
Mise au point d'indicateurs sociosanitaires : une approche à l'échelle du district

M. W. Russell, M.G.S.S. (1); L. A. Campbell, M. Sc. (2); S. Kisely, M.D., Ph. D. (3); D. Persaud, Ph. D. (4)

Résumé

Introduction : En réaction aux taux élevés de maladies chroniques, la Régie régionale de la santé Capital en Nouvelle-Écosse a reconnu la nécessité de modifier le processus décisionnel axé sur les soins actifs pour privilégier une approche axée sur la santé de la population et guidée par des indicateurs sociosanitaires.

Méthodologie : Une enquête a été menée auprès des principaux intervenants à propos de leur connaissance des indicateurs socio-sanitaires en lien avec la santé, et à propos de leur opinion sur l'utilité de ces indicateurs dans l'aide à la prise de décision.

Résultats : Les répondants ont déclaré bien connaître les indicateurs sociosanitaires présentés et les ont trouvés utiles. Ils ont fait un choix plutôt consensuel sur les indicateurs prioritaires aptes selon eux à guider les interventions. Ils sont plutôt favorables à l'utilisation d'indicateurs sociosanitaires pour aider à définir une politique de la santé axée sur la population, du fait qu'ils ont participé au processus de choix, que la présentation des éléments probants a été faite en termes simples et pertinents, et que la diffusion des éléments a été large.

Mots-clés : *indicateurs sociosanitaires, hôpitaux de district, planification en santé communautaire, santé de la population, Nouvelle-Écosse*

Introduction

Comparativement aux autres Canadiens, les Néo-Écossais sont en moins bonne santé, présentent des taux plus élevés de maladies chroniques et d'obésité, sans compter que la population est vieillissante^{1,2}. Les interventions visant à améliorer l'état de santé nécessitent l'adoption de mesures multisectionnelles et à paliers multiples³. Le système de santé, actuellement axé sur les soins actifs, doit plutôt privilégier une approche axée sur la santé de la population. Une approche de ce type repose sur l'établissement de partenariats à l'extérieur du secteur habituel de la santé, et sur la mesure systématique des progrès accomplis par les initiatives qui ont été lancées dans ce cadre. Elle aurait comme conséquence une réévaluation, par les autorités sanitaires

de district, de l'éventail de compétences de leurs intervenants, des systèmes d'aide à la décision, des choix budgétaires et des priorités en matière de campagne de sensibilisation, et les conduirait à se tourner vers une culture organisationnelle valorisant davantage une approche de la santé centrée sur la population.

La Régie régionale de la santé Capital de la Nouvelle-Écosse (la régie Capital) est le plus important fournisseur de services de santé de la Nouvelle-Écosse, desservant une région de 400 000 habitants (approximativement 40 % de la population de la province). Elle gère les hôpitaux, les centres de santé et les programmes communautaires sur tout le territoire de la municipalité de région

d'Halifax et sur la partie occidentale du comté de Hants, qui comprend certaines des régions les plus densément peuplées de la province mais aussi des zones rurales, de petits villages et des villes moyennes.

La régie Capital, affiliée à l'Université Dalhousie, dispose d'un budget d'approximativement 800 millions de dollars et compte environ 11 000 employés et médecins. Elle sert de centre spécialisé à l'échelle de la province et des Maritimes pour les soins tertiaires et quaternaires. Elle a entamé la mise en œuvre d'un nouveau plan stratégique, *Our promise*, associé à l'initiative de planification QUEST, et dont l'un des objectifs est d'axer les orientations stratégiques sur la population et de les fonder sur des données probantes. Par exemple, l'atteinte de l'orientation stratégique de développement durable implique un suivi de la santé de la collectivité à l'aide d'indicateurs sociosanitaires localement pertinents et fondés sur des données probantes. Ces indicateurs doivent être aptes à fournir l'information nécessaire pour appuyer le processus de décisions stratégiques, liées aux affaires ou aux programmes. Il est plus important que ces indicateurs clés soient pertinents à l'échelle locale que comparables aux données nationales⁴.

Actuellement, la régie Capital produit des rapports et prend les mesures nécessaires pour améliorer les soins actifs en se basant sur des indicateurs cliniques tels que le temps d'attente pour une chirurgie de la hanche et du genou, le temps passé au service des urgences, les taux d'infection et les erreurs de médication. Toutefois, elle ne dispose pas d'un processus d'examen systématique similaire visant à améliorer

Rattachement

1. Santé communautaire, Régie régionale de la santé Capital, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada
2. Régie régionale de la santé Capital et Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada
3. University of Queensland and Health LinQ, Brisbane (Queensland), Australie
4. École d'administration de la santé, Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada

Correspondance : Mary W. Russell, directrice, Santé communautaire, Régie régionale de la santé Capital, 3825 Joseph Howe Drive, Halifax (Nouvelle-Écosse) B3L 4R6; tél. : 902-487-0569; téléc. : 902-455-3531; courriel : Mary.russell@cdha.nshealth.ca

la santé de la population, et elle n'utilise pas non plus d'indicateurs sociosanitaires fondés sur des données probantes pour guider le processus de décision. Elle présente également des taux plus bas que souhaités dans certains domaines de prévention, comme le dépistage par mammographie et l'activité physique^{5,6}.

