus large au sein de l'institution pour étudier d'autres questions connexes.

Politiques publiques saines

Les initiatives de PS analysées dans le présent document ont fait état de diverses tentatives de renforcement et d'établissement de politiques publiques saines, avec divers degrés de succès. Par exemple, en Guyane, des

politiques ont été élaborées au niveau national pour appuyer la promotion de la santé dans les écoles. Ces politiques portaient notamment sur la santé, la nutrition et le VIH/SIDA dans les écoles. Les demandes des responsables du programme de dépistage des troubles de la vue, l'un de plusieurs programmes faisant partie de l'initiative, ont donné lieu à la création d'un poste au sein du ministère de l'Éducation, en vue d'élargir et d'améliorer les services de santé dans les écoles, partout en Guyane. L'initiative a également entraîné la création d'une unité responsable de la santé en milieu scolaire au sein du MS et du ME pour appuyer l'établissement de protocoles visant à assurer la conformité aux activités. Chaque ministère était tenu de fournir des fonds pour son secteur de responsabilités (budgets affectés à de multiples programmes). L'expérience mexicaine a pu faire avancer la législation sur les locaux sans tabac et a établi un lien avec les secrétariats de la santé municipaux en vue d'établir une politique pour réglementer la vente d'aliments dans les écoles et à proximité. Toutefois, cette dernière initiative s'est heurtée à de nombreux obstacles. À Rivera, en Uruguay, dans le cadre d'une initiative d'un organisateur communautaire, un groupe de travail a été créé et chargé d'élaborer une politique sur les lieux de travail sans tabac, au sein du conseil municipal de la ville. La politique a été approuvée et mise en œuvre, faisant de Rivera la première municipalité au pays à être à 100 % sans tabac.

D'autres études de cas ont signalé les défis à relever pour mettre au point des politiques publiques durables et saines. L'expérience paraguayenne a décrit que, même si l'initiative a pu avoir une certaine influence sur les politiques au niveau local, elle n'avait aucune durabilité en raison des changements politiques et structurels constants dans les principales institutions publiques, ce qui, en revanche, a entraîné des retards ou la cessation d'initiatives et de processus. Le Costa Rica a fait état d'une expérience similaire et mis l'accent sur la nécessité d'établir un cadre juridique pour la promotion de la santé au sein des ministères de la Santé et de l'Éducation, lequel était indépendant des changements constants survenus dans l'arène

Faire progresser la promotion de la santé dans les Amériques



Leçons tirées de 15 études de cas

politique et qui garantissait l'engagement d'autres secteurs à collaborer aux efforts de PS.

Durabilité

Dans les études de cas, certains éléments ont été décrits comme ayant facilité ou entravé la durabilité des initiatives :

- 🍏 selon l'expérience de Guarulhos, au Brésil, l'importance d'une participation et d'une habilitation significatives de la collectivité a été signalée comme étant un mécanisme fondamental pour promouvoir la durabilité. Selon cette étude de cas, grâce à la participation active de la collectivité [TRADUCTION] « le projet est devenu irréversible et permanent dans la sphère sociale » et, en conséquence, il est devenu [TRADUCTION] « indépendant de toute stratégie, politique ou gestion du gouvernement »;
- 🍏 les expériences vécues au Brésil (Guarulhos), en Guyane et aux États Unis (Indiana) ont révélé l'importance de créer des structures permanentes (unités au sein des institutions, postes consultatifs, etc.) pour le projet afin d'aider à garantir sa continuité, son institutionnalisation et sa durabilité. Par exemple, dans le cas de l'Indiana, aux États Unis, la coalition initiale qui a été instaurée pour promouvoir l'action communautaire a été transformée plus tard en une société de développement sans but lucratif, capable d'attirer des ressources publiques aux fins de logements à prix abordable pour la collectivité de Crooked Creek;
- 🍏 au Paraguay, l'engagement de la collectivité et du personnel technique de l'initiative a été décrit comme étant un facteur influant favorablement sur la durabilité. Toutefois, ces facteurs ont été éclipsés par l'absence d'un appui politique de la part des niveaux supérieurs;
- 🍏 l'existence d'une base de partenaires solide et large participant à l'initiative aux niveaux local et national a également amélioré la durabilité et la continuité des activités au cours des périodes de transition politique.

Faire progresser la promotion de la santé dans les Amériques



Leçons tirées de
15
études de cas



Principaux défis et obstacles quant aux mesures de PS

L'un des principaux défis auquel se heurtent les initiatives de PS analysées était le retard et la rupture occasionnés par les périodes de transition politique (élections) et les changements constants de gouvernements à divers niveaux. Ces périodes de transition ont occasionné des retards importants en raison de la nécessité de réorienter les nouvelles autorités et les nouveaux membres clés du personnel, de garantir leur soutien pour les initiatives et de réitérer les alliances établies et les engagements pris par les administrations antérieures. Elles ont également créé de l'incertitude chez d'autres partenaires clés quant à la continuité de l'initiative et au soutien de celle-ci.

Le roulement important du personnel d'institutions clés a posé des défis pour la continuité des activités et une collaboration intersectorielle efficace. Ces changements ont exigé le remaniement des plans de travail et causé des retards au cours de l'intégration nécessaire de nouvelles personnes dans les initiatives et de leur mise au courant des partenaires et des activités connexes. Le Paraguay a fait état de retards considérables



causés par les changements de personnel dans les institutions publiques clés, attribuables au départ à la retraite ou aux rotations. En Guyane, un changement dans le service de liaison de l'initiative au sein du ME a eu pour effet que le poste est resté vacant durant une longue période et que l'institution s'est retirée temporairement des activités. Toutefois, tel qu'il a été signalé dans l'étude de cas du Kansas, aux États Unis, les changements du personnel clé peuvent également être positifs et mener à une plus grande participation de comités et donner une nouvelle orientation à l'initiative et à son personnel.

L'absence de soutien de la part d'intéressés cruciaux, tels que les autorités municipales ou le personnel clé des institutions publiques, peut entraver ou isoler l'évolution de l'initiative. Au Mexique, l'absence de liens entre la Health-Promoting School Initiative (initiative des écoles faisant la promotion de la santé) et d'autres organisations ou intervenants communautaires s'est avérée une restriction importante puisqu'elle créait des difficultés quant à la promotion de changements environnementaux généraux à l'extérieur du contexte scolaire. En conséquence, selon l'étude de cas, les nouvelles connaissances et compétences enseignées dans les écoles ne se sont pas traduites par l'amélioration des comportements à l'extérieur des écoles. Au Costa Rica, la participation irrégulière de quelques institutions s'est soldée par un faible engagement des particuliers et des institutions et au peu de suivi des activités au sein de la collectivité.

Dans les études de cas, il a été signalé qu'on s'était heurté à la résistance des autorités locales, du personnel des institutions clés, des gestionnaires de programmes, des consommateurs et d'autres partenaires clés. Selon l'expérience de Guarulhos, au Brésil, la majorité des obstacles se trouvaient à l'interne, chez les utilisateurs et les gestionnaires de programmes. Au Kansas (É. U.), on a fait état d'une résistance importante quant à la participation au programme par les Autochtones américains, qui constituaient l'une des populations ciblées. Dans la plupart des cas, cette résistance était attribuable à

l'absence de compréhension de la promotion de la santé et de ses avantages, au scepticisme quant aux approches participatives, et à la compréhension limitée de la relation entre les actions des autres secteurs et la santé. L'établissement d'une base de référence qui met en évidence la plupart des déterminants de la santé pertinents (logement, alphabétisation, etc.) a été mentionné comme étant un outil utile pour relier les mandats des secteurs et des autorités locales aux dossiers gérés dans le cadre de l'initiative. On a également fait état d'une promotion active de l'intégration culturelle à l'échelle des groupes raciaux et ethniques et des groupes d'âges comme étant fondamentale pour réduire la résistance auprès des principaux groupes cibles.

Un grand nombre d'études de cas ont fait ressortir des difficultés en matière de documentation, de surveillance et d'évaluation des initiatives de PS. La capacité technique de documenter les interventions de PS, en particulier les questions liées aux contextes, était restreinte; d'autres études ont fait état du défi posé par la nécessité de reconstruire à la suite des changements survenus avec le temps, en raison du changement/de la non disponibilité des intervenants qui participaient à l'initiative, et ont mis en évidence la nécessité de planifier et de commencer à documenter les initiatives de PS depuis le début, de sorte que tous les éléments de la PS soient pris en compte. Les responsables d'initiatives qui ont effectué une certaine documentation et évaluation de leurs efforts ont soulevé des questions au sujet de la façon d'établir une corrélation adéquate entre la contribution de l'initiative aux changements observés dans la collectivité, au sein des organisations et quant aux comportements et aux résultats en matière de santé.

Le financement restreint semble avoir été un obstacle important pour la plupart des initiatives; il fallait continuellement chercher des fonds. Toutefois, les responsables des initiatives ont mentionné l'absence générale de compétences en matière de rédaction de demandes de subvention, et de collecte de fonds. La nécessité de trouver des fonds suffisants et de garder les programmes

Faire progresser la promotion de la santé dans les Amériques



Leçons tirées de 15 études de cas

opérationnels suscite des préoccupations constantes. Les responsables de certaines initiatives ont mentionné que, à mesure que les collectivités et les groupes acquièrent la compréhension de leurs droits, font l'objet d'une influence extérieure et prennent conscience des possibilités futures ou de leurs problèmes actuels, les demandes et les attentes en matière de services et de programmes augmentaient et il devenait plus difficile de satisfaire à tous les besoins formulés (tels que des dépistages ou des services plus fréquents en matière de santé, continuité de l'éducation permanente, etc.). L'utilisation de mini subventions exigeait également de satisfaire à des exigences complexes du gouvernement et en matière de gestion financière interne, ce qui a mené à la perturbation des relations entre les organismes participants.

