



Élaboration d'un indice de la santé des collectivités



Un recueil d'articles

Initiative sur la santé de la population canadienne



Institut canadien
d'information sur la santé
Canadian Institute
for Health Information

**Élaboration d'un indice
de la santé des collectivités :
un recueil d'articles**

Février 2005

Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de l'Initiative sur la santé de la population canadienne ou de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Le contenu de cette publication peut être reproduit en totalité ou en partie pourvu que ce ne soit pas à des fins commerciales et que l'Institut canadien d'information sur la santé soit identifié.

Institut canadien d'information sur la santé
377, rue Dalhousie, bureau 200
Ottawa (Ontario)
K1N 9N8

Téléphone : (613) 241-7860
Télécopieur : (613) 241-8120
www.icis.ca

ISBN 1-55392-567-X (PDF)

© 2005 Institut canadien d'information sur la santé

This publication is available in English under the title:
Developing a Healthy Communities Index: A Collection of Papers
ISBN 1-55392-566-1 (PDF)

Au sujet de l'Initiative sur la santé de la population canadienne

L'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC), une composante de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), a vu le jour en 1999. La mission de l'ISPC consiste à faire comprendre davantage les facteurs qui influent sur la santé des personnes et des collectivités et à contribuer à l'élaboration de politiques qui réduisent les inégalités et améliorent la santé et le bien-être des Canadiens.

L'ISPC, en tant qu'acteur essentiel dans le domaine de la santé de la population :

- analyse les éléments de preuve sur la santé de la population à l'échelle canadienne et internationale pour contribuer aux politiques qui améliorent la santé des Canadiens;
- finance la recherche et crée des partenariats scientifiques pour faire comprendre davantage les résultats de la recherche et promouvoir l'analyse des stratégies qui améliorent la santé de la population;
- résume les éléments de preuve des expériences politiques, analyse ceux qui portent sur l'efficacité des initiatives politiques et développe les options politiques;
- travaille à améliorer les connaissances du public et sa vision des déterminants qui influent sur la santé et le bien-être des individus et des collectivités.

Préface

Les articles de ce recueil ont été rédigés par différents auteurs : Robert Pampalon, Daniel Friedman, Chris Lalonde, Elizabeth Bader, William Boyce, Ronald Colman, Clyde Hertzman et John Burrett à la demande de l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC), une composante de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Il est à noter que les analyses et les conclusions présentées dans le recueil ne reflètent pas nécessairement l'opinion des organismes auxquels les auteurs sont affiliés, de l'ISPC ou de l'ICIS.

Table des matières

Au sujet de l'Initiative sur la santé de la population canadienne.....	i
Préface	iii
Introduction	1
Un indice de la santé des collectivités	
Robert Pampalon.....	5
Que comprendrait un indice de la santé des collectivités et comment serait-il construit?	
Daniel J. Friedman	11
Élaboration d'un indice de la santé des collectivités autochtones	
Christopher E. Lalonde	21
Indice de la bonne santé des collectivités	
Elizabeth Bader.....	27
Indicateurs sociaux de la santé des collectivités du point de vue des jeunes	
William Boyce.....	31
Indicateurs des collectivités en santé	
Ron Colman	39
Composition et méthode de construction d'un indice des collectivités en santé, du point de vue des enfants de 0 à 6 ans	
Clyde Hertzman.....	47
Indicateurs de la santé des collectivités — contexte stratégique appliqué	
John Burrett.....	53

Introduction

Les caractéristiques de la santé et de la maladie s'expliquent en grande partie par notre apprentissage, notre mode de vie et notre travail¹. En retour, la façon dont nous apprenons, vivons et travaillons est influencée par la collectivité au sein de laquelle nous évoluons. Si nous sommes de plus en plus conscients que les collectivités peuvent avoir un effet positif ou négatif sur la santé, les mécanismes en jeu n'ont pas encore été entièrement définis² et plusieurs questions à savoir pourquoi certaines collectivités sont plus en santé que d'autres demeurent, en grande partie, sans réponses.

Certains indicateurs économiques clés, comme le revenu des ménages, le taux d'emploi et d'autres mesures du statut socioéconomique, ont traditionnellement été utilisés pour mesurer la santé ou le bien-être de la collectivité. Bien qu'il ait été révélé que les taux de mortalité et la prévalence de certaines maladies varient selon ces mesures³, ils ne dressent pas un portrait complet de la santé et de la vitalité d'une collectivité. Le capital social, la cohésion communautaire, la confiance, la sécurité, le milieu créé par l'homme ainsi que les institutions et les services disponibles, par exemple, comptent aussi au nombre des facteurs importants qui pourraient favoriser la santé et protéger de la maladie au niveau de la collectivité. La conceptualisation, la mesure et l'analyse de ces composantes d'un point de vue écologique peuvent cependant poser un défi.

Dans le cadre d'une démarche axée sur le lieu et la santé, l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) a demandé à huit experts de marque d'expliquer ce qui, selon eux, favorisait la santé des collectivités et la façon de conceptualiser et de mesurer la santé des collectivités. Il en est résulté des articles de réflexion et d'opinion originaux sur l'élaboration d'un indice de la santé des collectivités. Les articles ont été rédigés dans le but d'étendre l'utilisation des indicateurs de la santé au-delà des indicateurs des services de santé et de l'état de santé individuel, et des marqueurs économiques. Plusieurs des concepts proposés s'inspirent ou proposent l'élargissement de projets canadiens tels que le Système de rapports sur la qualité de vie de la Fédération canadienne des municipalités⁴ et l'Indice de progrès véritable — Atlantique⁵.*

Aux fins du présent recueil, chacun des auteurs devait répondre à la question : Quelles seraient les composantes d'un indice de la santé des collectivités? Selon les domaines de spécialisation, on a également demandé à certains auteurs d'adopter une perspective particulière. Les articles suivent donc les différentes étapes de l'élaboration d'un indice de la santé des collectivités (p. ex. le partage d'expériences antérieures, la planification d'un indice de la santé des collectivités, la création d'une liste d'indicateurs possibles, l'établissement de la nécessité d'un tel indice dans le contexte sociopolitique actuel, etc.) et ils accordent une attention particulière aux enfants, aux jeunes et aux collectivités autochtones.

* Voir Reality Check, The Canadian Review of Wellbeing (volume 1, n° 1, 2001) pour une liste des projets pancanadiens et provinciaux-territoriaux qui offrent des indicateurs du bien-être des Canadiens autres que les indicateurs économiques traditionnels. Plusieurs de ces projets proposent des indicateurs aux niveaux individuel et communautaire qui pourraient être utilisés lors de la création d'un indice de la santé des collectivités.

Aperçu

Le recueil commence par deux articles, l'un de Robert Pampalon et l'autre de Daniel Friedman, qui décrivent les facteurs dont il faudrait tenir compte avant de créer un indice de la santé des collectivités, y inclus des idées sur certaines des exigences conceptuelles auxquelles il faudrait satisfaire avant l'élaboration d'un modèle d'indice. Chris Lalonde décrit ensuite la construction d'un indice de la santé spécifique aux collectivités autochtones et souligne à quel point il est important de faire participer ces collectivités à la définition d'une collectivité en santé. Dans l'article suivant, Elizabeth Bader énumère des marqueurs concrets qui pourraient être utilisés pour mesurer la santé d'une collectivité. William Boyce présente ensuite des idées sur la façon de mesurer les ressources et les résultats sociaux qui contribuent à la santé d'une collectivité du point de vue des jeunes. Ronald Colman nous fait ensuite part de son expérience de l'élaboration d'indicateurs en collaboration avec deux collectivités de la Nouvelle Écosse. Puis, Clyde Hertzman décrit comment l'Instrument de mesure du développement du jeune enfant pourrait servir d'indice de la santé des collectivités pour une population précise, celles des enfants. Enfin, John Burrett situe la nécessité de mesures de la santé des collectivités dans le contexte des politiques actuelles.

Malgré des préoccupations et des approches différentes, les auteurs s'entendent pour dire qu'il faut, avant de construire un indice, élaborer un cadre qui définit clairement le but de l'indice, précise de quelle façon l'indice doit être utilisé et définit exactement ce qui fait qu'une collectivité est en santé. Les auteurs sont également d'avis que lorsque l'on considère les caractéristiques qui favorisent la santé au niveau communautaire (p. ex. les espaces verts) et non un regroupement de mesures individuelles (p. ex. état de santé auto déclaré), l'importance des déterminants sociaux de la santé au sein de l'indice doit également être soulignée.

Favoriser une meilleure compréhension des facteurs qui influent sur la santé des individus et des collectivités est une des composantes fondamentales de la mission de l'ISPC et elle est essentielle à ses fonctions de production et de synthèse des connaissances. Nous espérons que les résultats de ce projet donneront lieu à de franches discussions et inciteront les personnes oeuvrant dans ces secteurs à déployer des efforts pour effectuer des changements positifs. Nous vous invitons à nous faire parvenir vos réflexions et commentaires sur ce recueil à ispc@icis.ca.

Nous remercions les auteurs pour leurs contributions à ce projet.

Références

1. Initiative sur la santé de la population canadienne, *Améliorer la santé des Canadiens*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2004.
2. A.V. Diez Rioux, « Investigating Neighborhood and Area Effects on Health », *American Journal of Public Health*, vol. 91, n° 11 (2001), p. 1783-1789.
3. K.E. Pickett et M. Pearl, « Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 55 (2001), p. 111-122.
4. Fédération canadienne des municipalités, *Système de rapports sur la qualité de vie* (en ligne). Consulté le 10 décembre 2004. Internet : <URL:www.fcm.ca/qol3_f/>.
5. IPV — Atlantique, *Indice de progrès véritable — Atlantique* (en ligne). Consulté le 10 décembre 2004. Internet : <URL:www.gpiatlantic.org/>.

Un indice de la santé des collectivités

Robert Pampalon

Unité Connaissance-Surveillance

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

Dans ce texte, je voudrais formuler quelques réflexions sur la proposition de développer un indice de santé des collectivités. Ces réflexions s'inspirent des travaux que je mène à l'INSPQ sur les disparités territoriales de santé, les relations entre la défavorisation et la santé et la production d'indicateurs globaux de l'état de santé¹⁻³ ainsi que des travaux d'un collectif de recherche de l'Université Laval où j'ai pour tâche l'étude des caractéristiques du milieu dans trois territoires locaux de la région de Québec⁴.

Quelles collectivités?