Méthodologie

Le Comité pour la santé de la population, mis sur pied par le conseil d'administration de la régie Capital, a créé un groupe de travail chargé de déterminer quels indicateurs sociosanitaires devaient faire l'objet d'un suivi par la régie. Ce groupe de travail était composé d'un médecin hygiéniste, du directeur de programme Excellence du rendement (anciennement Planification et qualité), du chef du département de santé communautaire et d'épidémiologie, d'un épidémiologiste de l'Unité de recherche sur les résultats en matière de santé, d'un analyste en informatique décisionnelle et du directeur de la Santé communautaire (ayant le rôle de président du comité). Il s'est appuyé sur le travail organisationnel déjà accompli dans le domaine, car le fait d'utiliser des données de gestion du changement faisant état des ressources et des

systemes existants augmente la probabilité d'acceptation du changement⁷.

En raison des ressources limitées du district et du temps nécessaire pour apporter des changements à la santé de la population, le groupe de travail a adopté une approche pragmatique pour déterminer un nombre raisonnable d'indicateurs devant faire l'objet d'un suivi continu par la régie Capital ainsi qu'un sous-groupe d'indicateurs prioritaires. L'élaboration des indicateurs sociosanitaires, en partie basée sur le cadre de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)⁸, s'est faite en quatre étapes (figure 1) : (1) recueillir l'information permettant de définir un ensemble initial d'indicateurs à des fins de surveillance, (2) consulter les intervenants afin de dégager les indicateurs prioritaires devant donner lieu à une intervention immédiate, (3) valider les indicateurs prioritaires et (4) utiliser les indicateurs sélectionnés. Un modèle logique (figure 2) présente les éléments interdépendants du processus (les activités) ainsi que les intrants, les extrants et les résultats.

Durant la première étape (la collecte de données), le groupe de travail a tenu compte des priorités et des questions de santé émergentes en classant les données en fonction

de groupes d'âge (population générale, nourrissons/enfants, adolescents, adultes et aînés), afin d'orienter la réflexion en vue de la sélection d'un ensemble initial d'indicateurs. Ce classement a été choisi pour trois raisons principales : la mise en œuvre des interventions en santé communautaire et en promotion de la santé varie selon le groupe d'âge, les services à l'enfance sont principalement fournis par le Centre de soins de santé IWK (cette répartition des responsabilités a contribué à préciser le rôle de ce dernier dans l'amélioration de la santé de la population) et les praticiens travaillant auprès de groupes d'âge précis seront davantage enclins à utiliser ces indicateurs dans le cadre de leur travail.

Le groupe a établi des critères basés sur une analyse documentaire et sur une analyse de la conjoncture pour orienter la sélection des indicateurs. La pertinence locale était un critère primordial, étant donné que les indicateurs sélectionnés devaient faciliter les futures prises de décisions d'affaires de la régie Capital. De plus, les indicateurs devaient être conformes à la définition d'un « bon indicateur » donnée par Agrément Canada : être significatifs et pertinents pour les personnes qui en font usage, être recueillis correctement et de manière constante sans fardeau additionnel important, être conformes à la définition standard, être basés sur les taux et être harmonisés avec les objectifs et les buts de l'organisme⁹. Le comité a adapté les critères de sélection des indicateurs mis au point par Saskatchewan Health¹⁰, dont le cadre s'apparente grandement aux valeurs et aux objectifs du groupe de travail de la régie Capital. Le comité a également considéré la possibilité de comparer les taux de cette dernière aux taux provinciaux et nationaux au fil du temps, conformément à la stratégie recommandée par la Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population convoquée par l'ICIS⁸.