Tous les pays ont signalé que le processus de PS était long et absorbait beaucoup de temps. Il exige de regrouper des personnes provenant de divers milieux, secteurs et intérêts, et qui ont différents paradigmes et perspectives à présenter, et de garantir leur acceptation. Ces personnes représentaient souvent des institutions et des organisations dotées de structures et de cultures professionnelles rigides et bureaucratiques. Il était crucial de tenir compte du temps nécessaire pour obtenir cette acceptation des institutions publiques et de leur personnel, afin de mettre en place des programmes conformes aux attentes des collectivités, de faire une utilisation optimale des ressources, d'adopter des méthodes plus conformes aux pratiques en matière de promotion de la santé, et d'améliorer la motivation personnelle chez les fonctionnaires et d'autres intervenants. L'expérience du Mexique a fait ressortir la nécessité de travailler avec le personnel clé des institutions afin d'obtenir leur acceptation de méthodes holistiques en matière de promotion de la santé, par opposition à une concentration sur des problèmes particuliers abordés de façon isolée (tabagisme, nutrition, etc.).

Le partage adéquat des responsabilités, des pouvoirs et du leadership entre tous les partenaires a également suscité des conflits,

selon certaines études de cas. Au Kansas (É. U.), les responsabilités en matière de leadership n'ont pas été réparties parmi le personnel clé, ce qui a créé un obstacle à la pleine participation d'autres membres de la coalition. Dans d'autres cas, la cogestion des ressources a donné lieu à des conflits attribuables au faible niveau de confiance et de crédibilité entre les partenaires concernés.

Le fait de travailler avec des institutions dotées de structures rigides et bureaucratiques a également été mentionné comme posant un défi important aux personnes participant aux initiatives de PS. Les principales plaintes concernaient notamment l'absence de soutien institutionnel ou une bureaucratie excessive, l'absence de coordination entre les institutions du secteur public, les lignes directrices strictes régissant l'utilisation des fonds, et les conflits entre les différents intervenants concernés.



Principales leçons

Ces expériences font ressortir le fait que la nature transitoire des contextes politiques locaux et nationaux peut affaiblir les programmes et les politiques publiques, en particulier lorsque les partis politiques changent, ce qui souligne la nécessité d'établir une coalition solide entre tous les secteurs de la société afin de renforcer et de maintenir les initiatives de PS au cours de ces périodes transitoires.

Malgré les difficultés posées par le travail en collaboration avec des institutions dotées de structures rigides et bureaucratiques, les expériences mentionnées donnent à entendre qu'une telle collaboration a aidé à ouvrir les voies de communication avec d'autres niveaux et secteurs, a permis d'améliorer le climat organisationnel et a créé de nouvelles possibilités d'analyser d'autres modes de collaboration intersectorielle. Le travail en collaboration avec les institutions a également créé la possibilité de régulariser les processus et les méthodes dans leurs plans de travail, leurs programmes, etc. Compte tenu de la structure de grande envergure des institutions, et des liens avec d'autres groupes et institutions, il existe un potentiel de promotion et de soutien de la mise en œuvre d'activités de promotion de la santé, d'évaluation et d'affectation des ressources à ces priorités.

L'existence d'un leadership solide, soutenu et dynamique pour faire avancer le processus était un facteur déterminant



commun de réussite quant à ces expériences de PS. L'engagement actif des particuliers et des institutions, tant au niveau local qu'au niveau national, était un facteur clé de la réussite des initiatives de PS, tout comme le travail coopératif entre ces institutions. Le rôle des réseaux nationaux et régionaux peut être un atout quant à ces efforts, compte tenu de leurs liens éventuels à grande portée avec les municipalités, les institutions et les principaux intervenants à l'échelle d'un pays ou d'une région.

L'organisation et la participation de la collectivité sont cruciales, mais elles ne surviennent pas d'elles mêmes. Elles exigent le soutien et les directives des personnes jouissant de véritables pouvoirs décisionnels au sein de l'administration locale, ainsi que l'établissement de liens avec ces personnes. Dans les cas où les groupes communautaires ne possèdent pas toutes les compétences et les aptitudes nécessaires pour participer efficacement aux initiatives de PS, des systèmes doivent être mis en place pour renforcer leur capacité afin d'assurer qu'ils sont en mesure de jouer un rôle significatif. L'investissement de temps et de ressources dans l'organisation de la collectivité (établissement d'un groupe communautaire, d'organismes sans but lucratif, etc.) peut faire beaucoup pour mobiliser les ressources, engager la participation de nouveaux partenaires et créer de nouveaux liens avec d'autres organisations locales, régionales et nationales. Il accroît également la visibilité de la collectivité ou de la municipalité, ce qui, en retour, peut donner lieu à l'accroissement de la visibilité et des ressources.

La réussite de la collaboration intersectorielle exige de partager les pouvoirs. Un modèle commun de participation intersectorielle comprenait l'établissement d'un groupe ou d'un forum communautaire multisectoriel chargé de définir les priorités locales en matière de santé et d'y donner suite. La création de comités, conseils ou autres entités pour officialiser et institutionnaliser le partage des pouvoirs était utile. Ces comités, conseils ou autres entités devraient être mis en place dès le début de l'initiative. Compte tenu de l'accent placé par la PS sur les DSS, les

stratégies intersectorielles ont une meilleure chance de réussir lorsqu'elles sont établies au sein de cultures, d'organisations et de gouvernements qui possèdent une tradition ou l'expérience du travail en collaboration. Dans certains pays, la complexité de la bureaucratie et des structures gouvernementales, ainsi que l'environnement stratégique complexe, ont joué contre l'établissement de stratégies efficaces et d'une planification plus exhaustive aux niveaux supérieurs. La participation du public, l'habilitation des groupes marginalisés au niveau local ainsi que des alliances solides avec des organismes du secteur privé ont facilité la collaboration intersectorielle, possiblement parce que ces groupes étaient moins susceptibles d'aborder les enjeux d'un point de vue sectoriel.

Bien que les mesures de PS puissent être entreprises de façon descendante, de telles approches ont une capacité restreinte d'influer sur les principaux DSS si les initiatives ne sont pas étayées au moyen de processus ascendants exhaustifs, au niveau local. Les initiatives aux fins desquelles les intervenants des collectivités partagent la gestion du processus et peuvent y participer de façon significative, ont démontré un potentiel de réussite important.

On a relevé, dans les études de cas analysées, une absence relative d'évaluation systématique des mesures de PS. Parallèlement, presque toutes les études de cas ont fait état de résultats positifs que l'on estimait attribuables aux initiatives de PS. L'expérience révèle que les initiatives devraient définir, dès le début, comment chaque étape sera documentée, évaluée et comment les données seront analysées, ce qui comprend la définition de la façon dont les mécanismes et les indicateurs de base de la PS seront intégrés et suivis. L'établissement d'un dossier sur le rendement antérieur quant aux réussites et aux réalisations des initiatives accroît la crédibilité et l'accès aux décideurs.

L'élaboration et l'adoption de politiques peuvent améliorer grandement la durabilité et l'institutionnalisation des pratiques, des méthodes et des stratégies de PS, ce qui exige des efforts accrus pour comprendre, défendre

et promouvoir les avantages et l'efficacité des mesures de PS comme moyen d'améliorer la santé de la population.

Faire progresser la promotion de la santé dans les Amériques



Leçons tirées de
15
études de cas



Conclusion

La promotion de la santé a fait de grands progrès au cours des dernières décennies, dans les Amériques. L'étendue et la diversité des 15 études de cas, englobant de nombreux pays, cultures et niveaux de développement, démontrent l'importance croissante de la PS dans la région. L'intérêt pour l'évaluation de son efficacité et de la compréhension des facteurs qui influent, favorablement ou défavorablement, sur les progrès réalisés en matière de promotion de la santé dans la région s'est accru considérablement au cours des dernières années. L'analyse des 15 études de cas se veut une autre étape dans les efforts déployés pour acquérir des connaissances au sujet de la façon dont la PS s'est déroulée dans les pays des Amériques, et pour comprendre certaines des implications et des défis pratiques qui se sont manifestés à la suite de la structuration et de l'organisation des initiatives de PS.

Les expériences décrites dans le présent rapport ont fait ressortir certains des divers défis posés par les contextes locaux et nationaux complexes et multidimensionnels dans lesquels la PS a été mise en œuvre. Les facteurs influant sur la réussite des initiatives ont été cernés à tous les niveaux de réalité (particuliers, collectivités, contextes organisationnel, politique, économique, etc.). Ces facteurs étaient entrelacés et influaient les uns sur les autres, de façons très complexes.

L'analyse abonde dans le sens de l'une des principales hypothèses des spécialistes et



des chercheurs du domaine de la PS, à savoir que le contexte socioculturel, politique et économique général de la prise de décisions a une influence importante sur la façon dont les enjeux sont cadrés et la mesure dans laquelle on fait appel à des méthodes intersectorielles pour la résolution de ces enjeux.

La diversité des contextes représentés dans les études de cas s'est manifestée par l'adoption d'une méthode de PS différente pour chaque initiative. Bien que l'existence d'un environnement propice à la planification et à la mise en œuvre de politiques et de programmes ait été utile, les mesures de PS ont connu un certain succès même dans des environnements instables et moins favorables à ce type de travail. Bien que les facteurs contextuels constituent souvent des obstacles, ils peuvent également créer des possibilités nouvelles et novatrices.