Il existe toutes sortes de collectivités ou de communautés^{5, 6} (les deux termes sont utilisés indistinctement en français) mais nous nous intéressons ici à celles définies par la proximité géographique, par le fait de résider sur un même territoire. Les travaux réalisés dans le sillage du mouvement Villes et villages en santé de l'OMS^{7, 8} et les débats actuels entourant le rôle des éléments de contexte sur la santé⁹⁻¹² mènent à privilégier le niveau local à la fois comme lieu de recherche et d'intervention. Par local, on entend un territoire de faible dimension, une ville, un village, un quartier ou un arrondissement, par exemple, qui peut tout aussi bien être défini en fonction de critères administratifs ou de critères perceptuels, reflétant alors le point de vue des résidents ou d'informateurs clés. C'est à cette échelle locale que la production d'un indice de santé risque d'être le plus pertinent.

Une attention particulière doit être portée aux collectivités rurales, ou de faible taille, se situant à l'extérieur des grands centres urbains. Ces milieux présentent des caractéristiques particulières qu'il n'est pas toujours possible de retracer à l'aide des statistiques habituelles; il en va ainsi de l'isolement géographique, de la dispersion de la population et d'autres caractéristiques non sans rapport avec la santé^{13, 14}.

Ces milieux sont aussi les parents pauvres de la recherche et de la production d'indicateurs au Canada^{15, 16}.

Quelle santé?

La santé est un concept multidimensionnel intégrant à la fois les caractéristiques de la personne et celles de son environnement physique et social, lequel peut être vu sous une perspective écologique allant du milieu de vie immédiat et des réseaux d'appartenance de la personne (famille, travail, école, milieu local) jusqu'à la société tout entière (normes, valeurs, idéologie)¹⁷. Les travaux portant sur le milieu local montrent que celui-ci a un impact sur la santé, quoique d'ampleur modeste et selon des mécanismes encore à élucider⁹⁻¹². Pour progresser, les travaux concluent entre autres à la nécessité de mieux

documenter les caractéristiques de l'environnement physique et social en portant une attention particulière à celles ne pouvant être dérivées de mesures individuelles (comme le sont celles issues des recensements). Ces caractéristiques, dites globales, ou intégrales, se rapportent plutôt au territoire ou à la communauté, dans son ensemble, et diffèrent de celles appartenant à chacun de ses membres. La présence dans le milieu local d'une piste cyclable, de transport en commun, de groupes d'entraide ou services publics accessibles et de qualité sont des exemples de telles caractéristiques.

Faire ici la liste de ces caractéristiques serait inapproprié. Beaucoup se sont d'ailleurs prêtés à un tel exercice¹⁸⁻²⁰ et le dernier en date²¹ propose autant que 12 dimensions et pas moins de 200 indicateurs. Qu'il suffise de rappeler que ces propositions ne valent que dans la mesure où elles peuvent être traduites concrètement, par une collecte d'information qui soit systématique et efficiente à l'échelle locale. C'est dans cet esprit que le collectif de recherche de l'Université Laval a entrepris de documenter les caractéristiques de trois territoires de la région de Québec, deux arrondissements de la ville de Québec (l'un de centre-ville, l'autre de banlieue) et un milieu rural. Pour cela, le collectif s'est inspiré des travaux d'une équipe de chercheurs d'Écosse⁷ qui regroupe les caractéristiques pertinentes du milieu local sous deux rubriques générales, l'une référant aux infrastructures et ressources matérielles, l'autre reflétant les pratiques et le fonctionnement social de la collectivité. Dans le premier cas, nous avons recensé les caractéristiques physiques du milieu (réseau routier, pistes cyclables, parcs, édifices publics, etc.) et un grand nombre de services publics (services médicaux, centres de la petite enfance, écoles, transport en commun, etc.) et privés (cliniques dentaires, pharmacies, entreprises, épiceries, etc.). Dans le second cas, nous avons d'abord recensé tous les groupes communautaires, associations bénévoles et clubs sociaux de manière à décrire la vitalité associative dans les territoires à l'étude. Nous avons également sondé les résidants quant à leur sentiment d'appartenance, leur perception de la cohésion sociale et la présence de problèmes sociaux ou environnementaux, en reprenant ici l'outil (un questionnaire) développé par l'équipe écossaise. À l'exception de ce dernier exercice, toutes les informations recueillies l'ont été via des fichiers administratifs qu'il a fallu toutefois compléter par des visites de terrain.

Quel indice?

Peut-on espérer mettre au point un indice traduisant les aspects de l'environnement physique et social favorables à la santé? En théorie, oui, mais en pratique, on est encore loin du compte, car l'exercice que nous avons entrepris dans la région de Québec requiert un investissement non négligeable en termes de temps et de ressources de toutes sortes. Cet exercice nous a toutefois appris qu'une masse de données inexploitées sur le milieu local peut être obtenue de différentes sources qu'elles appartiennent au monde municipal, au secteur scolaire ou à celui des services de santé et des services sociaux.

De façon pragmatique, avant de penser à un indice, on pourrait travailler sur quelques indicateurs qui auraient un lien connu avec la santé et pour lesquels un exercice de collecte pourrait être systématisé à l'échelle du Canada, ou à tout le moins dans certaines

provinces ou régions du Canada. On pourrait travailler simultanément sur un indicateur de l'environnement physique et un indicateur de l'environnement social. On pourrait aussi choisir un indicateur dont la pertinence est grande en milieu urbain, et un autre en milieu rural.

Avant de démarrer un tel exercice, cependant, ne serait-il pas fondamental de préciser à quelles fins de tels indicateurs, et un éventuel indice de santé, seront destinés.

Qui souhaite la production d'un tel indice? Qui fera les choix d'indicateurs? Qui produira l'information recherchée? Et qui pourra s'en servir?

Références

1. R. Pampalon, C. Duncan, S. V. Subramanian et K. Jones, « Geographies of Health Perception in Québec: A multilevel perspective », *Social Science & Medicine*, vol. 48, (1999), p. 1483-90.
2. R. Pampalon et G. Raymond, « Un indice de la défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec » *Maladies chroniques au Canada*, vol. 21, n° 3 (2000), p. 104-113.
Plusieurs articles sur la défavorisation et certains problèmes spécifiques de santé (trauma, AVC et cancer) sont disponibles sur le site Web de l'INSPQ: www.inspq.qc.ca.
3. R. Pampalon et M. Rochon, « Health Expectancy and Deprivation in Québec; 1996-1998 », dans *Selected papers from the 13th annual meeting of the international Network on Health Expectancies*, (REVES, 2003), (sous presse) éd. Y. Carrière et coll., Ottawa, Statistique Canada et Santé Canada.
4. M. De Koninck et coll., *Inégalités de santé et milieux de vie : Déterminants sociaux en cause et leurs interactions*, (rapport de projet de recherche financé), Ottawa, Initiative sur la santé de la population canadienne (en cours).
5. R. Leroux et W. A. Ninacs, *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*. *Revue de littérature*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2002.
6. K. M. MacQueen et coll., « What is Community? An evidence-based definition for participatory public health », *American Journal of Public Health* vol. 91, n° 12 (2001), p. 1929-1938.
7. M. O'Neill et L. Cardinal, *Des indicateurs pour évaluer les projets québécois de villes et villages en santé : La nécessité de faire des choix*, Québec, Université Laval, Réseau québécois de villes et villages en santé, 1992.
8. P. Garcia et M. McCarthy, *Measuring Health. A Step in the Development of City Health Profiles*, Copenhague, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, 1994.
9. V. Diez Roux, « Investigating neighborhood and area effects on health », *American Journal of Public Health*, vol. 91, n° 11 (2001), p. 1783-1789.
10. K. E. Pickett et M. Pearl, « Multilevel analyses of neighbourhood socio-economic context and health outcomes: a critical review », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 55 (2001), p.111-122.
11. S. Macintyre, A. Ellaway et S. Cummins, « Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? », *Social Science & Medicine*, vol. 55 (2002), p. 125-139.
12. R. J. Sampson, J. D. Morenoff et T. Gannon-Rowley, « Assessing neighborhood effects: social process and new directions in research », *Annual Review of Sociology* vol. 8 (2002), p. 443-478.

13. D. Martin et coll., « The (mis)representation of rural deprivation », *Environment and Planning*, vol. 32 (2000), p. 735-751.
14. R. Haynes et S. Gale, « Deprivation and poor health in rural areas: inequalities hidden by averages », *Health & Place*, vol. 4 (2000), p. 1-11.
15. J. R. Pitblado et coll., *Assessing Rural Health: Toward Developing Health Indicators for Rural Canada*, Sudbury, Université Laurentienne, Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du Nord, 1999.
16. R. W. Pong, J. R. Pitblado et A. Irvine, « A strategy for developing environmental health indicators for rural Canada », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 93, suppl. 1 (2002), p. S52-S56.
17. M. Clarkson et L. Pica, *Un modèle systémique pour l'analyse de la santé et du bien-être*, Montréal, Santé Québec, 1995.
18. D. De Coninck et P. Leboeuf, *Guide pour un portrait de quartier*, Montréal, Ville de Montréal, Vivre Montréal en santé, 1993.
19. Office of Health Promotion, *Health Indicator Workbook. A Tool for Healthy Communities*, Victoria, C.-B., Ministry of Health, 1992.
20. T. Hancock, R. Labonte et R. Edwards, « Indicators that count! Measuring population health at the community level », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 90 (1999), p. S22-S26.
21. M. M. Hillemeier, J. Lynch, S. Harper et M. Casper, « Measurement issues in social determinants. Measuring contextual characteristics for community health », *Health Services Research*, vol. 38, n° 6 (2003), p. 1645-1717.

Que comprendrait un indice de la santé des collectivités et comment serait-il construit?

Daniel J. Friedman, Ph.D.[†]

Population and Public Health Information Services

Massachusetts, É.-U.

Objectifs

L'objectif de ce court texte est d'abord de préciser les exigences s'appliquant à la construction d'un indice de la santé des collectivités (ISC) puis de présenter un avant-programme pour la construction d'un modèle d'ISC.