Le groupe de travail a appliqué les critères suivants pour la sélection (tableau 1) : chaque indicateur devait être lié à une ou à plusieurs des priorités stratégiques de la régie Capital, être utilisable par la régie Capital, être mesurable et apte à faire l'objet d'un rapport, être fondé sur des

FIGURE 1 Méthodologie

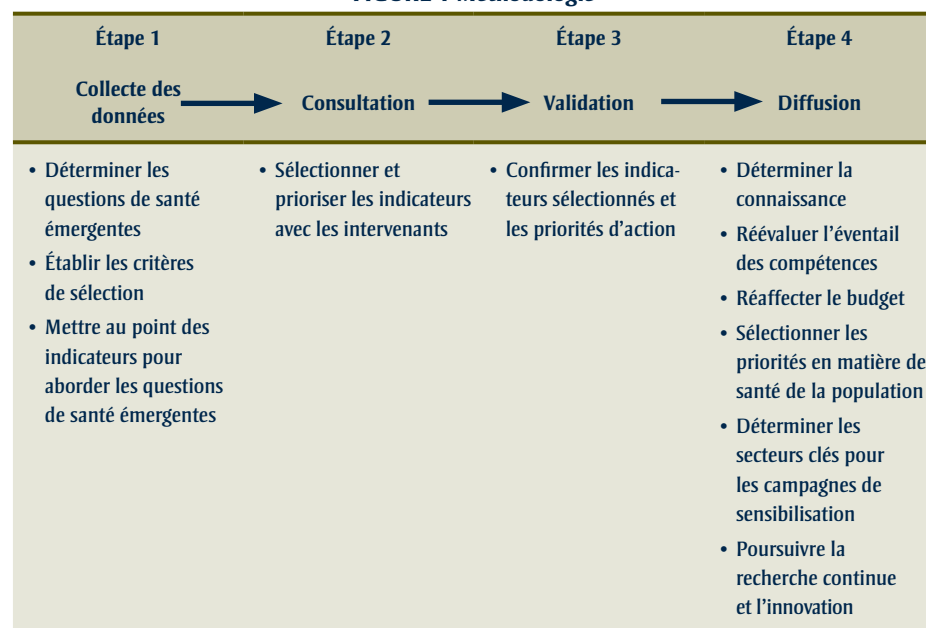


FIGURE 2

Modèle logique des indicateurs sociosanitaires

Ce modèle relie les étapes 1 à 4 du modèle méthodologique (figure 1) avec les intrants, les extrants et les mesures à prendre pour atteindre ces résultats.