Tous les auteurs des études de cas ont signalé que le processus d'engagement dans des initiatives de PS était extrêmement motivant et revitalisant et avait stimulé l'intérêt pour les questions prioritaires ainsi qu'une réflexion approfondie à ce sujet. Les expériences ont permis de renforcer les capacités des intervenants concernés, d'obtenir un engagement à faire valoir les principes de promotion de la santé, de renforcer les alliances entre les principaux intervenants, et de mettre l'accent sur le potentiel de promotion de la santé en tant que méthode viable visant l'amélioration de la santé et de la qualité de vie dans les pays des Amériques.

Toutefois, en raison des complexités inhérentes à l'établissement d'une base de référence relative à l'efficacité de ces initiatives, il est essentiel de créer des possibilités d'apprentissage mutuel, d'échange d'expériences et de définition et de diffusion proactives des éléments probants et des « bonnes pratiques », compte tenu de la complexité des processus communautaires et décisionnels. De telles possibilités seraient précieuses pour aider les fournisseurs de fonds, les décideurs, les spécialistes et les collectivités à établir des liens entre l'efficacité de politiques et de programmes particuliers

et les dossiers contextuels, économiques, environnementaux et sociaux généraux. Ces possibilités peuvent également contribuer à l'élaboration de stratégies rationnelles en matière de promotion de la santé, pouvant être comprises par les responsables de l'élaboration des politiques et les décideurs, et appliquées aux politiques et aux interventions aux niveaux national et local. À cette fin, il est important d'énoncer la définition des termes « réussite » et « efficacité » dans les initiatives de promotion de la santé, et de redéfinir les critères au moyen desquels évaluer les données issues de ces efforts, afin d'améliorer les programmes et les politiques visant à améliorer la santé des collectivités et à réduire les inégalités en matière de santé.

Faire progresser la promotion de la santé dans les Amériques



Leçons tirées de
15
études de cas



Références

Judd J., Frankish CJ, Moulton G. (2001). *Setting standards in the evaluation of community-based health promotion programmes – a unifying approach*. Health Promotion International, vol. 16, no 4.

Morgan A., Ziglio E. (2007). *Revitalising the evidence base for public health: an assets model*. Promotion and Education Supplement 2, 2007.

Organisation panaméricaine de la santé/Organisation mondiale de la santé (OPS/OMS) (1999). *Planificación Local Participativa: Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe*, Washington (DC).

Poland B., Frohlich K., Cargo M. (2008). *Context as a Fundamental Dimension of Health Promotion Program Evaluation*, paru dans : Potvin L. et McQueen D. (Eds), *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas*. USA.





Brefs résumés des études de cas



Leçons
tirées de

15
études
de cas





Cas 1

Action coopérative pour le changement communautaire et la réduction des risques de maladies chroniques et des écarts en matière de santé dans la ville de Kansas (Missouri), É. U.

The Kansas City-Chronic Disease Coalition (coalition de la ville de Kansas contre les maladies chroniques) a pris naissance en 2000 dans la ville de Kansas, au Missouri, en réponse aux deux événements suivants : 1) demande de propositions pour le projet Racial and Ethnic Approaches to Community Health (REACH) 2010 (approches raciales et ethniques en matière de santé communautaire) des Centers for Disease Control and Prevention (CDC), et 2) évaluations de l'état de santé des minorités publiées par deux organisations, qui ont fait ressortir des écarts considérables en matière de santé entre les résidents afro américains et latinophones de la ville de Kansas.

Cette région urbaine était caractérisée par des taux élevés de pauvreté et les faibles possibilités de s'engager dans des comportements sains. La Coalition est formée

d'organisations sanitaires, communautaires et de quartiers, de collectivités confessionnelles, d'entreprises ainsi que de résidents de la ville de Kansas. Avec le temps, elle a englobé les Autochtones américains en tant que l'une de ses populations cibles; toutefois, les efforts déployés pour atteindre cette population n'ont jamais porté fruit.

La mission de la Coalition consiste à améliorer les résultats en matière de santé pour les personnes atteintes du diabète et de maladies cardiovasculaires, en faisant la promotion de l'accès à des soins de qualité, des environnements et des modes de vie sains au moyen de services de santé et de prévention communautaires intégrés, abordables, adaptés à la culture et responsables. Elle propose cinq étapes interreliées, à savoir : a) planification et renforcement des capacités, en collaboration; b) action et intervention ciblées; c) changements communautaires et systémiques; d) changement de comportement généralisé; e) amélioration des résultats en matière de santé communautaire.

La Coalition a dressé un plan d'action exhaustif proposant 86 changements communautaires. Dans le cadre de son programme « Pick Six » (choisissez en six), elle a également fourni des ressources aux partenaires clés pour appuyer la mise en œuvre de six éléments du plan d'action (p. ex. six

programmes, politiques ou pratiques nouveaux ou modifiés). Les ressources comprenaient des subventions, un soutien technique et des documents de programmes.

La Coalition a facilité environ 675 changements communautaires entre 2001 et 2007. En voici quelques exemples : modification de l'horaire des cliniques afin d'en accroître l'accès, adoption de lignes directrices sur les soins en clinique, inclusion de renseignements sur la santé dans les bulletins d'information de quartiers, utilisation des locaux d'églises pour des activités physiques, création de clubs de marche ou aménagement de sentiers de promenade. Les constatations issues de l'évaluation participative donnent à entendre que la Coalition a été un catalyseur efficace de changements environnementaux visant à réduire les écarts en matière de santé liés aux maladies cardiovasculaires et au diabète.

Le vaste réseau social du premier gestionnaire du projet et l'établissement de rapports avec un grand nombre d'organisations communautaires étaient quelques uns des acquis importants de la Coalition. Toutefois, les changements liés à la mise en œuvre de mini subventions, y compris la gestion financière interne et les conditions gouvernementales complexes, ont perturbé les relations qui avaient été établies avec ces organisations. La participation et l'engagement restreints



des latinophones (l'une des populations cibles) se sont également avérés un obstacle.

Entre 2001 et 2007, la Coalition a reçu des subventions importantes dans le cadre de l'initiative REACH 2010 des CDC. Une nouvelle subvention quinquennale reçue en 2008 permet de poursuivre cette initiative réussie et permettra peut-être de déployer davantage d'efforts soutenus pour réduire les écarts en matière de santé, le principal ajustement à faire étant d'établir une stratégie efficace pour engager la collectivité latinophone dans l'initiative.



Cas 2

Programme d'aide à domicile pour les personnes âgées Saint Vincent et les Grenadines

Le programme d'aide à domicile pour les personnes âgées, une initiative du gouvernement de Saint Vincent et les Grenadines mise en œuvre par le ministère du Développement social, a débuté en août 2002 et visait à améliorer les soins et le soutien offerts à la population âgée. L'initiative avait pour but de bénéficier aux personnes âgées de 60 ans et plus, aux personnes isolées et retenues à la maison ainsi qu'aux personnes ayant des besoins spéciaux. Elle comptait 92 aides ménagers, deux superviseurs et un agent

de traitement des cas et a reçu l'aide d'une église locale.

L'initiative avait pour mission de créer un environnement favorable et un sentiment d'appartenance pour les personnes âgées tout en accroissant leur estime de soi et en répondant à leurs besoins de base en matière sanitaire, sociale et émotionnelle. Elle proposait une approche holistique, dans le cadre de laquelle les personnes âgées recevaient de l'aide sous forme de soins de santé et relativement à d'autres besoins, tandis que les fournisseurs prenaient connaissance du mode de vie des personnes âgées et de la façon de prendre soin d'elles. Les services étaient offerts aux bénéficiaires à titre gratuit.

La Croix Rouge de Saint Vincent et les Grenadines a fourni une formation en premiers soins aux auxiliaires familiaux. Des infirmiers ont fourni des soins infirmiers généraux et supervisé les stagiaires au cours de leurs stages. Le ministère de la Santé a fourni des agents pour aider au programme de formation. Grâce à la participation et au soutien des ministères, toutes les régions du pays sont englobées.

À l'heure actuelle, 450 personnes âgées bénéficient de l'initiative, qui est considérée comme une mesure de réduction des coûts pour le gouvernement, puisqu'il serait plus coûteux que le gouvernement fournisse des soins institutionnels à cette population. Les indicateurs sociaux ont

changé; le comportement de la collectivité et des familles à l'égard des personnes âgées s'est également amélioré. Les personnes âgées ont dit éprouver un sentiment de confort et de sécurité et les membres de leurs familles se sentaient réconfortés, sachant qu'on prenait soin d'elles.

On a eu davantage recours aux installations de soins de santé au sein des districts. Les personnes âgées ont commencé à prêter davantage attention au régime alimentaire et à la nutrition. Les décideurs ont acquis une meilleure compréhension de la visibilité des personnes âgées dans leur société. Les programmes de formation ont également été une source d'emplois pour les fournisseurs de soins.

Toutefois, il y avait un manque de participation masculine au projet (par exemple, auxiliaires familiaux); les ressources financières et humaines de même que l'équipement et le matériel étaient restreints et l'appui du secteur privé était déficient. La nécessité de s'assurer que les véritables bénéficiaires avaient accès au programme, et de garder au minimum l'ingérence politique posait un défi continu. De plus, l'initiative ne comportait aucune documentation ni aucun système d'évaluation formels.

L'initiative a contribué à des changements positifs pour la population de personnes âgées de Saint Vincent et les Grenadines. Comme l'initiative est à l'étape de la mise en œuvre et de

Faire progresser la promotion de la santé dans les Amériques



Leçons tirées de
15
études de cas

l'entretien, il faut envisager d'en faire l'évaluation, ce qui doit être un processus continu. Il faut également envisager une source pour maintenir l'initiative, car on dépendait exclusivement du gouvernement.