Exigences liées à la construction d'un modèle d'ISC

Les exigences suivantes devraient être respectées lors de la construction d'un modèle d'ISC^{1, 2} :

1. Précision des objectifs visés par l'ISC, y compris les utilisations et utilisateurs prévus.
2. Cadre conceptuel explicite de la santé de la population³, qui :
 - précise les fonctions respectives des indicateurs inclus ainsi que la façon dont chacun représente la santé de la collectivité ou un facteur de la santé de la collectivité.
 - met l'accent sur la santé de la collectivité en tant que variable au niveau de la population.
 - inclut des indicateurs correspondant à de multiples niveaux d'analyse conceptuelle⁴ et différencie clairement les variables dérivées (résumant les caractéristiques des membres de la collectivité) des variables globales (décrivant les caractéristiques de la collectivité non dérivées de celles de ses membres)⁵.
3. Définitions claires de certains termes clés :
 - **Une collectivité**, aux fins de construction d'un modèle d'ISC, devrait être définie comme une zone géographique délimitée. Cette zone, dont les limites demeurent constantes au fil du temps, pourrait, notamment, correspondre au territoire relevant d'une administration civile ou bénéficiant de certains types de services, ou encore à un « voisinage naturel »⁶. Le choix de la nature des limites géographiques peut être modifié fonction de l'objectif visé par un ISC particulier ainsi que par l'existence d'une région nationale ou sous-nationale particulière⁷⁻⁹. La collectivité doit comprendre une population humaine identifiable, possédant un dénominateur et des caractéristiques connus. Elle inclut toutes les personnes vivant à l'intérieur de

[†] J'aimerais remercier la professeure Barbara Starfield qui a analysé et commenté une version préliminaire du document.

ses limites géographiques. Cette définition se distingue de celles qui mettent l'accent sur différents types de réseaux sociaux sans référence à des limites géographiques¹⁰. Une collectivité peut inclure différentes sous-collectivités géographiquement délimitées[‡].

- **La santé de la collectivité** est définie comme le niveau et la distribution de la maladie, l'état fonctionnel et le bien-être au sein de la collectivité¹². Il faut voir la santé de la collectivité comme une caractéristique inhérente à une population : elle reflète en partie la santé de l'ensemble des membres de la collectivité, mais elle possède également des caractéristiques distinctes de cette image globale de la santé des individus¹³. Des sondages montrent que les répondants peuvent faire la différence entre la santé individuelle et celle de la collectivité^{14, 15}, ce qui confère une validité apparente à la définition de la santé de la collectivité comme étant distincte de la santé individuelle.
- **Les influences sur la santé de la collectivité** peuvent être vues comme les facteurs qui ont une incidence sur la santé de cette collectivité. Elles incluent à la fois les variables globales et les variables dérivées⁵. Ces influences sont typiquement liées à des domaines particuliers telles les caractéristiques propres à la collectivité (caractéristiques biologiques et sociales, milieu bâti, services de santé, ressources économiques, programmes axés sur la population, styles de vie collectifs et pratiques en matière de santé) et les caractéristiques propres au milieu (environnement naturel, contexte culturel et politique), ainsi qu'aux sous-domaines de chacun de ces domaines¹². Il existe de nombreux schémas conceptuels pour classer les influences possibles sur la santé des collectivités et des populations¹⁶.
- **Les indicateurs de la santé de la collectivité** peuvent, aux fins du présent travail, être définis comme des représentations quantitatives opérationnalisées de la santé de la collectivité. Si certains indicateurs de la santé de la collectivité peuvent être dérivés de données correspondant au niveau individuel (sur la mortalité p. ex.), les indicateurs de la santé de la collectivité correspondent au niveau de la population plutôt qu'au niveau individuel. À ce titre, les indicateurs de la santé de la collectivité devraient représenter les aspects distributifs, regroupés et dynamiques de la santé de la collectivité.
- **Les indicateurs des influences sur la santé de la collectivité** sont des représentations quantitatives opérationnalisées d'une influence particulière sur la santé de la collectivité. S'agissant de la construction d'un ISC, il est important de faire la distinction entre les indicateurs de la santé de la collectivité et les indicateurs des influences sur la santé de la collectivité. Il est également important de faire la distinction entre les indicateurs qui représentent des influences sur la santé de la collectivité qui ont été démontré de façon empirique, sur la base de résultats de recherche convaincants, et ceux qui ne représentent que des influences hypothétiques pour lesquelles il n'existe pas de résultats de recherche probants.

[‡] Différentes définitions implicites et explicites de collectivité, de voisinage et de secteur sont offertes dans les études sur la santé des collectivités, des voisinages et des secteurs¹¹.

- **Les indicateurs des influences sur la santé de la collectivité** devraient inclure à la fois des variables globales et dérivées⁵. Il est important de reconnaître qu'il existe une gamme de définitions de variable globale et de variable dérivée¹⁷⁻²⁰. Peu importe les définitions retenues de ces variables et de leurs variantes, il est nécessaire de « ...de comprendre que les endroits sont plus que la somme des populations humaines qui y vivent et qui y meurent²¹ »
 - **Un ensemble d'indicateurs de la santé de la collectivité** peut être défini comme un groupe d'indicateurs théoriques ou conceptuels ayant pour but de représenter la santé de la collectivité ou les indicateurs connexes des influences sur cette dernière (pour une discussion rigoureuse des différences entre indicateurs, ensembles d'indicateurs et indices, consulter le document du National Center for Health Statistics²²).
 - **L'indice de la santé de la collectivité** peut être vu comme une échelle d'évaluation qui résume et représente la santé de la collectivité à partir d'un ensemble d'indicateurs. Idéalement, l'ISC devrait mettre l'accent sur la santé de la collectivité comme telle. En l'absence de données valides, fiables et exhaustives à partir desquelles établir les indicateurs de la santé de la collectivité, l'ISC pourrait être élargi pour inclure des indicateurs d'influences sur la santé, démontrées de façon empirique. (On trouve une discussion des plus intéressantes sur les indices de la santé des populations n'utilisant que des variables dérivées dans l'article à paraître de Stoto²³)[§].
4. Liens démontrés de façon empirique parmi les indicateurs des influences sur la santé des collectivités, entre les indicateurs des influences et les indicateurs de la santé des collectivités, et parmi les indicateurs de la santé des collectivités eux-mêmes ainsi que la souplesse requise pour réétalonner et modifier les indicateurs au fur et à mesure que de nouvelles preuves émergent.
 5. Disponibilité de données valides et fiables pour chacun des indicateurs.
 6. Chaque indicateur appuie un objectif précis de l'ISC².
 7. Utilisation d'une méthode valide, fiable et reproductible pour la construction de l'ISC et l'opérationnalisation des indicateurs.
 8. Méthode de mise à l'essai de l'ISC pour les utilisateurs.

Avant-programme préliminaire pour la construction d'un modèle d'ISC

On peut trouver de multiples indicateurs, ensembles d'indicateurs et indices interreliés et se recoupant, liés directement ou indirectement à la santé des collectivités, sous les rubriques villes en santé, voisinages en santé, qualité de vie, développement durable,

[§] Pour une discussion définitionnelle sur les mesures de la santé des populations, consulter McDowell, Spasoff et Kristjansson²⁴ et Field et Gold.²⁵

villes du monde, etc.**. De tels indicateurs ont une longue histoire²⁶⁻²⁸ et il existe déjà des ouvrages portant sur les leçons apprises de l'élaboration et de l'application d'indicateurs de villes en santé et d'autres indicateurs liés à la santé des collectivités²⁹⁻³¹. Avant d'ajouter à ce labyrinthe de mesures, il est essentiel de faire le point sur les leçons à tirer des ouvrages publiés et des expériences antérieures en termes de méthodologies, de données, d'utilité pratique pour les utilisateurs, de résultats de recherche ainsi que de noter leurs recommandations pour les prochaines étapes. Plutôt que de se lancer dans la création d'un nouvel ISC, il faudrait suivre une version quelconque des étapes suivantes (Frankish, Kwan et Flores présentent une discussion intéressante au sujet de la nécessité d'autres études sur l'élaboration d'indicateurs de la santé des collectivités³⁰)^{††} :

1. Résumer la recherche sur les indicateurs, ensembles d'indicateurs et indices actuels ayant trait à la santé des collectivités afin de préciser :
 - Les objectifs explicites;
 - Les cadres théoriques et conceptuels, et leurs bases;
 - Les définitions clés et les opérationnalisations d'indicateurs majeurs ayant trait aux collectivités, à la santé des collectivités et aux influences sur la santé des collectivités;
 - Les lacunes et les problèmes liés aux données;
 - Les questions méthodologiques;
 - Les bases empiriques de la recherche antérieure.
2. Développer des bases de données comparatives sur les collectivités pour la construction d'un modèle d'ISC généralement similaires aux bases de données comparatives sur la qualité de vie régionale du Royaume-Uni³³, aux indicateurs de base de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)³⁴, à la base de données de l'OMS sur le fardeau global des maladies³⁵, au système de données de base sur la santé de l'Organisation panaméricaine de la santé^{36, 37}, à la base de données KLM de l'Institut de la Banque mondiale³⁸ et aux indicateurs comparables de la santé et du rendement du système de santé de l'ICIS pour le Canada, les provinces et les territoires³⁹. Plusieurs autres auteurs se préoccupant surtout de l'élaboration d'indicateurs urbains ont souligné le manque de données comparatives sur les villes et les collectivités^{2, 38, 40-45}. Une telle base de données comparatives sur la santé des collectivités :
 - Mettrait l'accent sur la collectivité en tant qu'unité d'analyse et permettrait de « creuser » les différentes définitions géographiques de collectivité et de « remonter » à des entités géographiques plus vastes⁴⁶;
 - Assurerait la souplesse nécessaire pour comparer les collectivités à l'échelle infranationale, nationale et internationale;

** Trop nombreuses pour toutes les énumérer ici.

†† Pickett et Pearl fournissent un excellent modèle d'une telle analyse ayant une préoccupation différente mais connexe³².

- Fournirait des données de référence et des données au fil du temps;
 - Inclurait des données globales et dérivées.
3. Vérifier les hypothèses et postulats actuels relatifs aux influences sur la santé des collectivités, à partir de cadres conceptuels et d'hypothèses clairs et en utilisant des bases de données comparatives sur les collectivités. Est-il vrai que « le défi que nous devons relever dans les villes n'est plus de comprendre les liens entre la santé, l'environnement et l'économie, ni de comprendre les risques sur le plan de la durabilité, mais plutôt de mettre en pratique ce que nous savons déjà⁴⁷ » (voir Kickbusch pour un point de vue similaire⁴⁸)? Savons-nous vraiment quels facteurs influent sur la santé des collectivités plutôt que sur la santé des individus? Comment ces facteurs diffèrent-ils d'un pays à l'autre, d'une région à l'autre et selon le moment⁴⁹? Comprendons-nous vraiment la contribution relative de ces facteurs? Comment ils interagissent? Comment ils diffèrent selon que l'on se situe au niveau de la collectivité ou de la sous-collectivité? Les mécanismes qui leur permettent de fonctionner⁵⁰? Pour construire des ISC valides et fiables, il faut répondre de façon empirique à ces questions en réalisant des recherches multidimensionnelles et multiniveaux utilisant des variables globales et des variables dérivées.
 4. Choisir des indicateurs susceptibles d'être inclus dans un modèle d'ISC à partir des résultats d'analyses intercollectivités. Il importe de reconnaître qu'il est impossible qu'un seul ISC convienne à tous les types de collectivités⁵¹. Comme dans le cas de l'élaboration de l'Indice du développement humain des Nations Unies, il est possible qu'un ensemble d'indices soit nécessaire⁵². Un tel ensemble contiendrait des indicateurs fondamentaux communs et des sous-ensembles d'indicateurs variant de façon systématique selon le type de collectivité.
 5. Combiner les indicateurs sélectionnés dans un modèle d'ISC, idéalement la pondération des indicateurs individuels des influences sur la santé de la collectivité refléterait leur contribution, démontrée empiriquement, à la santé des collectivités, en utilisant des techniques acceptées de construction d'indice.
 6. Soumettre le modèle d'ISC à une validation systématique³⁰ par l'intermédiaire :
 - d'analyses d'échantillons fractionnés;
 - d'analyses et de répétitions utilisant les échantillons de différents types de collectivités;
 - de sondages sur l'utilité auprès d'une sélection d'utilisateurs possibles compte tenu des objectifs visés par des indicateurs précis⁵³.