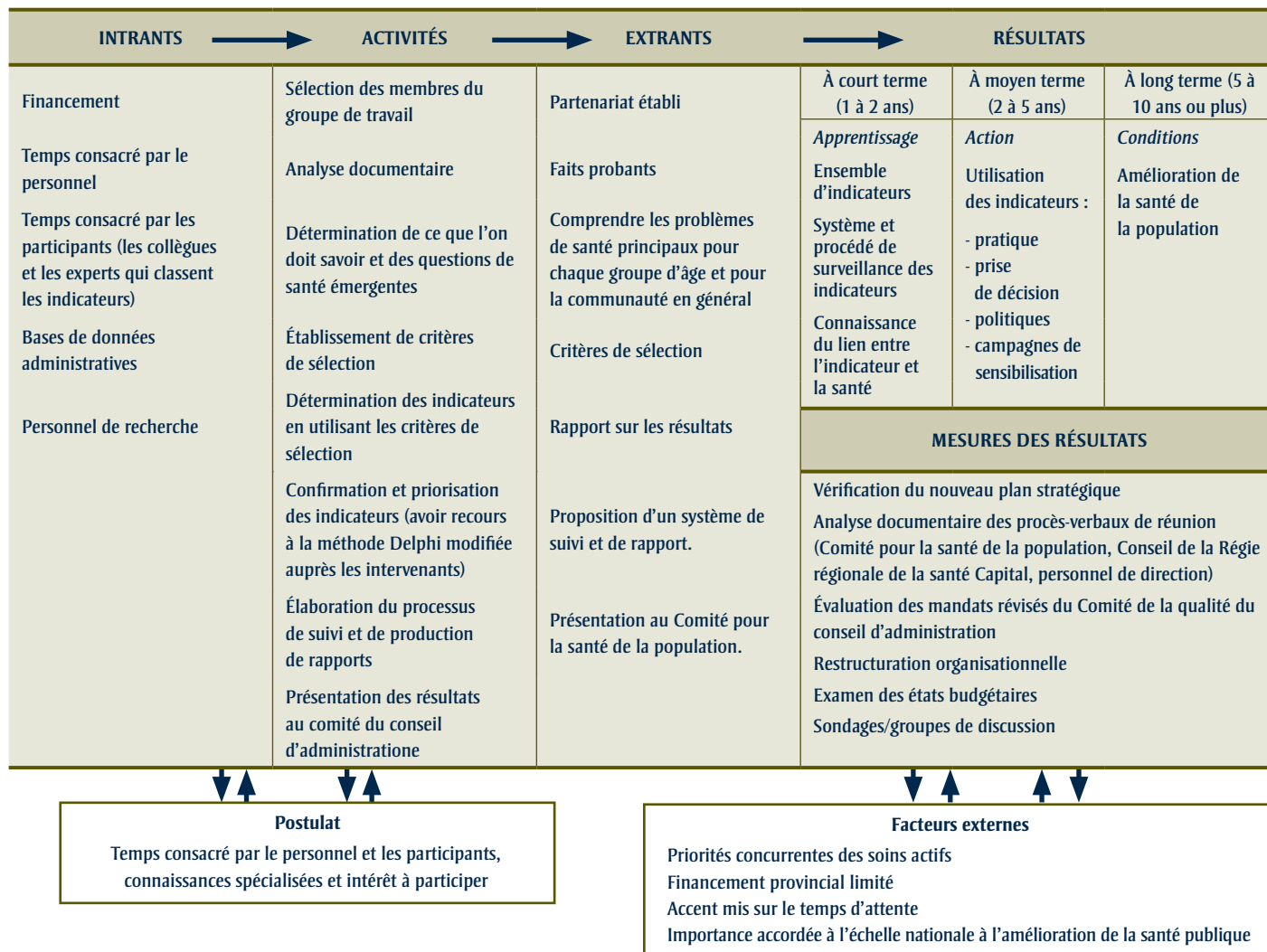


TABLEAU 1
Critères de sélection des indicateurs sociosanitaires

Critères	Explications
Être lié à une ou à plusieurs des priorités stratégiques de la régie Capital	Le choix des éléments mesurés pourrait influencer sur le perfectionnement des priorités stratégiques du district.
Être exploitable par la régie Capital	La régie Capital est capable d'amorcer un changement (campagne de sensibilisation, partenariat ou intervention directe).
Être mesurable et pouvant faire l'objet d'un rapport	Il peut être mesuré de manière pratique et peu onéreuse et obtenu à partir des systèmes de gestion de l'information disponibles/accessibles.
Être fondé sur des données probantes	Les données probantes établissent un lien entre les changements mesurés par les indicateurs et l'amélioration de la santé.
Être facile à comprendre et à utiliser	Il peut facilement être compris par les utilisateurs ciblés (le conseil d'administration, l'équipe de la haute direction, le personnel).
Être fiable et valable	Il est scientifiquement fondé, et évalué de manière constante (fiabilité) et exacte (validité).
Être sensible et spécifique	Il réagit promptement aux stimuli externes liés aux interventions et a un effet distinct.
Être comparable	Il est comparable d'une administration à l'autre (p. ex. autres autorités sanitaires de district, autres provinces ou niveau national) et au fil du temps.

Source : adapté de Saskatchewan Health Regional Health Services. Policy and procedure manual: performance management accountability indicators. Saskatchewan: Saskatchewan Health; 30 mai 2007. Consultable en ligne à la page : <http://www.health.gov.sk.ca/performance-accountability-06/07>

TABEAU 2

Indicateurs prioritaires par catégorie et taux de mention de cet indicateur dans les réponses

Category	Indicateurs	Mention (%)
Population générale	Pauvreté	31,6
	Insécurité alimentaire	21,1
	Logement abordable	15,8
	Environnement/médecin habituel/chômage	10,5
Nourrissons/enfants (de 0 à 11 ans)	Commencement de l'allaitement maternel	25,0
	Développement de la petite enfance	23,5
	Exposition à la fumée secondaire	20,6
	Vaccin RRO	10,3
Adolescents (de 12 à 19 ans)	Surpoids/obésité ^a	32,8
	Inactivité physique	23,4
	Usage du tabac	17,2
	Infections transmises sexuellement	10,9
Adultes (de 20 à 64 ans)	Surpoids/obésité ^a	31,7
	Alphabétisme	19,0
	Inactivité physique	12,7
	Dépistage du cancer colorectal	9,5
Aînés (65 ans et plus)	Temps d'attente pour les soins à domicile	36,8
	Inactivité physique	31,6
	Chutes	19,3
	Vaccin antigrippal	12,3

Abréviations : RRO; rougeole, rubéole et oreillons

Notes : Le tableau n'inclut les quatre indicateurs prioritaires dans chaque secteur.

^a À l'origine, le surpoids et l'obésité étaient séparés, mais ils ont été combinés pour des raisons pratiques.

des sources des données et d'un bref profil démographique de la région Capital.

Les intervenants étaient invités à choisir deux indicateurs prioritaires pour chaque groupe d'âge. Ils devaient aussi indiquer si le groupe de travail avait relevé d'autres indicateurs pertinents, si des indicateurs devaient être supprimés ou s'il en manquait. Les réponses pouvaient être envoyées anonymement.

En plus de la trousse d'information, le président du groupe de travail a donné des explications aux intervenants lors de petites séances de groupe. Le but de cette approche multidimensionnelle (trousse d'information, données à l'appui, exposés et discussions) était d'améliorer les taux de réponse et l'utilisation des indicateurs.

La troisième étape de l'étude était la validation. Après réception de l'opinion initiale des répondants, les indicateurs et les priorités d'action choisis ont été validés et ont fait l'objet d'une planification, d'autres séances de consultation étant prévues au besoin avec les intervenants.