Cas 3

Programme national de mieux être *Saint Vincent et les Grenadines*

À compter de 2006, le service de l'Éducation physique et des Sports du ministère du Développement social de Saint Vincent et les Grenadines a lancé le programme national de mieux être, qui a été mis en œuvre par l'intermédiaire d'institutions et de groupes communautaires. Les autres organisations/institutions participantes comprenaient notamment le ministère de la Santé et de l'Environnement, des foyers pour personnes âgées (Thompson Home, Golden Age Homes), Her Majesty's Prison, et d'autres groupes communautaires de divers districts. L'initiative devait bénéficier à la population en général, plus particulièrement aux personnes travaillant auprès des organisations/institutions participantes.

Comme les maladies chroniques non transmissibles constituent un problème important et pressant à Saint

Vincent et les Grenadines, comptant pour 80 % des décès au pays, l'initiative avait pour mission de sensibiliser les participants aux modes de vie sains et aux avantages de participer à des activités physiques régulières. Un des principaux objectifs de cette initiative était de changer la croyance à savoir que la santé n'est importante que lorsque des personnes ne sont pas bien, et de faire en sorte que les gens deviennent plus proactifs lorsqu'il s'agit de leur santé.

Même s'il n'y avait pas de système formel de surveillance ou d'évaluation en place, l'élargissement du programme à d'autres collectivités était une indication positive que des changements avaient lieu. Les collectivités ont fait état d'une sensibilisation accrue au sujet de l'activité physique et ont exprimé un intérêt à participer au programme. On a fait une plus grande utilisation des ressources communautaires (p. ex. les centres communautaires et les sites récréatifs) ainsi que des installations de soins de santé au sein des districts. Un changement de comportement positif a été démontré par le niveau accru d'activité physique de la population.

L'étude de cas a fait ressortir certains défis tels que le manque de participation masculine au projet, les ressources financières et humaines restreintes, le matériel et l'équipement restreints et l'absence de soutien du secteur privé. En outre, le changement

d'emplacement de certaines activités a nuï à la participation de certaines personnes. Il faudra obtenir un financement adéquat d'autres sources.



Cas 4

Inuit Tutarvingat - Centre inuit de l'ONSA *Ottawa (Ontario), Canada*

L'Inuit Tutarvingat Initiative (initiative Inuit Tutarvingat) a débuté en 2000 en réponse au rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA). Les organisations et les institutions participantes comprenaient le Centre métis, le Centre des Premières nations et l'Unité des communications. L'initiative a pour but de bénéficier à la population inuite, qui a l'état de santé le plus mauvais au Canada. Les décideurs, les fonctionnaires et le grand public sont les audiences cibles de l'initiative.

L'initiative est axée principalement sur la promotion de pratiques qui permettront de rétablir un mode de vie inuit sain et d'améliorer l'état de santé de la population inuite par les moyens suivants : recherches et diffusion de leurs résultats, information et sensibilisation, développement des ressources humaines et partage de l'information sur les politiques et les pratiques sanitaires propres aux Inuits.

L'initiative vise à effectuer ces changements aux niveaux des particuliers, des organisations, de la collectivité et de la société.

L'initiative compte cinq objectifs : 1) améliorer et promouvoir la santé des Inuits au moyen d'activités fondées sur les connaissances; 2) promouvoir la compréhension des questions de santé touchant la population inuite; 3) faciliter et promouvoir la recherche et établir des partenariats de recherche; 4) favoriser la participation de la population inuite à la prestation des soins de santé; 5) reconnaître et protéger les pratiques de guérison traditionnelles inuites.

Les changements survenus au sein de la collectivité inuite ont été difficiles à saisir, car la population est très dispersée. En outre, parce qu'il n'y a pas encore de système formel de surveillance ou d'évaluation en place, il est difficile de mesurer les changements et les résultats. Très peu de données ethniques sont recueillies et il est donc difficile de dire dans quelle mesure les Inuits en général bénéficient de l'initiative. Certains produits et ressources ciblent des publics particuliers mais l'utilisation et l'incidence de ces ressources ne sont pas connues.

Toutefois, les changements organisationnels ont facilité l'obtention de petites subventions par le personnel.

Voici certains des défis qui se posent à l'initiative : difficulté de maintenir en fonction les travailleurs inuits, impératifs à long terme concernant la santé

de la population en amont et gouvernements changeants, qui remettent en question la continuité du financement.

Bien qu'il reste toujours à démontrer l'efficacité de l'initiative, en raison de l'absence d'un système formel de surveillance et d'évaluation, l'initiative semble être sur la bonne voie. Selon les responsables de l'initiative, les communications ont atteint le public cible, le Centre a accru sa visibilité et des ressources/partenariats ont été établis. Toutefois, l'initiative doit être axée sur un moindre nombre de questions et sur des projets à plus long terme et plus exhaustifs, ainsi que sur le renforcement des partenariats établis avec les secteurs de la santé et de l'éducation et sur la mise au point de documents ciblés. Il faut également établir et améliorer la surveillance et l'évaluation.



Cas 5

Initiative des écoles faisant la promotion de la santé Guyane

L'initiative des écoles faisant la promotion de la santé a débuté en 2002 en Guyane dans le but de régler des problèmes croissants en matière de santé et d'ordre social qui sont liés aux modes de vie et aux comportements dans le pays. Les organismes responsables comprenaient

le ministère de la Santé de la Guyane, le ministère de l'Éducation de la Guyane et l'Organisation panaméricaine de la santé (Guyane). Les organismes participants étaient les suivants : Caribbean Council for the Blind, ministère des Services humains et de la Sécurité sociale, Cheddie Jagan Dental Clinic, Ptolemy Reid Rehabilitation Center, Money Gram, ministère de l'Agriculture, ministère de la Culture, de la Jeunesse et des Sports, organisations de service volontaire (OSV), Linden Economic Advancement Program (LEAP) (programme de Linden pour l'avancement économique), Corps des volontaires de la paix, Croix Rouge de la Guyane, Women Across Difference, Banque mondiale et Église anglicane de St Sidwells.

L'initiative a été mise en œuvre dans les garderies, les écoles primaires et secondaires ainsi que dans les collectivités respectives où les écoles sont situées. Les groupes cibles comprenaient les associations parents enseignants, les Community Improvement Advisory Committees (comités consultatifs pour l'amélioration des collectivités) et les enfants d'âge scolaire de tous les niveaux.

L'initiative a pour but de créer des environnements propices qui favorisent les changements positifs grâce à l'éducation et à l'acquisition de nouvelles compétences auprès de divers groupes cibles. La mission consiste à créer et maintenir la capacité des collectivités scolaires à intégrer la santé

Faire progresser la promotion de la santé dans les Amériques



Leçons tirées de
15
études de cas



dans les aspects de la vie à l'école et à améliorer la santé des enfants, des enseignants, des parents, des tuteurs et des autres membres de la collectivité scolaire. L'initiative facilite le travail en collaboration des services de santé primaires et des écoles, améliore leur capacité de dépistage et offre de l'aide aux enfants et aux jeunes en temps opportun, retarde et prévient l'adoption de comportements à risque tels que le tabagisme, la consommation d'alcool, la toxicomanie, les pratiques sexuelles précoces et risquées ainsi que la grossesse précoce indésirée. L'OPS et l'OMS ont fourni un soutien technique. L'association parents enseignants a fourni les ressources humaines et plusieurs organismes internationaux ont fourni des ressources financières.

Selon les responsables de l'initiative, les réalisations et les résultats de l'initiative des écoles faisant la promotion de la santé ne peuvent être décrits en raison de l'absence de systèmes formels de surveillance et d'évaluation en place pour recueillir régulièrement les données nécessaires pour corroborer toute affirmation. Toutefois, les collectivités participantes ont fait état de certains changements comportementaux chez les parents et les enfants.

Les défis variaient au cours des différentes étapes de l'initiative. Au cours de l'étape de la planification, on a observé une absence d'ententes formelles entre les intervenants compétents,

l'absence d'un financement adéquat et l'absence de ressources humaines compétentes. Au cours de l'étape de la mise en œuvre, on a constaté l'absence de systèmes de surveillance formels pour suivre les progrès, ainsi que l'absence de stratégies de communication efficaces pour communiquer des renseignements au public au sujet de l'initiative et pour assurer une communication efficace entre les intervenants.

Les efforts continueront d'être maintenus par les unités de la santé en milieu scolaire des ministères de la Santé et de l'Éducation. Ces deux unités sont responsables de la coordination des activités au sein de chacun des ministères ainsi que du partage de l'information connexe avec l'autre ministère par l'intermédiaire d'un petit comité.



Cas 6

Initiative Qualité de vie de Crooked Creek (CC QOLI) : une expérience de développement communautaire à Indianapolis (Indiana), É. U.

Auteurs : Alicia Chadwick, Crooked Creek Northwest Community Development Corporation, Helen W. Lands, Fay Bickard Glick Neighborhood Center, Crooked

Creek, Mary Beth Riner, Indiana University School of Nursing, et Marty Rugh, Santé Saint Vincent.

Cette initiative avait pour but d'améliorer la qualité de vie des résidents d'un quartier défini du point de vue géographique, d'une région urbaine du Midwest des États Unis. Un conseil consultatif a assuré la supervision d'une évaluation exhaustive effectuée par des étudiants en soins infirmiers, et qui a été utilisée pour élaborer une proposition qui a permis de subventionner un groupe consultatif nommé par le maire de la ville. En se fondant sur le modèle des municipalités, des villes et des collectivités saines de l'OPS, divers secteurs de la collectivité ont collaboré aux travaux concernant les conditions responsables de la santé et du bien être. Les organisations participantes comprenaient un hôpital, une agence de services sociaux, une agence de création de logements et une université.