⁴⁹ Il est possible, par exemple, que les effets du voisinage soient moins importants au Canada qu'aux États-Unis ou qu'au Royaume-Uni^{6, 49}.

Références

1. Y. G. Doyle et coll., *Healthy Cities indicators: analysis of data from cities across Europe*, Copenhague, Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé, 1997.
2. Y. Von Schirnding, *Health in sustainable development planning: the role of indicators*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.
3. D. J. Friedman et B. Starfield, « Models of population health: their value for U.S. public health practice, policy, and research », *American Journal of Public Health*, vol. 93, n° 3 (2003), p. 366-369.
4. N. B. Anderson, « Levels of analysis in health science: a framework for integrating sociobehavioral and biomedical research », *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 840, (1998), p. 563-576.
5. V. Diez Roux, « The examination of neighborhood effects on health: conceptual and methodological issues related to the presence of multiple levels of organization », dans *Neighborhoods and Health*, éd. I. Kawachi et L. F. Berkman, New York, Oxford University Press, 2003, p. 45-64.
6. N. A. Ross, S. Tremblay et K. Graham, « Neighbourhood influences on health in Montréal, Canada », *Social Science and Medicine*, vol. 59 (2004), p. 1485-1494.
7. R. Forrest, *Does neighbourhood still matter in a globalised world?*, Hong Kong, Centre for Comparative Public Management and Social Policy, City University of Hong Kong, 2000.
8. G. Galster, « On the nature of neighbourhood », *Urban Studies*, vol. 38, n° 12, (2001), p. 2111-2124.
9. P. Kearns et M. Parkinson, « The significance of neighbourhood », *Urban Studies*, vol. 38, n° 12 (2001), p. 2103-2110.
10. T. Norris, « Civic gemstones: the emergent communities movement », *National Civic Review*, vol. 90, n° 4 (2001), p. 307-318.
11. V. Diez Roux, « Investigating neighborhood and area effects on health », *American Journal of Public Health*, vol. 91, n° 11 (2001), p. 1783-1789.
12. D. J. Friedman, E. L. Hunter et R. G. Parrish, *Shaping a health statistics vision for the 21st century*, Hyattsville (MD), National Center for Health Statistics, 2002.
13. T. Hancock, R. Labonte et R. Edwards, « Indicators that count! Measuring population health at the community level », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 90, supplément 1 (1999), p. S22-S26.

14. N. Chappell et L. Funk, « Lay perceptions of neighbourhood health », *Health and Social Care in the Community*, vol. 12, n° 3 (2004), p. 243-253.
15. Parkes, A. Kearns et R. Atkinson, *The determinants of neighbourhood dissatisfaction*, CNR Summary 1, Bristol, Economic and Social Research Council Centre for Neighbourhood Research, University of Bristol, 2002.
16. M. M. Hillemeier, J. Lynch, S. Harper et M. Casper, « Measuring contextual issues for community health », *HSR: Health Services Research*, vol. 38, n° 6 (2003), partie II.
17. V. Diez Roux, « A glossary for multilevel analysis », *Epidemiological Bulletin*, vol. 24, n° 3 (2003b), partie II.
18. S. Macintyre, A. Ellaway et S. Cummins, « Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? », *Social Science and Medicine*, vol. 55 (2002), p. 125-139.
19. S. Macintyre et A. Ellaway, « Neighborhoods and health: an overview », dans *Neighborhoods and Health*, éd. I. Kawachi et L.F. Berkman, New York, Oxford University Press, 2003, p. 20-42.
20. H. Morgenstern, « Ecologic studies in epidemiology: concepts, principles, and methods », *Annual Review of Public Health*, vol. 16 (1995), p. 61-81.
21. H. V. Z. Turnstall, M. Shaw et D. Dorling, « Places and health », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 58 (2004), p. 6-10.
22. National Center for Health Statistics, *Developing an index of health: approaches, current developmental activities, and implications*, Hyattsville (MD), National Center for Health Statistics, sans date.
23. M. Stoto, « Population health monitoring », dans *Health statistics: shaping policy and practice to improve the population's health*, éd. D. J. Friedman, E. L. Hunter et R. G. Parrish, New York, Oxford University Press, à paraître.
24. McDowell, R. A. Spasoff et B. Kristjansson, « On the classification of population health measurements », *American Journal of Public Health*, vol. 94, n° 3 (2004), p. 388-393.
25. M. J. Field et M. R. Gold, *Summarizing population health: directions for the development and application of population metrics*, Washington, National Academy Press, 1998.
26. C. W. Cobb et C. Rixford, *Lessons learned from the history of social indicators*, San Francisco, Redefining Progress, 1998.
27. R. Gahin et C. Paterson, « Community indicators: past, present, and future », *National Civic Review*, vol. 90, n° 4 (2001), p. 347-361.
28. H. E. Hansluwka, « Measuring the health of populations, indicators and interpretations », *Social Science and Medicine*, vol. 20, n° 2 (1985), p. 1207-1224.

29. Y. G. Doyle et coll., « Practical lessons in using indicators of determinants of health across 47 European cities », *Health Promotion International*, vol. 14, n° 4 (1999), p. 289-299.
30. J. Frankish, B. Kwan et J. Flores, *Assessing the health of communities: indicator projects and their impacts*, Victoria, C.-B., Institute of Health Promotion Research, University of British Columbia, 2002.
31. D. Gibbs et B. Brown, *Community-level indicators for understanding health and human services issues*, Research Triangle Park, NC, Research Triangle Institute, 2000.
32. K. E. Pickett et M. Pearl, « Multilevel analyses of neighborhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 55 (2001), p. 111-122.
33. Department for Environment, Food and Rural Affairs (DEFRA), *Regional quality of life counts — results for the English regions* (en ligne), dernière mise à jour le 22 juin 2004, London, R.-U., DEFRA. Consulté le 8 septembre 2004. Internet : [URL:http://www.defra.gov.uk/news/2004/040622b.htm](http://www.defra.gov.uk/news/2004/040622b.htm).
34. Organisation mondiale de la Santé, *Core health indicators* (en ligne). Consulté le 10 septembre 2004. Internet : [URL:www3.who.int/whosis/core/core_glance_process.cfm?strISO3=AUS](http://www3.who.int/whosis/core/core_glance_process.cfm?strISO3=AUS).
35. C. D. Mathers et coll., *Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results, révisé en février 2004*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.
36. Organisation panaméricaine de la santé, *Core health data system — glossary* (en ligne). Consulté le 10 septembre 2004. Internet : [URL :www.paho.org/English/SHA/glossary.htm](http://www.paho.org/English/SHA/glossary.htm).
37. Special Program for Health Analysis, Analysis Group, Pan American Health Organization MP, « Health indicators: building blocks for health situation analysis », *Epidemiological Bulletin*, vol. 22, n° 4 (2001), p. 1-5.
38. D. Kaufmann, F. Leautier et M. Mastruzzi, *Governance and the city: an empirical exploration into global determinants of urban performance* (version préliminaire), Washington, Institut de la Banque mondiale, 2004.
39. Institut canadien d'information sur la santé, *Indicateurs de la santé comparables — Canada, provinces et territoires* (en ligne), dernière mise à jour le 6 mai 2004, Toronto, ICIS. Consulté le 14 septembre 2004. Internet : [URL:http://secure.cih.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=pirc_f](http://secure.cih.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=pirc_f).
40. S. A. Ham et coll., « Ranking of cities according to public health criteria: pitfalls and opportunities », *American Journal of Public Health*, vol. 94, n° 4 (2004), p. 546-549.
41. T. Takano et K. Nakamura, « An analysis of health levels and various indicators of urban environments for Healthy City projects », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 55 (2001), p. 263-270.

42. P. Newton, « Urban indicators and the management of cities », dans *Urban indicators for managing cities: cities data book*, éd. V. de Villa et M.S. Westfall, Manille, Banque asiatique de développement, 2001.
43. K. R. Short, Y. Kim, M. Kuus et H. Wells, « The dirty little secret of World Cities research: data problems in comparative analysis », *International Journal of Urban and Regional Research*, vol. 20, n° 4 (1996), p. 697-717.
44. P. J. Taylor et D. R. F. Walker, *World City Network: data matrix construction and analysis*, Leicestershire, R.-U., Globalization and World Cities Study Group and Network, Department of Geography, Loughborough University, 1999.
45. Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé, *Phase III (1998-2002) WHO Health Cities Network: Report on a WHO business meeting*, Lodz, Pologne, Copenhague, Bureau régional de l'Europe, 2001.
46. E. M. Howell, K. L. S. Pettit, B. A. Ormond et G. T. Kingsley, « Using the National Neighborhood Indicators Partnership to improve public health », *Journal of Public Health Management and Practice*, vol. 9, n° 3 (2003), p. 235-242.
47. N. Awofeso, « The health cities approach—reflections on a framework for improving global health », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81, n° 3 (2003), p. 222-223.
48. Kickbusch, « There is something else out there: health policy and determinants of health » (discours prononcé à l'occasion de la séance plénière d'ouverture), *14th National Conference on Chronic Disease Prevention and Control*, Dallas, TX, 1999
49. S. Tremblay, N. A. Ross et J.-M. Berthelot, « Le contexte socioéconomique régional et la santé », *Supplément aux Rapports sur la santé*, vol. 13, (2002), p. 1-12.
50. S. Macintyre, S. MacIver et A. Sooman, « Area, class and health: should we be focusing on places or people? », *Journal of Social Policy*, vol. 22, n° 2 (1993), p. 213-234.
51. S. Hird, *Community wellbeing: a discussion paper for the Scottish Executive and Scottish Neighbourhood Statistics*, Édimbourg, National Health Service, Health Scotland, 2003.
52. Programmes des Nations Unies pour le développement, « Notes sur les statistiques dans le Rapport sur le développement humain », dans *Rapport sur le développement humain 2002*, New York, Programme des Nations Unies pour le développement, 2004, p. 251-263, p. 258 en particulier.
53. U. Rosenstrom, « The potential for the use of sustainable development indicators in policy-making in Finland », *Futura*, (février 2002), p. 19-25.