La dernière étape, actuellement en cours, consiste à utiliser ces indicateurs dans l'évaluation de la santé de la population, et comprend une réévaluation de l'éventail des compétences des intervenants et une réaffectation du budget. Elle permet aussi de déterminer les secteurs clés se prêtant à des campagnes de sensibilisation et favorisant l'innovation dans la pratique des soins de santé, aussi bien dans le domaine de la prestation de services que dans celui de la recherche.

Résultats

Sélection des indicateurs

Le groupe de travail a sélectionné 53 indicateurs initiaux et a envoyé cette liste aux principaux intervenants. Des 59 intervenants, 38 ont répondu au sondage, ce qui constitue un taux de réponse de 64 %. Les principales priorités identifiées ont été le pourcentage de familles à faible revenu (32 %, groupe de la population générale), le pourcentage de mères allaitant leur enfant à leur sortie de l'hôpital (25 %, groupe des nourrissons et des enfants), le

données probantes, être facile à comprendre et à utiliser, être fiable et valable, être sensible et spécifique, et être comparable d'une administration à l'autre et au fil du temps. Le groupe de travail a également jugé important de relever tous les indicateurs, positifs ou négatifs, susceptibles de permettre l'évaluation de l'activité et des progrès des stratégies de santé communautaire du district, de fournir un aperçu équilibré de la santé de la population en fonction de tous les objectifs et secteurs de programme, de présenter un faible chevauchement et d'être évalués sur les plans éthique et juridique^{8,10}.

Au cours de la deuxième étape (la consultation), la liste d'indicateurs a été restreinte, après consultation des autorités sanitaires de district et des intervenants, à l'aide d'une version modifiée de la méthode Delphi, procédé structuré servant à recueillir et à diffuser l'opinion d'experts au moyen d'une série de questionnaires entrecoupés

de rétroactions^{11,12}. Cette méthode a l'avantage de permettre de connaître l'avis des répondants sans avoir à organiser de réunions en face à face. Le groupe de travail a créé une trousse d'information à l'intention des intervenants contenant une liste d'indicateurs, une brève note résumant le processus de sélection et les buts de ce dernier et enfin un court questionnaire, fondé sur une échelle de Likert et visant à déterminer les connaissances des intervenants concernant les indicateurs sociosanitaires (échelle allant de « je ne connais pas » à « je connais très bien ») et leur perception de l'utilité de ces indicateurs (échelle allant de « inefficace » à « très efficace »). Les indicateurs ont été classés par catégorie (correspondant aux groupes d'âge) et accompagnés de leur définition, d'un exposé logique, clair et succinct du lien entre l'indicateur et la santé, de comparaisons des données du district aux données les plus récentes disponibles aux échelles provinciale et nationale et enfin

pourcentage de jeunes en surpoids ou obèses (indice de masse corporelle [IMC] supérieur ou égal à 25 kg/m²) (33 %, groupe des adolescents), le pourcentage d'adultes en surpoids ou obèses (32 %, groupe des adultes), le temps d'attente pour obtenir des soins à domicile (37 %, groupe des personnes âgées de plus de 65 ans). Il y a eu globalement consensus sur les indicateurs prioritaires pour chaque groupe d'âge (tableau 2) : en général, ceux dont la nécessité était clairement établie, grâce aux données complémentaires et à l'information fournie aux répondants.

Les participants connaissaient bien les indicateurs et percevaient bien leur utilité, si l'on se fie à leurs réponses aux questions suivantes mesurées sur une échelle de Likert (médiane de 4) : « Sur une échelle de 1 à 5, l'information fournie et les discussions par l'entremise de *QUEST* ont-elles amélioré votre connaissance de l'état de santé de notre collectivité et du lien entre l'indicateur et la santé? » et « Sur une échelle de 1 à 5, pensez-vous que la surveillance de ces indicateurs et la production de rapports à ce sujet aideraient le conseil d'administration et l'organisme à prendre des décisions stratégiques et des décisions d'affaires? ». Malheureusement, il n'existe pas de données de référence avec lesquelles comparer ces données auto-déclarées. À propos de l'augmentation de la connaissance de l'état de santé de la collectivité et du lien entre l'indicateur et la santé, 73 % des répondants ont indiqué que l'information fournie avait amélioré leurs connaissances et 94 % ont répondu qu'ils pensaient que la surveillance de ces indicateurs et la production de rapports à ce sujet aideraient le conseil d'administration et l'organisation à prendre des décisions stratégiques et des décisions d'affaires.