La CC QOLI avait pour but d'améliorer la qualité de vie des résidents de Crooked Creek par les moyens suivants : revitalisation des environnements construits (immeubles commerciaux et communautaires, logements, routes, trottoirs, etc.); engagement des résidents dans l'amélioration de la collectivité. Dans le but de réaliser ces objectifs, les initiatives suivantes ont été mises en œuvre : investissements dans un programme de logements pour les résidents à faible revenu et à revenu moyen;

construction d'un pavillon familial pour répondre aux besoins civiques, sociaux, intergénérationnels, culturels et récréatifs des particuliers et des familles de Crooked Creek; programme de santé en milieu scolaire pour les étudiants de la région.

Le pavillon familial de Fay Bickard Glick, de Crooked Creek, a été construit et fournit maintenant un superbe local pour les réunions communautaires, les activités des jeunes et des familles, et un emplacement abordable pour les réceptions de mariage, les réunions familiales, les cérémonies de collation des grades, les journées portes ouvertes et les services religieux. Le programme de santé dans les écoles a fait passer la prestation des soins de santé au delà du cadre traditionnel des hôpitaux et fait maintenant partie d'une vision plus générale visant à établir des collectivités plus saines. Les conseils scolaires ont adopté des politiques visant à améliorer la santé dans les écoles et sont en mesure de composer avec les problèmes chroniques liés à l'asthme, à l'obésité et à l'absentéisme. Les investissements dans le logement ont mené à l'achèvement de trois maisons d'hébergement en commun pour douze résidents handicapés – dont la plus récente a été construite au moyen de pratiques « écologiques », des réparations coûteuses aux maisons de 33 propriétaires âgés, à la prestation d'information à 60 acheteurs de maisons éventuels au sujet du

processus d'achat d'une maison, et à une aide sous forme d'acomptes pour 12 nouveaux acheteurs qui ont fait l'achat de maisons à Crooked Creek.

Le projet de pavillon familial s'est heurté à certaines difficultés, dont le fait que l'entrepreneur a abandonné le travail à mi chemin au cours du projet, ce qui a entraîné un retard de huit mois et des dépassements des coûts. Il a fallu recruter un autre entrepreneur et se procurer des fonds supplémentaires pour compléter le projet. Le programme de santé en milieu scolaire est devenu plus complexe lorsque les partenaires ont réalisé que la nature unique de chaque école exigeait que les interventions soient adaptées aux populations étudiantes de chaque école particulière. Les responsables du programme d'investissements dans le logement ont constaté que le coût des projets n'était soutenable que dans la mesure où l'organisation continuait de faire concurrence avec succès pour les fonds publics et privés affectés à la prise en charge de projets.

Voici certaines des leçons tirées des diverses initiatives : 1) la collaboration renforce les organisations individuelles – une nouvelle organisation sans antécédents bénéficie d'un partenariat avec une organisation établie, ce qui donne à d'autres la « permission » de l'appuyer. Les organisations établies bénéficient de l'énergie et des aspects entrepreneuriaux liés au démarrage de nouvelles

organisations; 2) l'existence d'un bon plan fondé sur de bonnes données est cruciale pour obtenir un financement et un soutien; 3) les responsables de programmes doivent garantir à leurs supérieurs que les dirigeants (cadres supérieurs et membres des conseils d'administration) sont tenus au courant et engagés, avec le temps, afin de maintenir les initiatives à long terme, à défaut de quoi celles-ci risquent d'être remplacées par la nouvelle initiative suivante (qui n'est pas nécessairement la meilleure).



Cas 7

La santé par la participation : l'expérience de Guarulhos (São Paulo), Brésil

Auteurs : Rosilda Mendes, Paulo Fernando Capucci, Douglas Brandalise, Emilia Broide.

L'initiative se déroule à Guarulhos (São Paulo) en tant que l'une des stratégies visant à régler les problèmes liés à la santé et aux conditions de vie, dans le but de promouvoir et d'accroître la participation de la population et d'établir une voie de communication ayant pour objet d'intégrer les demandes de celle-ci dans l'élaboration des politiques sur la santé. Le projet prioritaire de la santé par la participation s'attache à promouvoir les forums locaux ouverts au

Faire progresser la promotion de la santé dans les Amériques



Leçons tirées de
15
études de cas

public et tenus tous les deux ans. Entre 2005 et 2007, on a tenu, au total, 37 forums qui ont permis de rassembler 5 700 représentants des collectivités locales, des professionnels de la santé, des gestionnaires de la santé, d'ONG, d'églises, etc.

L'initiative a pour principal objectif d'accroître la prise en charge, par la population, des soins de santé et de la gestion des politiques publiques liées à la santé, et d'aider à déterminer l'état de la santé dans des domaines particuliers, au niveau de répartition de l'espace urbain local le plus bas possible. L'initiative a débuté en 2005, avec la tenue de forums sur la santé par la participation dans vingt deux régions de la ville, de concert avec les forums budgétaires participatifs. En 2007, on a tenu des séances plénières relatives à la santé par la participation dans chacun des districts de santé, qui avaient été organisés en tant que base de gestion de la santé. Depuis les premières séances plénières, environ 1 300 représentants ont été élus pour constituer les conseils de santé locaux, pour les 65 unités de santé de base, hôpitaux et centres de santé spécialisés de la municipalité. À la fin de 2009, 14 forums avaient été tenus.

Les conseils de santé locaux ont élargi la portée de leur action, passant d'une concentration sur les questions de santé locales aux questions sociales plus générales. Par conséquent, l'action a été réorientée vers les questions locales quotidiennes touchant les collectivités. Le projet

a mené à un changement dans la politique sur la santé et dans les domaines connexes de l'administration municipale. L'orientation découlant des discussions sur la politique régissant la santé publique a été attribuée publiquement à l'initiative. Des améliorations ont été enregistrées par les unités de santé de base relativement à la qualité des soins fournis. En outre, des progrès importants ont été réalisés quant à la détermination de demandes particulières de la population en matière de santé. Le fait que le public a pris les questions de santé en charge a donné lieu à une nouvelle tendance au sein de la population, ses plaintes ayant cédé la place à des propositions précises de changements et à un soutien accru de la part du secteur de la santé. Par exemple, le public comprend maintenant la logique d'investir dans les soins primaires par l'intermédiaire des unités de santé de base, plutôt que dans un plus grand nombre de gros hôpitaux. Des changements positifs ont eu lieu en matière d'établissement de mécanismes de participation faisant appel à de nombreux intervenants locaux. Cependant, les conseils avaient tendance à avoir un esprit de clique, ce qui a fait obstacle à une participation sociale plus importante.

La nécessité de s'assurer du soutien de l'administration locale pour réussir à accroître la participation sociale et pour améliorer la planification des activités pour maintenir la durabilité du projet est

l'une des leçons qui ont été tirées de cette expérience. La budgétisation est fondamentale pour appuyer les activités permanentes requises pour le projet, étant donné sa complexité et le nombre important d'intervenants. Ce qui est important pour le projet est qu'il ne s'écarte pas des activités et des politiques locales. Par conséquent, il doit faire appel à une participation illimitée.



Cas 8

🍏 Initiative pour des écoles saines dans les départements d'Asunción, du Centre, de Misiones, d'Itapúa et de Cordillera. Paraguay

Auteur(s) : Direction de la promotion de la santé – ministère de la Santé publique et du Bien être social.

L'initiative pour des écoles saines a débuté au Paraguay au cours de la décennie de 1990, sous les auspices du ministère de la Santé, avec l'appui de l'Organisation panaméricaine de la santé. Elle avait pour objet de promouvoir la santé dans le contexte scolaire ainsi que le développement intégral des garçons et des filles au sein de la collectivité des enseignants.

En 2000, un projet pilote a été mis en œuvre dans 17 écoles réparties partout dans les

régions urbaines, périurbaines et rurales des départements du Centre, de Cordillera et de Misiones. À chacune des écoles choisies, un comité de gestion composé d'autorités scolaires, de parents, d'étudiants, d'autorités locales et de représentants d'organisations et d'institutions locales a été établi. Les 17 écoles ont concentré leur action dans quatre domaines, à savoir les soins de santé primaires, l'infrastructure, la formation et les projets participatifs. Bien que ce projet ait débuté avec une grande force d'impulsion, il n'a pas été possible de la maintenir avec le temps. Toutefois, elle a créé un terrain propice qui a permis de maintenir certaines initiatives dans le cadre du projet d'écoles saines et, parfois, elle a démarré de nouveaux processus.

En octobre 2008, les autorités du nouveau gouvernement ont relancé l'initiative des écoles saines, dans le cadre d'un projet conjoint entre les ministères de la Santé et de l'Éducation. Une évaluation des données a été effectuée à des fins d'analyse conjointe et en vue d'établir un consensus quant aux critères d'accréditation. Des partenariats stratégiques ont été établis avec des organisations telles que le programme VIDA (prévention des maladies cardiovasculaires) et avec des organismes internationaux tels que l'UNICEF, le PNUD et le FNUAP. Les mesures prises à ce stade ont mis l'accent sur un intérêt fort et constant de la part de tous les intervenants. Il importe de souligner que

le ministère de l'Éducation et de la Culture a modifié le programme d'études secondaires techniques en santé, pour le réorienter vers la promotion de la santé et, de ce fait, contribuer au processus de mise en œuvre des initiatives pour des écoles saines.

L'un des défis auxquels cette initiative s'est heurtée est le fait que de nombreuses expériences en matière de santé dans les écoles sont décrites comme étant des initiatives pour des écoles saines ou des initiatives relatives à des écoles faisant la promotion de la santé alors qu'aucun critère uniforme n'a été établi aux fins d'une telle désignation. Ces expériences sont promues par différents secteurs : la municipalité, les districts de santé, l'administration locale et la collectivité des enseignants. L'objectif actuel consiste à unifier la stratégie en établissant des critères d'accréditation qui guident les institutions dans l'établissement de lignes d'action, complétées par un système de surveillance. Le but actuel est d'établir une stratégie unifiée dans 40 écoles choisies, dans cinq régions. Une base de référence ainsi qu'un système de collecte et d'analyse continues et systématiques des données seront mis au point.