Élaboration d'un indice de la santé des collectivités autochtones

Christopher E. Lalonde
Professeur agrégé
Université de Victoria

En rédigeant ce bref article de réflexion sur la santé des collectivités autochtones, je me suis posé les questions suivantes :

- Que devrait comprendre un indice de la santé des collectivités et de quelle façon devrait-on le construire?
- De quels facteurs doit-on tenir compte lorsqu'il est question de collectivités en santé?
- Comment ceux-ci peuvent-ils être mesurés?

L'objectif de cette initiative est, tel que je le comprends, « d'élargir les indicateurs de la santé pour qu'ils englobent plus que le domaine des services de santé; il s'agit d'examiner les caractéristiques de niveau communautaire des collectivités faisant la promotion de la santé et non pas une agrégation de mesures individuelles ».

Je décris ici une méthode de création d'un indice de la santé des collectivités autochtones qui est fondée sur des études récentes dans le domaine de la santé des Autochtones (dont les miennes). Cette méthode est fondée sur la prémisse selon laquelle il n'est pas possible de créer un indice de la santé des collectivités autochtones sans d'abord déployer des efforts importants pour amener les Autochtones à définir la « bonne santé ». Cette étape est essentielle non seulement parce que les collectivités autochtones sont différentes des collectivités non autochtones, et donc susceptibles de définir différemment la santé, mais également parce que les projets de recherche qui mettent l'accent sur les peuples autochtones doivent, dès le départ, les faire participer de façon valable. Cette obligation de ne pas se limiter aux habituelles consultations auprès de dirigeants communautaires dans le cadre de projets de recherche correspond aux tendances récentes en matière d'éthique de recherche et aux souhaits politiques et culturels des Autochtones (voir Schnarch¹ pour une analyse récente). Dans le cas qui nous intéresse ici, il s'agit aussi de la façon la plus appropriée de construire les instruments de mesure souhaités.

La première étape de ce processus devrait donc être de demander aux membres des collectivités autochtones de réfléchir à trois questions de base. Premièrement, qu'est-ce qu'une collectivité en santé? Deuxièmement, dans quelle mesure votre collectivité est-elle en santé? Troisièmement, comment pouvons-nous mesurer cela? Il faudrait, bien sûr, qu'ils aient réponse à la question suivante bien avant le début de la recherche : pourquoi voudrions-nous participer à ce processus? Comme les collectivités autochtones se préoccupent de leur propre santé, je suis certain que des réponses convaincantes pourraient être formulées. Mais l'obtention d'un consentement ne suffit pas. Les groupes autochtones se méfient de plus en plus — et, selon moi, avec raison — des projets de

recherche qui puisent à même les données de leurs collectivités sans bénéfices clairs pour celles-ci. Tout projet susceptible de donner lieu au classement des collectivités selon leur état de santé soulèvera certainement des préoccupations chez leurs membres.

Une façon de calmer ces inquiétudes, tout en augmentant la valeur et l'utilité des mesures produites, serait de s'engager à exécuter le projet dans le respect des principes PCAP (propriété, contrôle, accès et possession) élaborés par le Comité directeur de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations et des Inuits¹. Ces principes ont trait à la propriété (propriété collective de l'information qui touche la collectivité), le contrôle (par les Premières nations de la recherche et de l'information ayant sur elles des répercussions), l'accès (gestion par les Premières nations de l'accès à l'information les concernant) et la possession (matérielle) des données de recherche. De nombreux autres arguments favorables à cette approche pourraient être présentés, mais j'insisterais fortement auprès de toute personne qui mettrait au point un indice de la santé des collectivités autochtones à évaluer soigneusement les coûts additionnels et les répercussions de cette nouvelle forme de collaboration en recherche, qui continue d'évoluer, par rapport aux inconvénients évidents et onéreux liés à la perpétuation d'une tradition qui voit les collectivités autochtones comme des « sujets de recherche ».

Puisque l'objectif de ce projet est d'élaborer une méthode pouvant être appliquée à des collectivités dans leur ensemble et compte tenu de l'incroyable diversité qui existe au sein des groupes autochtones au Canada, il faut mettre en place des moyens de trouver les points communs. Si la première étape est d'amener les collectivités à définir la « bonne santé », la deuxième étape serait de faire travailler ensemble les collectivités afin qu'elles en arrivent à une définition commune de « collectivité autochtone en santé ». Comme nous l'avons soutenu ailleurs², les formes traditionnelles de « transfert des connaissances » et « l'échange de pratiques exemplaires » ne suffiront pas. De telles pratiques, du moins sous leurs formes actuelles, sont en quelque sorte à sens unique, privilégiant le mouvement vers le bas de l'information — des universités et des gouvernements vers les collectivités autochtones. Aucune étude ne s'est encore penchée sérieusement sur la possibilité que les collectivités autochtones puissent constituer des sources « d'échanges » et de « transferts », ou que l'on puisse y trouver, plutôt qu'à l'extérieur, des « pratiques exemplaires ». C'est exactement ce que le présent projet pourrait, et devrait, faire en fournissant un mécanisme permettant de déplacer les connaissances et les pratiques « latéralement », d'une collectivité à une autre, plutôt que d'Ottawa, d'une capitale provinciale, ou d'une quelconque tour d'ivoire, vers le bas, soit vers les collectivités.

Ceci étant dit, et parce que vous voulez connaître mon opinion sur la forme possible d'un indice de la santé des collectivités autochtones plutôt que mon opinion sur la façon de réaliser le travail, je me vois maintenant dans l'obligation de descendre d'une boîte à savon (celle qui favorise la légitimation de la voix des Autochtones) pour monter sur une autre (celle qui accorde la place de choix au chercheur). Le présent rapport est trop bref pour que l'on puisse y discuter des éléments théoriques sous-jacents ou des résultats

détaillés des travaux empiriques auxquels je ferai référence à l'appui de la liste de suggestions qui suivra, mais je suppose que j'ai été inclus dans ce projet parce que l'on connaissait ma recherche.

En bref, je favoriserais l'inclusion de trois formes de mesure interdépendantes. La première évaluerait les efforts déployés par les collectivités autochtones pour réaliser l'autonomie gouvernementale (mesures du contrôle exercé par la collectivité). La deuxième évaluerait les efforts visant à faire participer les gens à différents aspects de la vie communautaire (participation communautaire). Le troisième ensemble de mesures mettrait plus directement l'accent sur la culture autochtone et sur les efforts faits pour protéger et promouvoir un sentiment d'appartenance culturelle au sein de la collectivité (continuité culturelle). La recherche sur le suicide que nous avons réalisée auprès de la population autochtone de la Colombie-Britannique (C.-B.) présente des preuves à l'appui de l'utilité de ces trois formes de mesure³.

Mesures du contrôle exercé par la collectivité

Dans nos travaux de recherche en C.-B., nous avons démontré que le niveau de contrôle que les collectivités des Premières nations sont capables d'exercer sur différents aspects de la vie civile est fortement lié aux taux de suicide. Le suicide est peut-être l'indicateur le plus frappant de la santé, mais nous explorons maintenant la force du lien entre le contrôle exercé par la collectivité et d'autres grands indicateurs de la santé — du taux de blessures au taux de décrochage scolaire en incluant d'autres mesures plus traditionnelles de la santé socioéconomique. Quatre mesures particulièrement prometteuses du contrôle ont trait à la prestation de services d'enseignement, de santé, à l'enfance et la famille, ainsi que de police et des incendies. Le principal avantage de ce groupe de mesures est que dans chacun des cas les données requises aux fins de calcul sont comparables d'une collectivité à l'autre. C'est-à-dire que des mécanismes ont été adoptés pour quantifier le contrôle exercé par la collectivité sur ces différents aspects de la vie civile.

Mesures de la participation de la collectivité

Les ouvrages sur la santé de la collectivité et la promotion de la santé contiennent nombre de rapports sur les avantages découlant de la participation des individus à la vie de la collectivité. Le fait de se sentir « solidaire » et « apprécié » au sein d'une collectivité est lié à toute une gamme de résultats positifs en matière de santé sur toute la durée du cycle de vie. Il y a de bonnes raisons de penser, qu'au sein des collectivités autochtones, deux dimensions de la participation à la vie communautaire seraient liées à la « bonne santé » de la collectivité. La première a trait aux programmes intercommunautaires et intra-communautaires, soit à l'équilibre entre les efforts pour promouvoir la participation des citoyens (programmes récréatifs ou d'emploi dans la communauté p. ex.) et les

initiatives intercommunautaires qui renforcent les liens entre les groupes autochtones (la participation aux jeux ou aux réunions du conseil tribal ou à des initiatives autochtones nationales et internationales p. ex.).

La deuxième est axée davantage sur l'âge et cherche à quantifier le lien entre les aînés et les jeunes. Tout effort visant à mesurer la santé des collectivités autochtones devra corriger les effets de la « déconnexion » attribuable au système d'écoles résidentielles et à d'autres forces d'assimilation. Pour cette raison, une attention particulière devrait être portée aux efforts déployés maintenant pour créer des possibilités d'échanges entre générations. Un véritable indice de la santé de la collectivité devrait, en plus de calculer séparément les possibilités offertes aux jeunes (programmes d'enseignement et d'emploi p. ex.) et aux aînés (projets de valorisation des langues autochtones et essais de documentation des médecines et pratiques traditionnelles p. ex.), inclure une mesure quelconque de l'interaction entre ces générations. Certains mécanismes d'évaluation de la disponibilité et de la variété de ces possibilités devraient être élaborés de façon à ce que la mesure puisse être appliquée à la vaste gamme d'activités en cours dans différentes collectivités. La participation des jeunes et des aînés au processus communautaire de prise de décision (conseils des jeunes, forums communautaires p. ex.) et à la prestation des services (aînés à l'école p. ex.) pourrait également être évaluée.