Dans l'éventualité où l'étape de consultation se solderait par une absence de consensus, des séances supplémentaires de priorisation et de validation avec les intervenants étaient prévues au cours de la troisième étape du processus. Toutefois, les résultats ont indiqué un consensus quant aux priorités d'action initiales, ce qui fait que l'étape de plus large diffusion a été entamée après présentation des conclusions au Comité pour la santé de la population

du conseil d'administration. Cette présentation avait comme objectif de permettre au Comité pour la santé de la population d'analyser et d'utiliser ces résultats en vue d'une action à l'échelle du district.

En raison de ressources limitées, le comité n'a retenu qu'un indicateur prioritaire (l'inactivité physique), qui était le deuxième facteur en importance chez les adolescents et les aînés et le troisième chez les adultes. Nous avons mis au point une stratégie comportant des objectifs précis pour augmenter le niveau d'activité physique de la population, ce qui devrait permettre d'illustrer l'importance d'un partenariat dans l'amélioration de la santé communautaire, avec des résultats mesurables au moyen d'indicateurs. Conscient du lien étroit entre pauvreté, santé et accès aux services, et à la suite d'un examen de la stratégie provinciale de réduction de la pauvreté¹⁵, le Comité pour la santé de la population a suggéré d'analyser plus en profondeur le rôle du district dans la lutte contre la pauvreté.

Surveillance des indicateurs

Le groupe de travail a recommandé la mise en place d'un processus de suivi et de production de rapports concernant l'ensemble des indicateurs sociosanitaires. L'intégration de ce processus devait se faire sur les plans stratégique et opérationnel, un groupe composé d'un épidémiologiste, d'un économiste de la santé, d'un analyste de données et d'autres spécialistes (au besoin) devant se charger de ce suivi et de la production d'un rapport annuel sur les progrès.

Le groupe de travail a également recommandé la mise au point d'un rapport « tableau de bord », concis et facile à lire, qui contiendrait des indicateurs clés visant à appuyer la prise de décision au niveau du conseil d'administration. Une documentation complémentaire serait fournie sur demande. Le Comité pour la santé de la population recevrait et analyserait les rapports « tableau de bord » et, en fonction de ceux-ci, recommanderait des stratégies d'amélioration de la santé au conseil d'administration. Le rapport serait également transmis au Comité de la qualité du conseil d'administration à titre informatif.

Actuellement, ce comité surveille principalement les indicateurs de soins actifs, mais il a reconnu la nécessité de tenir compte des indicateurs sociosanitaires généraux dans son travail. Il est important de mentionner que le rapport « tableau de bord » annuel devrait être mis à la disposition de l'ensemble de la collectivité. Ces indicateurs reflètent des problèmes très complexes, qui ne changeront qu'après l'investissement de beaucoup de temps et d'efforts. Dans le cadre de la stratégie de suivi, le Comité pour la santé de la population a souligné pour terminer qu'il serait utile d'exercer un suivi des facteurs de prédisposition susceptibles d'avoir des répercussions sur les indicateurs sélectionnés, et de signaler tout changement concernant ces facteurs.

Analyse

Selon la loi, il incombe aux autorités sanitaires de district « d'améliorer la santé de leur collectivité ». Les conseils d'administration de ces autorités sanitaires prennent des décisions à la lumière des données qui leur sont fournies. Le fait de fournir au conseil d'administration des données probantes établissant le lien entre les indicateurs sociosanitaires et les résultats de santé, et illustrant la nécessité de prendre des mesures multisectorielles et à paliers multiples, (comme le montre ce projet d'intervention), devrait avoir des conséquences sur les actions entreprises, comme la sélection de priorités exploitables en matière de santé de la population, la réaffectation du budget des soins actifs vers la santé de la population, la réévaluation de l'éventail des compétences nécessaires à l'amélioration des indicateurs (épidémiologistes, économistes de la santé, analystes et intervenants en santé publique), la sélection des secteurs clés pouvant faire l'objet d'une campagne de sensibilisation et de ceux se prêtant à l'innovation et à la recherche dans le domaine de la santé de la population (p. ex. l'évaluation des interventions efficaces pour améliorer le niveau d'activité physique dans la région), le changement de culture organisationnelle afin de favoriser une approche de la santé axée sur la population.

Selon la théorie de la gestion du changement, la première étape à suivre pour

changer un comportement est la sensibilisation au problème en question. Nous espérons que les éléments probants fournis sous forme d'exposés et de discussions, ainsi que la trousse d'information, amèneraient les intervenants à prendre conscience de la nécessité de concevoir et d'utiliser des indicateurs sociosanitaires dans leur processus de décision, et de passer d'un système axé sur les soins actifs à un système privilégiant une approche axée sur la santé de la population. Que ce soit directement ou indirectement, les intervenants ont effectivement fait ressortir la nécessité d'inclure des indicateurs sociosanitaires dans les plans d'affaires et les plans stratégiques¹⁴.