Les difficultés rencontrées comprenaient notamment (1) les ressources limitées et la dispersion des efforts de la Direction de la promotion de la santé, qui ont compliqué la mise en œuvre d'un processus soutenu et (2) l'absence de

coordination au sein des programmes du ministère de la Santé, qui a entravé la prise de mesures intégrées fondée sur des objectifs communs.

Les leçons retenues comprenaient la nécessité d'une collecte et d'une analyse systématiques des données, la diffusion d'information entre les principaux intervenants de sorte que les résultats puissent être évalués, ainsi que la nécessité de l'habilitation communautaire (administrations locales et autres intervenants sociaux) afin d'éviter que les processus demeurent inconcluants.

La facilitation de l'instauration collective d'écoles saines aidera les intervenants sociaux à déterminer les facteurs protecteurs et à stimuler des interventions efficaces. La responsabilité devrait être assumée principalement par les institutions gouvernementales et les efforts devraient être reliés à ceux d'autres institutions travaillant dans ce domaine. La stratégie pour des écoles saines crée une possibilité de transformation du contexte scolaire en un environnement qui favorise la production sociale de la santé.

Faire progresser la promotion de la santé dans les Amériques



Leçons tirées de
15
études de cas



Cas 9

Promotion de contextes et de modes de vie sains dans les écoles primaires de quatre États mexicains *Mexique*

Auteurs : Luz Arenas Monreal, Pastor Bonilla Fernández, Cristina Caballero García, Elba Abril, Héctor Hernández P., Sofía Cuevas B.

En 2006, l'Institut national de la santé publique (INSP) du Mexique a lancé le projet de promotion de contextes sains dans les écoles primaires dans quatre États mexicains, en collaboration avec les Services de santé des États de Guerrero et Jalisco, le Centre de recherches sur les aliments et le développement, et les écoles publiques des États de Morelos, Jalisco, Guerrero et Sonora. Ce projet a été financé par le Conseil national des sciences et de la technologie. Il était fondé sur une approche intégrée visant à améliorer l'environnement physique, émotionnel et social des enfants d'âge scolaire et à s'attacher aux problèmes touchant cette population, tels que l'excédent de poids, l'obésité, les dépendances, la dégradation environnementale et la violence familiale et sociale.

Au début, des groupes de réflexion ont été établis

avec les enseignants de quatre États pour aider à définir les déterminants de la santé (conditions de vie, de travail et de scolarisation; environnement physique; facteurs psychosociaux; réseaux de soutien social et familial; etc.) touchant les populations des régions où l'initiative se déroulerait. Les principales caractéristiques observées auprès des familles des enfants d'âge scolaire étaient les suivantes : classe sociale de bas niveau, faible niveau de scolarisation des parents, pauvreté et migration aux États Unis. Au cours de la première étape, on a recueilli des données d'évaluation fondées sur une base de référence relativement aux aspects suivants : poids/âge, poids/taille, âge/taille, prévalence de la carie et du tabagisme, avec les résultats suivants : coexistence de la malnutrition et de l'excédent de poids ou de l'obésité chez les enfants de toutes les écoles participantes, prévalence élevée de caries et pourcentage important d'enfants qui fument et/ou qui consomment des boissons alcoolisées régulièrement.

Au cours de la deuxième étape, des interventions pédagogiques ont été effectuées relativement à des sujets tels que les suivants : estime de soi et culture de la paix, protection et soin de l'environnement, prévention du tabagisme, nutrition et hygiène. En conséquence, on a observé un accroissement des connaissances concernant l'hygiène et les aliments sains, ainsi que des améliorations des compétences en matière

de tri des ordures et de soin des ressources naturelles. Les enseignants ont fait état d'une réduction de la violence et d'une augmentation de l'utilisation de façons plus pacifiques de résoudre les conflits entre les enfants d'âge scolaire. Deux comités de la santé ont été établis, l'un composé d'enfants et l'autre de parents. Des liens ont été établis entre les écoles et les centres de santé locaux afin de faciliter l'accès des enfants aux services.

Les enfants éprouvaient des difficultés à appliquer hors du contexte scolaire ce qu'ils avaient appris dans le cadre de l'initiative, ce qui a fait ressortir les limites des initiatives axées sur les écoles qui n'incluent pas la collectivité dans son ensemble. On a également éprouvé des difficultés à influencer les organismes responsables de l'élaboration de politiques publiques (vente d'aliments sains dans les écoles et à proximité) dans les États de Guerrero et Morelos. Dans les États de Jalisco et Sonora, où des règlements régissant la vente d'aliments dans les écoles étaient déjà en place, l'initiative a permis de sensibiliser les familles au sujet de la consommation d'aliments sains.

Ce projet a contribué à l'inclusion d'approches plus intégrées en matière de promotion de la santé aux fins des initiatives, adoptées par l'INSP, telles que la promotion de l'établissement d'un groupe de recherches sur la promotion de modes de vie sains.





Cas 10

Mouvement communautaire de la santé mentale de Bom Jardim, Fortaleza Brésil

Le mouvement communautaire pour la santé mentale de Bom Jardim (Fortaleza), au Brésil, a pour but de fournir des services aux personnes atteintes de divers types de maladies mentales, afin d'améliorer leur intégration dans la collectivité et de promouvoir l'habilitation individuelle, collective et sociale. Il est mis en œuvre dans 22 centres communautaires de 5 quartiers situés dans la région du « Grand Bom Jardim » de Fortaleza. L'initiative est axée sur les familles vulnérables à risque, qui vivent dans la pauvreté extrême. Cette population est caractérisée par un faible niveau de scolarisation et d'emploi, l'absence de débouchés et une faible estime de soi.

L'initiative a débuté lorsque le pasteur de l'église locale et les missionnaires travaillant dans la région ont formé un groupe de bénévoles pour fournir un abri et des conseils à la population qui, à l'époque, n'avait pas accès à des services de santé mentale. Au début, les efforts visant à inclure l'administration locale avaient été vains. Toutefois, à la suite du changement de gouvernement en 2005,

l'initiative a obtenu davantage de reconnaissance et accru sa force d'impulsion, ce qui a mené à l'établissement d'alliances et à un flux accru de ressources pour accroître les actions et les services. Les services de santé locaux et d'État, les populations indigènes, les universités locales, le secteur privé, les ONG travaillant auprès des jeunes délinquants et les responsables du programme PETI (programme visant à éliminer le travail des enfants) sont quelques uns des intervenants qui participent actuellement à l'initiative.

L'initiative a intégré diverses stratégies pour réaliser ses objectifs. Des groupes de thérapie communautaires ont été établis, ainsi que d'autres groupes visant à faciliter les processus thérapeutiques personnels dans le cadre d'actions collectives (biodanse, thérapie par l'art, groupes de soutien de l'estime de soi, etc.). Des séances et des ateliers sur la massothérapie, le reiki, la respiration et la relaxation ont été offerts. Des événements théâtraux et musicaux ont été organisés dans des lieux publics comme moyen de permettre à la collectivité de prendre en charge des endroits qui étaient dominés par le trafic de la drogue et la violence. Diverses activités culturelles et artistiques ont été offertes, à titre gratuit, à tous les membres de la collectivité (cours de musique, de langues, de peinture et de théâtre). Un jardin communautaire et une pharmacie ont été établis et une formation professionnelle a été offerte

aux jeunes. Enfin, on a déployé des efforts pour intégrer les personnes atteintes de maladies mentales dans ces activités, afin d'appuyer un processus visant à réduire les stigmates liés aux troubles de santé mentale, ainsi que la désinstitutionnalisation de ces patients.

Des résultats positifs ont été signalés relativement à cette initiative. L'attitude générale de la collectivité quant aux rapports avec les populations mal desservies est passée d'une perspective personnelle à une perspective collective et sociale. L'identité de la collectivité s'est améliorée, les personnes vivant à Bom Jardim manifestant de la fierté quant à leur quartier alors que, avant la mise en œuvre de l'initiative, ces personnes auraient décrit leur quartier comme étant laid et violent. Un réseau a été établi pour aider les membres de la collectivité à prendre mieux soin d'eux mêmes. De nouveaux liens ont été établis avec d'autres intervenants travaillant dans la collectivité, et avec le secteur privé. Les jeunes de la collectivité se sont dits davantage motivés à atteindre un niveau de scolarisation supérieur, et les stigmates liés aux problèmes psychologiques ont été réduits. L'initiative a également fait l'objet d'une reconnaissance nationale et a obtenu divers prix nationaux et régionaux.

Les défis comprenaient notamment les changements de gouvernement, qui ont occasionné des retards et de l'incertitude au sujet de la continuité de l'initiative,

Faire progresser
la promotion
de la santé
dans les
Amériques



Leçons
tirées de
15
études de
cas

la difficulté de maintenir et d'accroître les ressources au fil de l'évolution de l'initiative, et la résistance d'autres institutions à collaborer aux activités menées dans le cadre de l'initiative.

Des stigmates sociaux considérables sont rattachés aux maladies mentales, en particulier lorsqu'elles concernent des populations mal desservies et pauvres. Cette expérience a fait ressortir la viabilité de l'habilitation, de l'amélioration du capital social et de l'organisation d'activités thérapeutiques et éducatives pour ces populations. Elle a également favorisé l'établissement de nouvelles façons, inclusives et transformatrices, d'envisager les questions de santé mentale.