Mesures de la continuité culturelle

Le lien que nous avons démontré entre les taux de suicide et la présence d'installations culturelles au sein de la collectivité souligne la nécessité d'inclure les efforts de protection et de promotion de la culture autochtone à un indice de la santé des collectivités. Des mesures plus directes de la santé culturelle pourraient également être utilisées. Certaines pourraient assez facilement être appliquées à différentes collectivités. Ainsi, j'étudie actuellement le lien entre l'utilisation des langues traditionnelles au sein de différentes collectivités et les taux de suicide et d'achèvement des études. Selon les analyses préliminaires, les collectivités possédant des niveaux relativement élevés de connaissance et d'utilisation des langues autochtones traditionnelles se distinguent également par des taux inférieurs de suicide et de décrochage scolaire. Il serait plus difficile de comparer, d'une collectivité à l'autre, d'autres mesures de la continuité culturelle (p. ex. la participation à des formes traditionnelles de spiritualité ou à des rituels), mais il serait important d'inclure ces activités dans un indice. De façon similaire, il est important d'étudier l'utilisation traditionnelle des terres et des ressources ainsi que la correspondance entre les formes traditionnelles et contemporaines d'activités économiques au sein des collectivités, comme l'on parfaitement illustré Stephen Cornell et le Harvard Project⁴.

Références

1. B. Schnarch, « Propriété, contrôle, accès et possession (PCAP) ou l'autodétermination appliquée à la recherche : Une analyse critique de la recherche contemporaine des Premières Nations et quelques options à l'intention des communautés des Premières nations », *Journal de santé autochtone*, vol. 1, n° 1 (2004), p. 80-95.
2. M. J. Chandler et C. E. Lalonde, « Transferring Whose Knowledge? Exchanging Whose Best Practices?: On Knowing About Indigenous Knowledge and Aboriginal Suicide », dans *Aboriginal Policy Research: Setting the agenda for change*, vol. 2, éd. J. White, P. Maxim et D. Beavon, Toronto, Thompson, 2004.
3. M. J. Chandler, C. E. Lalonde, B. Sokol et D. Hallett, « Personal persistence, identity development, and suicide: A study of Native and non-Native North American adolescents », *Monographs of the Society for Research in Child Development*, vol. 68, n° 2 (2003), n° de série 273.
4. J. Cornell et J. P. Kalt, *The Harvard Project on American Indian Economic Development* (en ligne). Internet : <URL:www.ksg.harvard.edu/hpaied/overview.htm>.

Indice de la bonne santé des collectivités

Elizabeth Beader

Directrice exécutive

North Hamilton Community Health Centre

Je me sens obligée, dans le contexte de l'élaboration d'un indice de la santé des collectivités, de revoir la définition de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Ainsi, la santé est définie « comme un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »¹. Toujours selon l'OMS, la santé est « la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. (...) il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être »².

Avec les mesures de surveillance des maladies, les grands déterminants de la santé fournissent un contexte pour l'élaboration d'un indice de la santé des collectivités.

La maladie est un marqueur évident de la santé d'une collectivité. L'incidence des maladies et des décès étant une indication de bonne ou de mauvaise santé.

Le revenu dont dispose un individu influe sur sa santé. La capacité de payer le logement, la nourriture, les vêtements et d'autres articles a également un effet sur la santé. De la même façon, la répartition inégale du revenu entre les membres les plus riches et les plus pauvres de la société a des répercussions sur les gens qui se situent aux niveaux inférieurs puisqu'elle diminue le contrôle qu'ils peuvent exercer sur leur vie et les choix qui s'offrent à eux.

Les réseaux sociaux ont une influence sur l'état de santé. Les gens ont besoin de l'appui et de la sécurité que procurent les liens avec la famille ou des amis. Lorsqu'ils peuvent compter sur d'autres personnes dans les moments difficiles et partager célébrations et réalisations avec d'autres, les gens sont en meilleure santé et plus heureux.

Le niveau d'études a un effet positif sur l'état de santé. Les connaissances et les compétences acquises grâce aux études permettent d'accéder à l'information nécessaire pour faire des choix sains ainsi qu'à des possibilités d'emploi.

La situation d'emploi est également un élément déterminant de la santé. Les personnes qui travaillent touchent un revenu, établissent grâce à leur travail des relations avec d'autres personnes et ont l'impression de contribuer à la société.

L'environnement est également un facteur de la santé. L'air et l'eau purs ainsi que l'infrastructure qui permet, dans les villes et les villages, de construire des maisons, des collectivités, des lieux de travail et des routes sécuritaires, sont tous des éléments qui peuvent contribuer à la bonne santé³.

Ces déterminants de la santé ne se veulent pas exhaustifs, mais ils illustrent les nombreuses composantes de la santé d'une personne.

Mesures

Les caractéristiques d'une collectivité en santé ayant une grande portée, leurs mesures devront également provenir de sources diversifiées. Dans ce contexte, les sources de données pourraient inclure :

- Les données du recensement et l'information sur la santé de Statistique Canada;
- Les administrations locales de santé publique et sociale;
- Les statistiques des services de police;
- Les statistiques des municipalités;
- Les études du Social Planning and Research Council;
- Les statistiques du ministère de la Santé et des soins de longue durée;
- Les statistiques du ministère de l'Éducation;
- Les statistiques des ministères responsables des services à l'enfance et à la famille ainsi que des services sociaux.

Les maladies. Selon Statistique Canada, les deux principales causes des décès en 1997 étaient le cancer et les maladies du cœur⁴. Si l'on se concentrait sur la prévention ou la guérison du cancer et des maladies du cœur, près de 54 % des décès qui leur sont actuellement imputables pourraient être évités et leur incidence réduite. En élaborant des mesures axées sur le cancer et les maladies du cœur, on pourrait tenir compte des résultats des opérations, des médicaments et des groupes de soutien (pour arrêter de fumer p. ex.) ainsi que des activités de sensibilisation. Les cinq ou dix causes les plus importantes de décès pourraient être examinées et des possibilités de recherche, d'interventions médicales ou d'activités de sensibilisation pourraient découler de cet examen. On pourrait également s'intéresser au nombre de médecins, de personnes qui n'ont pas de médecin, à l'espérance de vie et à la mortalité infantile.

Revenu. Les mesures devraient tenir compte du revenu moyen des ménages par rapport au revenu moyen de la ville ou du village, ou par rapport au revenu moyen de la province ou du territoire, du pourcentage de revenu consacré au loyer, du pourcentage de familles monoparentales, du pourcentage de familles dont l'anglais (ou le français au Québec) est la langue seconde, du nombre de personnes par ménage et du pourcentage de la population touchant des subventions. L'établissement de repères serait pratique pour mieux comprendre ces mesures. Quel pourcentage les catégories énumérées précédemment représentent-elles dans des collectivités perçues comme étant en « bonne

santé ». Comment une autre collectivité se compare-t-elle? Cet exercice nous permettrait également de mettre au point des objectifs et des plans de travail en vue d'apporter des améliorations.

Réseaux sociaux. Il est difficile de définir les mesures portant sur les réseaux sociaux. Des mesures telles que le nombre d'heures de travail bénévole, le montant moyen des dons caritatifs, les rapports fondés de violence conjugale ou de violence envers des enfants ou des personnes âgées, les taux d'utilisation des installations publiques de récréation et des bibliothèques ainsi que le pourcentage annuel d'activités sportives pourraient être inclus.

Niveau d'études. La mesure de ce déterminant de la santé pourrait inclure le taux d'obtention du diplôme du secondaire, les résultats moyens aux examens scolaires, le nombre de diplômes d'études post-secondaires et de certificats de formation professionnelle octroyés et le degré d'alphabétisation.

Emploi. Les mesures liées à l'emploi pourraient inclure les taux de chômage et d'itinérance, le pourcentage d'emploi à temps partiel par rapport aux emplois à plein temps, le nombre total d'emplois, la croissance nette du nombre d'emploi et le pourcentage de bénéficiaires du bien-être social. Encore une fois, l'établissement de repères serait utile aux fins de comparaison entre différentes régions d'une province ou entre plusieurs provinces.

Environnement. Les mesures des indicateurs environnementaux de la santé pourraient inclure la qualité de l'air et de l'eau, les rues sécuritaires pour les piétons, la surface du territoire occupée par des parcs publics communautaires et de quartier, le nombre de kilomètres de sentiers publics, le nombre d'accidents impliquant des véhicules automobiles et les blessures liées au travail.

Conclusion

L'élaboration d'une vision commune d'une collectivité en santé pourrait donner lieu à l'élaboration d'un cadre d'action. Au niveau stratégique, le système d'indicateurs pourrait influencer les décisions des bailleurs de fonds concernant les montants alloués ainsi que les buts et les activités des décideurs. On pourrait mettre au point un bulletin annuel qui illustrerait les progrès réalisés au regard des objectifs à long terme en matière de santé.

Références

1. *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé* (en ligne), tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États et entré en vigueur le 7 avril 1948. Internet : <URL:<http://www.who.int/governance/fr/>>.
2. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* (en ligne), présentée durant la Conférence internationale sur la promotion de la santé qui a eu lieu à Ottawa, du 17 au 21 novembre 1986. Internet : <URL:www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf>.
3. R. Evans, M. Barer et T. Marmor. *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*, New York, Walter de Gruyter, 1994.
4. Statistique Canada, *Recensement de la population de 1996*, (en ligne), Ottawa, Statistique Canada. Internet : <URL:www12.statcan.ca/francais/census01/info/census96.cfm>.

Indicateurs sociaux de la santé des collectivités du point de vue des jeunes

William Boyce

Professeur et directeur, Social Program Evaluation Group

Université Queen's

L'élaboration d'un indice de la santé des collectivités nécessite certaines activités de conceptualisation et de mesure. Ces activités seront préalables à la définition d'indices applicables aux collectivités afin de déterminer : a) les indicateurs des ressources communautaires qui contribuent à la santé de la collectivité, au sens large; b) les indicateurs des résultats obtenus au niveau de la collectivité, en partie, grâce à ces ressources.

C'est en visant des populations précises que les conseillers s'acquitteront de cette tâche le plus efficacement possible, reconnaissant que ces populations auront beaucoup en commun, tant du point de vue des ressources nécessaires que de celui des résultats souhaités. Un autre principe d'organisation du travail des conseillers est de se concentrer sur des milieux précis au sein des collectivités — milieu physique, celui de l'apprentissage ou du travail et milieu social. Il est possible d'adopter ce principe en utilisant une approche axée sur le « capital en ressources », englobant le plan physique, humain et socioculturel. Le capital en ressources physiques inclut la géographie, le climat ainsi que l'air, l'eau et la terre, les installations matérielles construites et les actifs financiers d'une collectivité. Le capital humain et les ressources d'apprentissage incluent les possibilités d'études et de carrière offertes par les collectivités. Le capital en ressources socioculturelles inclut les ressources sociales et culturelles de différents types et le capital social¹.