Le renforcement des capacités en vue d'une prise de décision fondée sur les données probantes en santé de la population a des répercussions sur la planification d'affaires et la planification stratégique également au niveau du conseil d'administration et de la direction. Un organisme peut mieux déterminer où et comment affecter ses ressources si des données probantes aident à cerner les secteurs où les besoins sont les plus grands et où les interventions sont susceptibles d'avoir le plus de succès. Disposer de données de qualité est une condition préalable à l'établissement des priorités. En santé communautaire, cela aide à ce que les interventions aient un impact plus important.

La méthode de sélection des indicateurs par le groupe de travail a permis de fournir des données probantes pour aider la Régie Capital à agir. L'approche a intégré des données empiriques et contextuelles et a favorisé l'établissement d'un consensus. L'utilisation de données de recherche dans le cadre d'un processus de décision est en effet facilitée si les décideurs savent que les données existent (si elles sont largement diffusées), si elles sont présentées de façon concise et si elles peuvent avoir une incidence sur leur pratique^{15,16}. L'établissement d'un ensemble d'indicateurs sociosanitaires a été la première étape vers l'atteinte de cet objectif. Dans notre étude, l'utilisation des indicateurs sociosanitaires par les décideurs a été accrue par 1) la mise à contribution des personnes qui feront usage des indicateurs durant la mise au point de ces

derniers, 2) la présentation claire, efficace et simple des données probantes illustrant le lien entre les indicateurs et la santé et enfin 3) la diffusion générale de l'information.

Un projet d'une telle envergure ne se déroule pas sans embûches. En effet, la sélection d'un trop grand nombre d'indicateurs dilue les données disponibles et rend difficiles la surveillance et la production de rapports. À l'opposé, s'il y a trop peu d'indicateurs, la vue d'ensemble de la santé de la population est inexacte. De plus, nos données proviennent d'un échantillon dont le taux de réponse est de 64 %. Le classement des indicateurs par groupe d'âge a eu comme conséquence que certains indicateurs ont été mieux représentés que les autres durant le processus de sélection. Toutefois, le contexte réel de l'élaboration des politiques et de la prestation des services selon le groupe d'âge l'a emporté sur cette inquiétude. Enfin, certains des indicateurs choisis dans le cadre de ce projet, comme le pourcentage de familles à revenu faible dans la population générale, pourraient ne pas se prêter facilement à une intervention directe de la part de la Régie, bien qu'il s'agisse d'aspects importants pour l'établissement de campagnes de sensibilisation.

La compréhension de l'état de santé d'une population est essentielle à l'élaboration de stratégies d'amélioration de cette santé. Ce projet a permis d'obtenir des indicateurs sociosanitaires permettant un suivi de la planification et de la performance des interventions destinées à améliorer la santé de la population. Comme les données locales sur la santé sont importantes pour la planification de la santé à l'échelle locale, la Régie Capital effectue actuellement une évaluation de la santé à l'échelle du district, évaluation adaptée de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, et visant à obtenir des données sur la santé au niveau du conseil communautaire de la santé.

Les données locales encourageant les collectivités à agir, le processus de détermination des indicateurs décrit ici pourrait aider d'autres autorités sanitaires de district à s'acquitter de leur mandat d'amélioration de la santé. Ce projet a également des

répercussions au-delà du niveau du district : il fournit des données probantes aux autres régions et aux conseils communautaires de la santé, les encourageant à exiger de la province davantage d'investissement dans les politiques et les pratiques susceptibles de réduire les inégalités sur les plans social, économique et sanitaire. Enfin, une feuille de pointage ou un tableau de bord présentant les indicateurs sociosanitaires seront mis à la disposition de la collectivité, ce qui favorise la transparence et la responsabilité. Cette mesure aidera les collectivités à acquérir une meilleure compréhension de la santé de leur population.

La détermination des facteurs qui contribuent à une communauté en santé n'est pas toujours une tâche bien comprise par les autorités sanitaires de district. Les chercheurs pourraient s'intéresser à la mise en œuvre et à l'évaluation d'initiatives en santé de la population pour lesquelles il n'existe pas de données récentes ou de preuves que les interventions soient efficaces. Cela contribuerait à enrichir le corpus de connaissances à ce sujet. Il serait particulièrement intéressant, dans le cadre de recherches futures, de mettre ces indicateurs à la disposition des diverses autorités sanitaires de district de la Nouvelle-Écosse et de comparer leur efficacité à appuyer les interventions de la collectivité et les intervenants dans leur lutte contre les maladies chroniques.