Cas 11

Initiative Visages, Voix et Places dans la municipalité de Corredores, au Costa Rica

L'initiative Visages, Voix et Places (VVP) menée à Corredores, au Costa Rica, a commencé en 2006 dans le cadre d'une initiative de plus grande envergure qui avait été lancée en 1998 en vue d'améliorer la sécurité alimentaire et la nutrition dans la région. À Corredores, l'initiative était également axée sur l'eau et l'assainissement. Le ministère

de la Santé, l'administration municipale, les écoles locales, le marché Paso Canoas, l'Association des aqueducs ruraux, INCAP/OPS, les services de santé locaux, des groupes communautaires et le comité local sur la sécurité alimentaire y ont participé. Un bureau de VVP a été établi dans la municipalité afin de faciliter la coordination, la mise en œuvre et le suivi des activités. L'organisation communautaire en place a permis d'obtenir un engagement plus solide à travailler en collaboration de la part de tous les intervenants concernés.

Les responsables de l'initiative ont travaillé auprès des femmes, des populations autochtones et des enfants, à divers projets tels que la culture des aliments et la fabrication du pain. Les enfants d'âge scolaire ont participé à la conception et à la mise en œuvre de programmes de recyclage dans les écoles. Un jardin communautaire a été établi dans deux collectivités autochtones où l'on a produit des aliments pour la population et à des fins de vente. Une formation et des ressources ont été offertes aux personnes qui travaillaient à l'élimination des déchets solides (gants, vêtements appropriés) et un comité local de travailleurs chargés de l'élimination des déchets solides a été établi afin d'améliorer la capacité et de conférer davantage de dignité à ce travail important, qui a contribué à la durabilité environnementale et au développement local.

L'initiative a favorisé une plus grande connaissance des questions liées à la sécurité alimentaire et à la nutrition, non seulement au niveau des ménages mais également au niveau de la collectivité. Depuis le début de cette initiative, les taux de mortalité infantile ont diminué à Corredores, ce qu'on a attribué à la connaissance et à l'information accrues de la population. Aujourd'hui, toutes les mères reçoivent des soins prénataux, peu importe leur situation sociale. On a également observé un niveau d'habilitation communautaire plus élevé, les membres de la collectivité ayant fait preuve d'une confiance accrue lorsqu'il s'agissait de définir les problèmes et de discuter ensemble des solutions. Les professionnels de la santé se sont également dits davantage motivés à travailler avec la collectivité.

Le travail réalisé dans le cadre de l'initiative VVP a aidé à attirer l'attention nationale sur cette région du pays, ce qui s'est traduit par l'accroissement de l'engagement et des ressources disponibles pour travailler auprès de ces collectivités et populations vulnérables. Le travail effectué relativement aux questions liées à la sécurité alimentaire, à l'eau et à l'assainissement a également aidé à définir d'autres problèmes importants pour la collectivité, tels que la dégradation de l'environnement et la violence intrafamiliale, et à exercer une influence à cet égard. En conséquence, l'initiative a été réorientée sur les déterminants



de la santé, a permis de regrouper divers secteurs et institutions et de souligner leurs rôles en matière de bien être communautaire.

L'absence d'une saine gestion au niveau national et au sein de certaines des institutions participantes a été signalée comme posant un défi important. L'absence de suivi par le personnel technique au niveau national, en grande partie attribuable à l'emplacement éloigné de la municipalité, a causé certaines difficultés. Le nombre élevé d'enfants abandonnant l'école pour travailler dans les champs a également entravé le succès de cette initiative, bien que les directeurs d'écoles aient déployé quelques efforts pour garder les enfants dans les écoles.

En traitant de divers déterminants de la santé, cette initiative a réussi à améliorer la qualité de vie de la collectivité, en habilitant les femmes à être plus indépendantes et à jouer un rôle plus proactif aux niveaux individuel, familial et communautaire; améliorer l'accès aux aliments et la qualité de ces derniers; et améliorer le revenu familial. Elle a aidé à renforcer la cohésion sociale et la capacité de la collectivité de s'organiser elle-même et de participer aux solutions à ses propres problèmes. Cette expérience fait ressortir l'importance d'aller plus loin que la simple définition des problèmes touchant une collectivité, pour en comprendre les causes, ainsi que la capacité de la population de prendre des décisions et

d'agir individuellement et collectivement.



Cas 12

🍏 **Dépistage précoce du cancer du sein grâce à des services de mammographie mobiles** *Uruguay*

Les services de mammographie mobiles, qui font partie du programme de dépistage précoce du cancer du sein coordonné par la Honorary Commission to Fight Cancer (commission honoraire pour la lutte contre le cancer), ont été lancés en 2003 dans quatre municipalités de l'État de Colonia, en Uruguay (Juan Lacaze, Colonia Valdense, Nueva Helvencia et Rosario). Ce programme avait pour but d'améliorer le dépistage rapide de tumeurs malignes, ainsi que l'auto examen des seins auprès des femmes de ces municipalités. Avant la mise en œuvre de cette initiative, les services de mammographie n'étaient pas accessibles aux femmes vivant dans cette région éloignée du pays, ce qui les obligeait à se rendre dans la capitale de l'État; en conséquence, les femmes des secteurs les plus pauvres de la collectivité étaient touchées.

Divers intervenants locaux ont participé à l'étape de la planification de l'initiative, en établissant un comité local dans chacune des

municipalités choisies. Ce comité local était chargé d'obtenir des fonds pour couvrir les coûts nécessaires pour amener la clinique mobile dans les collectivités et pour payer les professionnels de la santé dont elle était dotée. Des membres de la collectivité ont également offert de transporter les femmes qui ne pouvaient pas se rendre à la clinique mobile de leur propre chef, soit en raison de la distance, ou en raison d'incapacités physiques. Compte tenu de la disponibilité restreinte des services mobiles dans chacune des collectivités, l'accent a été placé principalement sur les femmes âgées de 40 ans ou plus vivant dans les quartiers les plus pauvres et qui ne jouissaient pas d'un accès régulier aux services de santé.

Sur les 10 500 femmes âgées de plus de 40 ans vivant dans ces municipalités, l'initiative a permis d'effectuer des mammographies pour 5 392 d'entre elles, ce qui représentait environ 51 % de ce groupe démographique. La demande de services était élevée. Bien que 100 % des rendez vous disponibles aient été fixés, chacune des municipalités avait toujours une longue liste d'attente d'utilisatrices qui auraient aimé consulter. En conséquence, deux mammographes permanents ont été installés dans deux des localités visées par cette initiative. Bien que ces services ne soient maintenant disponibles que dans des cliniques privées, ils ont résulté des demandes de services de la population.

Faire progresser la promotion de la santé dans les Amériques



Leçons tirées de
15
études de cas

Au début, l'initiative s'est heurtée à de la résistance. Certaines femmes ne connaissaient pas bien la mammographie, ce qui suscitait chez elles de la crainte et de l'anxiété à l'idée de se soumettre à l'examen. Il était important de leur expliquer la science à la base de l'examen et de s'assurer qu'elles en comprenaient les bénéfices. En conséquence, une campagne d'information a été créée et menée par les dirigeants locaux, par l'intermédiaire des médias, afin de traiter des principales préoccupations de la population relativement aux examens mammographiques.

L'initiative a également réussi à accroître la sensibilisation relativement au cancer du sein, à la faveur d'une campagne continue ayant pour but d'améliorer les connaissances des femmes au sujet de leur corps et de leurs droits. Bien que cela ait eu pour effet d'améliorer l'autogestion de la santé des femmes et leur sensibilisation quant au cancer du sein, des défis se sont également posés relativement à l'initiative, pour ce qui était de répondre aux demandes de services générées par cette connaissance accrue.

Les municipalités qui ont participé à cette initiative avaient un niveau d'organisation et de participation communautaires élevé, ce qui a grandement contribué à la réussite de la mise en œuvre et de la planification des activités. Toutefois, il y avait d'importantes rivalités entre ces sites, ce qui a créé des difficultés en matière

d'établissement de réseaux et de liens coopératifs.

L'initiative a également mené à l'établissement de deux politiques importantes, dont l'une permet aux femmes de prendre un jour de congé par année pour se soumettre à une mammographie, et une autre qui offre des mammographies à titre gratuit aux femmes âgées de 40 à 59 ans, aux deux ans.



Cas 13

○ Initiative visant des lieux de travail sans fumée de tabac à Azucarlito, en Uruguay

L'initiative d'Azucarlito visant l'établissement d'immeubles sans fumée a été lancée en 2002 en vue de maintenir un environnement de travail sans fumée dans une sucrerie de Paysandú, en Uruguay. Elle a débuté en réponse à un intérêt exprimé par la direction de l'usine et un groupe d'employés, qui voulaient travailler dans un environnement de travail sans fumée de tabac. Une base de référence initiale a permis de déterminer que 10 % des travailleurs de l'usine étaient des fumeurs. Les programmes de cessation du tabagisme mis en place antérieurement pour aider le personnel à renoncer à l'habitude n'avaient pas été efficaces.

Au début, les activités étaient axées sur l'amélioration des connaissances au sujet des conséquences négatives du tabagisme et des avantages positifs de garder les locaux exempts de fumée de tabac. Les discussions ont également porté sur les distinctions entre les « fumeurs actifs » et les « fumeurs passifs ». Des groupes ont été constitués pour discuter des responsabilités individuelles et collectives quant à la santé de chacun, lesquelles discussions ont été animées par un médecin et un spécialiste en promotion de la santé. Des groupes de soutien à la cessation du tabagisme ont été établis. Enfin, une politique a été mise en œuvre depuis le niveau de gestion supérieur, déclarant Azucarlito un « lieu de travail sans fumée », et énonçant les sanctions qui seraient imposées aux personnes qui ne respecteraient pas les nouvelles consignes.