Le présent article s'intéresse aux indicateurs sociaux communautaires qui font que les collectivités sont en santé du point de vue des jeunes. Je propose d'abord une conceptualisation du capital social qui peut servir de cadre pour comprendre les indicateurs des ressources et des résultats au niveau de la collectivité. Ensuite, j'examine certaines des questions liées à l'évaluation des indicateurs sociaux communautaires en mettant l'accent sur la nécessité de recueillir à la fois des données secondaires à partir de documents et de rapports, et des données d'observation, ainsi que des données qui ne peuvent provenir que des personnes et des groupes mêmes. Enfin, je propose des indicateurs communautaires possibles des ressources sociales et des résultats sociaux de collectivités en santé du point de vue des jeunes, qui correspondent à l'approche axée sur le capital social.

Le capital social en tant que cadre des indicateurs sociaux au niveau de la collectivité

Certains auteurs voient dans le capital social un des éléments d'explication de la façon dont les facteurs communautaires peuvent influencer sur la santé^{2,3}. Un certain nombre d'auteurs ont également formulé l'hypothèse que le capital social constituait un lien important entre l'inégalité socioéconomique et la santé. Plus précisément :

- Wilkinson soutient que l'inégalité socioéconomique affecte la santé parce qu'elle érode le capital social (rôle de médiateur du capital social)⁴.
- Selon Campbell, le capital social pourrait atténuer le désavantage socioéconomique en réduisant les effets du manque de ressources économiques (rôle de modérateur du capital social)⁵.
- Cooper et coll. ont démontré l'effet modeste et indépendant de certains indicateurs du capital social sur la santé après avoir pris en compte une gamme de variables socioéconomiques (le capital social et la situation socioéconomique étant considérés comme des variables indépendantes et liées)⁶.

La plupart des études empiriques réalisées pour explorer le concept de capital social portent sur des populations adultes. Peu d'études se sont intéressées à sa relation avec les jeunes.

L'intérêt pour le capital social remonte aux travaux de Pierre Bordieu,¹ de James Coleman⁷ et de Robert Putnam^{8,9}. Chacun de ces auteurs a défini le capital social différemment. Coleman met l'accent sur le capital social en tant que ressource de relations sociales *entre* les familles et les collectivités. Putnam le définit comme une caractéristique clé des collectivités qui est plus qu'une ressource puisqu'elle inclut le sentiment d'appartenance, la coopération communautaire, la réciprocité et la confiance ainsi que des attitudes positives face aux institutions communautaires, notamment la participation aux activités communautaires ou l'engagement civique. Le capital social est ce qui « lie les gens et les collectivités ». C'est en termes de connexions et de réseaux sociaux, au sein des groupes et entre eux, que Bordieu définit le capital social. Selon lui, les contacts d'un individu au sein de réseaux produisent une accumulation d'échanges et d'obligations ainsi que d'identités partagées qui, à leur tour, fournissent un soutien potentiel et un accès aux ressources.

Le capital social est donc un concept large; un concept qui en inclut d'autres comme la sociabilité, les réseaux sociaux, l'interdépendance sociale, la confiance, la réciprocité ainsi que l'engagement civique et communautaire. L'idée de base, selon Morrow, serait que la mesure dans laquelle les gens font partie de réseaux familiaux, sociaux et communautaires et qu'ils ont un sentiment d'appartenance ainsi qu'un sens d'identité civique constitue leur capital social¹⁰. Ce stock de capital social influe, lui, sur la santé et le bien-être, peut-être de la même façon que le capital économique. Selon Gillies, il est cependant important de noter que d'un point de vue stratégique, le capital social ne

devrait pas être vu comme un moyen peu coûteux de contrebalancer les effets les plus graves des inégalités liées à la pauvreté, à la pauvreté relative, à l'itinérance et au chômage².

Il existe peu d'études conçues pour mesurer précisément les liens entre le capital social et la santé, et la plupart ont été réalisées aux États-Unis. Celles qui tiennent compte du capital social et de ses liens à la santé et au bien-être des jeunes sont encore plus rares¹¹. Les quelques études qui existent sur le capital social et les enfants ont examiné les liens entre le capital social et le rendement scolaire, le développement intellectuel et la délinquance juvénile, mais pas avec la santé.

Il reste beaucoup de travail à faire pour explorer l'applicabilité du concept du capital social aux jeunes, plus particulièrement pour examiner la meilleure façon de le définir et de le mesurer. Je me suis inspiré du travail de Morrow¹², de Mullan et coll.¹³ ainsi que de celui du Search Institute¹⁴ pour conceptualiser les composantes du capital social des jeunes et en décrire les quatre dimensions, utilisant les objectifs de santé et les questions de recherche comme suit :

- **Réseaux sociaux et soutien social**^{ss} — Les jeunes ont besoin de sentir que leur famille, leurs voisins et nombre d'autres les appuient, leur portent attention et les aiment. Ils ont besoin que des organisations et des institutions leur fournissent des environnements positifs et propices. *Questions de recherche : Quelle est la composition et la durabilité des réseaux sociaux des jeunes? Dans quelle mesure sont-ils faciles d'accès et à quelle fréquence les jeunes y ont-ils recours? Comment ces réseaux sont-ils définis, que fournissent-ils et comment cela diffère-t-il en fonction de l'âge et du sexe? Que signifie l'amitié pour ce groupe d'âge? Comment les organisations et institutions consolident-elles ces réseaux?*
- **Autonomisation par la participation** — Les jeunes ont besoin d'être valorisés par leur collectivité et d'avoir la possibilité d'apporter une contribution. Pour que cela puisse se produire, ils doivent se sentir en sûreté et en sécurité, et être confiants. *Questions de recherche : Dans quelle mesure les jeunes participent-ils aux activités communautaires locales? Dans quelle mesure ont-ils l'impression de participer au processus décisionnel communautaire et institutionnel? Se sentent-ils en sécurité dans leur quartier? Font-ils confiance aux autres?*
- **Normes et identité** — Les jeunes ont besoin de savoir ce que l'on attend d'eux et si leurs activités et leurs comportements sont acceptables. *Questions de recherche : Qui fournit des modèles de comportement importants pour les jeunes? Les jeunes éprouvent-ils un sentiment d'appartenance et s'identifient-ils à leur voisinage, à leur collectivité, à leur école?*
- **Possibilités de croissance** — Les jeunes doivent pouvoir profiter de possibilités positives et enrichissantes de croissance en participant à des activités et des programmes qui leur sont destinés. *Questions de recherche : Que pensent les jeunes des installations et des ressources locales? Quels espaces (parcs, rues, centres et clubs de loisirs servant aux interactions sociales) sont disponibles pour les jeunes et utilisés réellement?*

^{ss} Le soutien social est un échange positif qui peut découler de la participation à des réseaux sociaux et il a souvent été traité comme distinct et conceptuellement différent du capital social.

Mesure du capital social au niveau de la collectivité

Les mesures des indicateurs communautaires (dans les collectivités en santé, par exemple) devraient idéalement être appliquées au niveau du quartier ou de la collectivité. Lorsque l'approche du capital en ressources est utilisée, il serait préférable de trouver de l'information sur différentes ressources en capital matériel (observations, documents ou même personnes bien informées, si nécessaire), différentes ressources en capital humain (observations, documents ou personnes bien informées) et différentes ressources en capital social (de la même façon). Certains considèrent toutefois que les indicateurs communautaires devraient se limiter aux éléments que le chercheur peut voir et dont il peut faire « directement » l'expérience, c'est-à-dire, sans parler aux gens. Il est cependant important de ne pas confondre le phénomène à l'étude (les caractéristiques de la collectivité) et la méthode de mesure. De toute évidence, aussi longtemps que le phénomène qui est évalué à l'échelle de la collectivité a trait au groupe social de la collectivité et non aux caractéristiques des personnes, la méthode de collecte a peu d'importance. Il est également évident que certains phénomènes peuvent être observés facilement (surtout lorsqu'il est question du contexte matériel) tandis que dans d'autres cas, *il faut s'informer*. La collecte de données auprès de personnes et d'autres sources est essentielle à l'évaluation de nombreux phénomènes dans les domaines du capital humain et du capital social¹⁵.

L'importance du soutien accordé par la collectivité aux activités des jeunes et à leur participation pourrait constituer un exemple d'indicateur du domaine social. Celui-ci pourrait être évalué en posant la question suivante aux jeunes et aux adultes : Votre collectivité est-elle favorable aux jeunes? Oui ou non? Le pourcentage calculé par la suite constituerait l'indicateur. Il est donc possible de conceptualiser au niveau de la collectivité tout en mesurant et en agrégeant les données au niveau individuel. Ce qui importe surtout, c'est de s'assurer de demander aux répondants de parler des caractéristiques de la collectivité et non de celles qui leur sont propres.

Indicateurs de ressources sociales (du point de vue du capital social)

Les indicateurs des ressources sociales de la collectivité possèdent un certain nombre de caractéristiques générales :

- Ils sont parrainés par des écoles, des congrégations, des organisations pour les jeunes (YM/YWCA; Clubs garçons et filles, organismes oeuvrant auprès des jeunes de la rue, parcs et associations récréatives p. ex.), entreprises et industries, services de santé et sociaux, médias, services gouvernementaux et de police locaux et fondations philanthropiques;
- Ils reposent sur le travail ou l'aide de bénévoles;
- Leurs ressources humaines et financières sont durables.

Si un cadre de capital social est utilisé, des exemples d'indicateurs des ressources sociales d'une collectivité et des méthodes de mesure possibles pourraient inclure :

Indicateur de ressources sociales	Réseaux sociaux et soutien social	Autonomisation par la participation	Normes et identité	Possibilités de croissance	Méthode de mesure possible
Politiques favorables aux jeunes		X			Sondage
Parrainage d'activités pour les jeunes				X	Documents
Programme de formation de jeunes bénévoles		X		X	Documents
Programmes après-écoles et halte-accueil en soirée		X	X	X	Documents
Programmes Grand frère et Grande sœur	X				Documents
Programme de tutorat		X	X	X	Documents
Calendrier des activités communautaires				X	Documents
Programme de formation de jeunes mentors		X	X	X	Documents
Annonces ou colonnes dans les médias		X	X		Documents
Programmes universels (offerts à tous, pas seulement aux groupes à risque)		X	X		Documents
Fonds de fondations locales				X	Documents
Programmes jeunes-parents	X				Documents
Équipes responsables de la vision — ensemble de la collectivité		X	X		Documents
Sondage auprès des jeunes — études des besoins et des ressources		X	X		Documents
Célébrations des réussites	X		X		Sondage
Programme de justice alternative — détermination de la peine			X		Documents

Indicateurs de résultats sociaux au niveau de la collectivité (du point de vue du capital social)

Les indicateurs des résultats sociaux possèdent un certain nombre de caractéristiques générales :

- Ils montrent l'établissement de liens « naturels », pas seulement les liens à l'intérieur d'un programme;
- Ils montrent l'acquisition de ressources et de capacités par les jeunes;
- Ils témoignent de la responsabilité de l'ensemble de la collectivité;
- Ils montrent les liens durables.