Remerciements

Mary Russell a été la récipiendaire d'une bourse de recherche du Programme de formation des cadres pour l'application de la recherche (PFCAR) de 2006 à 2008. Ce projet a été réalisé sous la supervision de ses mentors, le Dr Stephen Kisely, le Dr David Persaud et Patrick Lee, dans le cadre des exigences de la bourse de recherche. La réalisation de ce projet a été rendue possible grâce à l'appui de l'Unité d'aide à la décision et l'Unité de recherche sur les résultats de santé (la Régie Capital). Les auteurs souhaitent souligner les contributions du Dr Ed Kinley, président du Comité pour la santé de la population, ainsi que des membres du groupe de travail sur la santé communautaire initial :

M. Mike Kivell, M^{me} Kathleen Martin et le D^r Gaynor Watson-Creed.

Références

1. Société canadienne du cancer, Comité directeur. Statistiques canadiennes sur le cancer 2009. Toronto (Ont.), Société canadienne du cancer, avril 2009, 132 p. ISSN 0835-2976.
2. Hayward K, Colman R. Une vague de changement : iniquités et maladies chroniques au Canada atlantique : document de travail. Halifax (NS), Santé Canada, juillet 2003 [Consultation le 6 juillet 2009]. 143 p. PDF (1 763 Ko) téléchargeable à partir du lien : http://www.phac-aspc.gc.ca/canada/les-regions/atlantique/pdf/Vague_Iniquites_et_maladies_chroniques.pdf
3. Dalhousie University, Unit for Population Health and Chronic Disease Prevention. Nova Scotia chronic disease prevention strategy [Internet]. Halifax (NS): Department of Health Promotion and Protection; 2003 Oct 31 [Consultation le 15 juillet 2009]. 50 p. PDF (342 Ko) téléchargeable à partir du lien : http://www.gov.ns.ca/hpp/publications/CDP_Strategy_Report_Final_October30.pdf
4. Hancock T, Labonte R, Edwards R. Indicators that count! Measuring population health at the community level. *Can J Public Health*. 1999; 90 (Suppl 1):S22-S26.
5. Nova Scotia Breast Screening Program. Nova Scotia Breast Screening Program annual report 2008 (2007 Data). Halifax (NS): Nova Scotia Breast Screening Program 2008 Dec 18. 62 p. [Consultation le 15 juillet 2009] Consultable en ligne à la page : www.breastscreening.ns.ca/webReport08/webReport.html
6. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 3.1, 2005, CANSIM tableau 105-0433. [Consultation le 15 juillet 2009]. Consultable en ligne à la page : http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?regtk=&C2S_ub=&ARRAYID=1050433&C2DB=PRD&VEC=&LANG=F&SrchVer=2&ChunkSize=50&SDDSLOC=&ROOTDIR=CII/&RE
7. Reay T, Golden-Biddle K, Germann K. Legitimizing a new role: small wins and microprocesses of change. *Acad Manage J*. 2006;49(5):977-98.
8. Institut canadien d'information sur la santé. Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population : rapport final. Ottawa (Ont.), Institut canadien d'information sur la santé, 1999, 36 p. ISBN 1-895581-57-5.
9. Conseil canadien d'agrément des services de santé (maintenant Agrément Canada). Programme d'agrément du CCASS : les indicateurs 2003, 2^e éd. Ottawa (Ont.), Conseil canadien d'agrément des services de santé, 2003, 93 p. ISBN 1-55149-049-8.
10. Saskatchewan Health Regional Health Services. Policy and procedure manual: performance management accountability indicators [Internet]. Saskatchewan: Saskatchewan Health; 2007 May 30 [Consultation le 10 juillet 2009] 274 p. Consultable en ligne à l'adresse : <http://www.health.gov.sk.ca/performance-accountability-06/07>
11. Adler M, Ziglio E, editors. Gazing into the oracle: the Delphi method and its application to social policy and public health. Briston (PA): Jessica Kingsley Publishers; 1996. 264 p.
12. Linstone HA, Turoff M, editors. The Delphi method: techniques and applications. Reading (MA):Addison Wesley; 1975. 620 p.
13. Province of Nova Scotia. Preventing Poverty Promoting Prosperity. Nova Scotia's Poverty Reduction Strategy [Internet]. Nova Scotia: Province of Nova Scotia; 2009. [Consultation le 18 octobre 2010] PDF (1,38 Mo) téléchargeable à partir du lien : http://www.gov.ns.ca/coms/specials/poverty/documents/poverty_report_2009.pdf
14. Capital Health. Our Promise Strategy. Halifax (NS): Capital Health; 2008 April [Consultation le 18 octobre 2010]. PDF (657 Ko) téléchargeable à partir du lien : http://ourpromise.ca/wp-content/uploads/2007/12/Our_Promise_Strategy.pdf
15. Kovner AR, Rundall TG. Evidence-based management reconsidered. *Front Health Serv Manage*. 2006;22(3):3-22.
16. Pyra, K. Knowledge translation: a review of the literature. Halifax (NS): Nova Scotia Health Research Foundation. 2003 Oct.