À la suite de l'initiative, de nombreux membres du personnel ont cessé de fumer tandis que d'autres ont réduit considérablement le nombre de cigarettes qu'ils fumaient chaque jour. L'initiative a attiré l'attention des médias, qui ont déclaré Azucarlito le « premier lieu de travail sans fumée de tabac » au pays et incité d'autres organismes à lancer leurs propres initiatives visant l'établissement de lieux de travail exempts de fumée de tabac.

La coordination et le leadership assurés par un organisateur communautaire de la Honorary Commission to Fight Cancer (commission

honoraire pour la lutte contre le cancer) ont joué un rôle fondamental dans la réussite de l'initiative tout comme la participation et le soutien généraux de tous les échelons de l'entreprise. La compagnie Azucarlito avait pris un engagement explicite à protéger la santé de ses travailleurs, qui a joui du soutien de la haute direction de l'entreprise. Le leadership d'un gestionnaire en particulier, qui était un ancien fumeur et qui avait subi des conséquences graves sur sa santé en raison de son habitude, a également été signalé comme un facteur crucial de réussite de l'expérience. Les travailleurs ont également participé activement à toutes les étapes de l'initiative. Le refus de participer aux activités et aux programmes liés à l'initiative, de la part de fumeurs travaillant au sein de l'entreprise, en particulier ceux occupant des postes de gestion supérieurs, a posé quelques défis.

L'initiative d'Azucarlito a établi un modèle important et novateur pour les programmes et les politiques de promotion de la santé en Uruguay. L'expérience a été reconnue à l'échelle nationale et reproduite dans diverses institutions. Elle a également servi de modèle pour l'élaboration du décret national 268/05, qui interdit de fumer dans tous les espaces clos du pays, dans le cadre de l'initiative nationale visant l'établissement de locaux entièrement exempts de fumée de tabac.



Cas 14

Faire du conseil municipal de Rivera un lieu de travail exempt de fumée de tabac *Uruguay*

L'initiative visant à faire du conseil municipal de Rivera un milieu de travail sans fumée de tabac a été lancée en 2004 dans le but de transformer l'immeuble principal du conseil municipal de Rivera en un lieu de travail exempt de fumée de tabac. Elle a été conçue et mise en œuvre par le personnel du conseil municipal et par un coordonnateur de la Honorary Commission to Fight Cancer (commission honoraire pour la lutte contre le cancer). Une collaboration a également été établie avec l'émission radiophonique « Entre Todos » (« entre nous tous »), laquelle a aidé à communiquer au grand public de l'information au sujet de l'initiative et de ses résultats.

Au début, un groupe de travail nommé « Grupo Pro Calidad de Vida » (groupe de la qualité de vie), composé d'employés et de gestionnaires de divers services du conseil municipal, a été établi. On a donné aux intervenants un local de bureau doté d'un téléphone, d'un ordinateur, d'imprimantes et d'un accès à Internet. Les membres du groupe de travail se sont réunis régulièrement pour discuter des décisions et des activités liées à l'initiative. Au cours de la réalisation du

projet, ce groupe s'est adapté aux besoins liés aux diverses tâches et étapes de l'initiative. La diversité du groupe et le degré élevé d'engagement et de participation de ses membres ont été signalés comme étant l'un des facteurs principaux de la réussite de l'initiative.

La rédaction d'une politique interne concernant l'usage du tabac en milieu de travail était l'une des principales contributions de ce groupe. Une fois approuvée, cette politique a mené à la création d'aires désignées pour fumer et a fait du conseil municipal de Rivera le premier conseil municipal de l'Uruguay exempt de fumée de tabac à 100 %. Des programmes de cessation de l'usage du tabac ont également été mis en œuvre et offerts à tous les membres du personnel. L'initiative a été reconnue officiellement par le bureau du maire et la législature de la ville a approuvé une modification des règlements municipaux pour appuyer. La participation du maire aux activités s'est accrue au cours de l'initiative. Les syndicats locaux ont également appuyé ces efforts.

Une campagne de sensibilisation a été conçue en vue de communiquer des renseignements au sujet de l'ampleur du problème et des risques liés au tabagisme actif et au tabagisme passif pour les personnes travaillant dans l'immeuble. Ces renseignements ont été communiqués au cours de présentations et d'ateliers tenus avec un oncologue et des professeurs universitaires,

Faire progresser la promotion de la santé dans les Amériques



Leçons tirées de
15
études de cas

d'affiches, de vignettes autocollantes et d'autre matériel publicitaire tel que des tapis à souris. Des cendriers ont également été placés dans des endroits stratégiques, accompagnés d'affiches pour rappeler aux personnes de déposer leurs cigarettes avant d'entrer sur les lieux.

L'une des difficultés initiales était liée au fait que la contamination par la fumée de tabac en milieu de travail n'était pas considérée comme un problème par le personnel, la direction et même les services de santé. À mesure que la sensibilisation s'est accrue grâce aux efforts déployés dans le cadre de l'initiative, la question a commencé à être perçue comme un problème qu'il fallait régler. À la suite de l'initiative, on a constaté un effet positif sur la perception, par le personnel des services de santé locaux, de la façon dont la fumée de tabac influe sur la santé de la population. Ces résultats ont mené à l'obtention de l'appui des services de santé pour les activités découlant de l'initiative, ainsi qu'à une promotion accrue des politiques publiques locales visant à combattre la contamination par la fumée de tabac en milieu de travail.

L'absence de volonté de certains membres du personnel de cesser de fumer au travail est un facteur important qui a nui à la réussite de cette initiative. La politique avait pour but de faire en sorte que les fumeurs cessent leur usage de tabac ou restreignent

leur consommation de tabac à des zones non liées au travail. Toutefois, la contamination du milieu de travail par la fumée de tabac a exigé des mesures d'exécution intenses et constantes pour la freiner de façon significative.

L'initiative s'est avérée durable et on a réussi à maintenir un bon niveau de participation, pour réaliser les résultats obtenus. Le niveau de contamination de l'immeuble par la fumée de tabac ainsi que le nombre de fumeurs faisant partie du personnel ont été réduits. La politique interdisant l'usage du tabac au travail est bien établie et respectée. À l'heure actuelle, le groupe de travail se concentre sur la documentation de l'expérience, afin d'améliorer la diffusion de ses résultats et des leçons retenues par la collectivité et les professionnels de la santé.



Cas 15

Activités de promotion, de prévention et d'information auprès de la collectivité en matière de santé cardiovasculaire à Tala, en Uruguay

Cette initiative axée sur la collectivité, mise en œuvre depuis 2002 dans la municipalité de Tala (Canelones) visait à

promouvoir une meilleure compréhension d'un concept holistique de la santé, ainsi que l'adoption de modes de vie sains. L'administration locale, les organismes communautaires, les services de santé publics et privés, les écoles rurales et urbaines, les églises locales, la Honorary Commission for Cardiovascular Health (commission honoraire pour la santé cardiovasculaire), les universitaires, les organisations sportives, les professionnels de la santé, les travailleurs de la santé communautaire et les dirigeants de la collectivité y ont participé. Au début, on a établi une base de référence pour évaluer le profil de la population et déterminer les problèmes importants la touchant. Ce travail a révélé l'existence d'une population vieillissante atteinte de nombreuses maladies évitables, attribuables principalement à des changements dans les habitudes alimentaires, un mode de vie sédentaire, l'alcoolisme, le tabagisme, la consommation élevée de drogues psychotropes et la détérioration des conditions sociales, économiques et environnementales influant sur la santé cardiovasculaire. Le taux de chômage était particulièrement élevé, en particulier chez la population rurale. Les services de santé étaient axés presque exclusivement sur l'administration de traitements, et il y avait peu d'activités de promotion, de prévention et d'information.

Les activités découlant de cette initiative comprenaient

notamment une vaste campagne médiatique au sujet de l'importance de modes de vie sains, de l'intégration d'équipes de santé dans les écoles, de l'établissement de groupes communautaires ainsi que des activités de renforcement de la capacité. Une série de projets a fait suite à cet effort initial (élimination appropriée des déchets, lutte contre les vecteurs, prévention des MTS, toxicomanie, violence domestique, etc.), s'inscrivant tous sous la même ligne d'action stratégique et visant les groupes démographiques les plus vulnérables et ceux présentant des risques cardiovasculaires précis (obésité, diabète, dépendances, etc.).

Voici certains des résultats qui ont été observés : sensibilisation accrue des professionnels de la santé au sujet de l'importance de promouvoir des modes de vie sains, et meilleure compréhension des stratégies et des mécanismes de promotion de la santé; acceptation accrue des efforts déployés de façon participative et de concert avec la collectivité; accroissement des connaissances et des habitudes saines chez les adolescents et les personnes âgées; accroissement de la participation et réduction de l'isolement de la population âgée; amélioration de la compréhension des questions liées à la santé en milieu scolaire à la suite de la mise en œuvre d'un système de suivi et de renvoi plus efficace; établissement de groupes de santé communautaire tels que « Adultos en Movimiento »

(« adultes en mouvement ») qui travaillent à prévenir la violence conjugale.

Le changement de gouvernement national qui a eu lieu en 2005 est un facteur important à l'appui de l'initiative. Ce changement a mené à l'accroissement du développement technologique et à un accent accru sur les questions de santé, dans les médias. Il a également mené à un changement culturel dans le système de santé, qui est maintenant axé davantage sur la promotion de la santé et l'information connexe, et a renforcé les stratégies de soins de santé primaires, ce qui s'est traduit par l'inclusion de divers intervenants sociaux au niveau local dans le processus décisionnel, qui a grandement facilité la planification et la mise en œuvre de l'initiative. En retour, ces changements ont suscité un intérêt et un engagement accrus de la collectivité à l'égard de l'initiative.

Faire progresser la promotion de la santé dans les Amériques



Leçons tirées de
15
études de cas