Si un cadre de capital social est utilisé, des exemples d'indicateurs des résultats sociaux et des méthodes de mesure possibles pourraient inclure :

Indicateur de ressources sociales	Réseaux sociaux et soutien social	Autonomisation par la participation	Normes et identité	Possibilités de croissance	Méthode de mesure possible
Vision « positive » et engagement commun		X	X		Personnes bien informées
Collaboration		X			Documents
Renforcement de la capacité des jeunes				X	Personnes bien informées
Responsabilité conjointe		X	X		Documents
Contacts intergénérationnels	X				Sondage
Contacts entre groupes sociaux ***	X				Sondage
Messages uniformes sur les limites et les valeurs			X		Documents
Soutien accordé aux jeunes par les adultes à l'extérieur du noyau familial	X				Sondage
Soutien des enfants par les parents; contacts parents-enfants au sein de la famille	X				Sondage
Soutien entre parents	X				Sondage
Soutien entre jeunes	X				Sondage
Activités de quartier				X	Documents
Bénévolat		X			Documents
Diminution du taux de criminalité juvénile			X		Documents
Augmentation du taux d'achèvement des études			X		Documents
Diminution des comportements à risque chez les jeunes			X		Sondage
Liens entre les collectivités	X				Personnes bien informées
Dons locaux pour les activités des jeunes				X	Documents
Réputation en tant que collectivité favorable aux jeunes (tous les sous-groupes)		X		X	Sondage
Accès diminué aux substances dangereuses		X	X		Sondage
Zones sécuritaires		X			Sondage
Participation aux activités parascolaires		X		X	Documents

Conclusion

Sans cadre conceptuel, la conceptualisation d'indicateurs sociaux applicables aux collectivités en santé risque d'être une tâche insurmontable. Le concept de capital social qui est actuellement à la mode pourrait être utile dans ce contexte, dans la mesure où on peut l'adapter à la situation. Peu de travail a été fait dans ce domaine et encore moins lorsqu'il s'agit de populations particulières comme les jeunes^{***}. Toutefois, au-delà de la conceptualisation, le défi sera de mettre au point des indicateurs mesurables précis, applicables au niveau de la collectivité, pouvant être rapidement évalués sur une base continue au sein des collectivités.

^{***} P. ex. les écoles, congrégations, associations ethniques, de bisexuels, lesbiennes, gais et transsexuels, clubs privés et récréatifs, et associations de personnes âgées, de professionnels et de gens d'affaires.

^{***} Le Canadian Adolescent At-Risk Research Network de l'Université Queen's mène actuellement une étude du capital social et de la santé des adolescents à l'aide de la base de données Health Behaviour in School-Aged Children 2001-2002. Pour de plus amples renseignements, visitez le site : <http://educ.queensu.ca/~caarn/>.

Références

1. P. Bordieu, « The forms of capital », dans *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, éd. J. Richardson, New York, MacMillan, 1986.
2. P. Gillies, « The effectiveness of alliances and partnerships for health promotion », *Health Promotion International*, vol. 13 (1997), p. 99-120.
3. Kawachi, B. P. Kennedy, K. Lochner et D. Prothrow-Stith, « Social Capital, Income and Inequality », *American Journal of Public Health*, vol. 87 (1997), p. 1491-1498.
4. R. G. Wilkinson, *Unhealthy Societies: the afflictions of inequality*, Londres, Routledge, 1996.
5. C. Campbell et coll., *Social capital and health*, Londres, Health Education Authority, 1999.
6. H. Cooper, S. Arber, L. Fee et J. Ginn, *The influence of social support and social capital on health. A review and analysis of British data*, Londres, Health Education Authority, 1999.
7. J. Coleman, « Social capital in the creation of human capital », *American Journal of Sociology*, vol. 94, supplément (1988), p. S95-S120.
8. R. Putnam, « The prosperous community: social capital and public life », *The American Prospect*, vol. 13 (1993), p. 1-8.
9. R. Putnam, *Making Democracy Work. Civic Traditions in Modern Italy*, New Jersey, Princeton University Press, 1995.
10. V. Morrow, « Conceptualising social capital in relation to the well-being of children and young people: a critical review », *The Sociological Review*, vol. 44 (1999), p. 744-765.
11. Morgan, R. Hunt et M. Taylor, « Reviewing the Social Capital Literature: a Lot of Talk Not Much Empiricism », Londres, HEA, rapport non publié, 1999.
12. V. Morrow, « 'Dirty Looks' and 'trampy places' in young people's accounts of community and neighbourhood: implications for health inequalities », *Critical Public Health*, vol. 10 (2000), p. 141-152.
13. E. Mullan et coll., « Social Inequality », dans *Health Behaviour in School-aged Children: A World Health Organization Cross-National Study. Research Protocol for the 2001/02 Survey*, éd. C. Currie, O. Samdal, W. Boyce et B. Smith, Edimbourg: Child & Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh, 2001, p. 175-199.
14. Search Institute, *Healthy Communities — Healthy Youth* (en ligne), Minneapolis, MN, Search Institute, 2004). Consulté le 7 juillet 2004. Internet : <URL:www.search-institute.org/communities/hchy.htm>.
15. C. Woodroffe, M. Glickman, M. Barker et C. Power, *Children, Teenagers and Health: The Key Data*, Buckingham, Open University Press, 1993.

Indicateurs des collectivités en santé

Ron Colman, Ph.D.

Directeur exécutif

Indice de progrès véritable (IPV), Atlantique

Ce document examine trois questions clés :

- Quels facteurs doit-on prendre en compte lorsqu'il est question de collectivités en santé?
- Comment mesure-t-on ces facteurs?
- Que contiendrait un indice de la santé des collectivités?

Ces questions sont examinées l'une après l'autre ici puisqu'elles correspondent précisément aux étapes de notre programme de recherche, financé par l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC), sur les indicateurs de la santé de la population au niveau de la collectivité¹.

De quels facteurs doit on tenir compte lorsqu'il est question de collectivités en santé?

Selon une analyse documentaire de l'Institute of Medicine des États-Unis :

« L'établissement d'un partenariat (de promotion de la santé) avec une collectivité suppose la participation de cette dernière à la définition du problème, à la collecte des données et à l'interprétation des résultats ainsi qu'à l'application des résultats dans le but de répondre aux préoccupations de cette collectivité² ».

Selon ce critère, il faut, pour répondre à la première question, procéder à une consultation exhaustive de la collectivité afin de déterminer quels sont les indicateurs de sa santé et de son bien-être. Par définition, le terme indicateur sous-entend la directionnalité ainsi que la capacité de construire des courbes de tendance au fil du temps. Par conséquent, dans le cadre de notre recherche financée par l'ISPC sur les indicateurs de la santé de la population au niveau de la collectivité, nous avons commencé par poser des questions très générales aux représentants de 40 groupes communautaires de Kings County, Nouvelle-Écosse : « Quel avenir envisagez-vous pour Kings County dans 10 et 20 ans? Comment voyez-vous le Kings County que vous voulez laisser à vos enfants? » En posant ces questions, nous imprimons une direction à la discussion et, par conséquent, au potentiel d'évaluation des progrès réalisés pour concrétiser la vision et les objectifs définis par les groupes communautaires. Dans le cadre de cette discussion, nous avons demandé aux participants ce qui constituerait pour eux un Kings County « en santé » et nous avons utilisé de façon interchangeable les termes « santé » et « bien-être ».

Dans le cadre de consultations approfondies qui se sont déroulées pendant une année, les groupes communautaires ont été appelés à définir les déterminants importants de la santé et du bien-être de leur collectivité. Il y a une uniformité remarquable entre les facteurs cernés durant cet exercice :

- Emplois convenables (d'un point de vue qualitatif *et* quantitatif) et sécurité des moyens de subsistance;
- Sécurité et absence de criminalité;
- Qualité de l'environnement (y compris la pureté de l'air et de l'eau, et des ressources naturelles saines);
- Niveaux élevés de santé (physique et mentale) et réussite scolaire de la population.

Parmi les autres facteurs mentionnés fréquemment :

- L'équilibre entre les responsabilités professionnelles, familiales et personnelles;
- De solides « valeurs » communautaires telles la compassion, la générosité et le bénévolat;
- Les activités pour les jeunes (y compris des installations récréatives adéquates) et la capacité de fidéliser les jeunes;
- Les qualités esthétiques (y compris l'apparence des quartiers du centre-ville et suffisamment de parcs et d'espaces verts).

Dans notre enquête sur l'IPV réalisée dans la collectivité de Glace Bay, nous avons été surpris du nombre de répondants qui soulignaient que des lacunes ayant trait aux deux derniers facteurs diminuaient la qualité de vie dans leur ville.

Comment serait-il possible de mesurer ces facteurs?

Une fois ces facteurs clés repérés, grâce aux consultations des groupes communautaires, nous avons entamé avec ces derniers des discussions sur la façon de mesurer les progrès réalisés relatifs aux objectifs qu'ils avaient établis. Ces discussions ont donné lieu d'abord à un processus communautaire de sélection d'indicateurs particuliers nécessitant le classement des préoccupations par ordre de priorité puis, à la construction d'un instrument d'enquête permettant la collecte de données précises. Les groupes communautaires ont joué un rôle clé dans les deux processus. Les questions d'enquête qu'ils ont suggérées ont toutefois été reformulées par la suite avec plus de précision afin d'assurer que les résultats seraient comparables aux moyennes provinciales et nationales issues des bases de données de Statistique Canada.

Un des principaux résultats de ce processus de consultation est que les facteurs objectifs *et* les facteurs subjectifs ont été jugés importants pour mesurer les progrès au niveau de la santé et du bien-être de la collectivité. Par exemple, les taux réels de victimisation criminelle étaient vus comme un indicateur important de la sécurité au sein de la

collectivité. Cependant, la collectivité voulait également évaluer si les résidents se sentaient en sécurité dans leur propre quartier, ce qu'ils définissaient comme étant des problèmes de sécurité importants au sein de leur collectivité et s'ils croyaient que les services de police faisaient un bon travail. En somme, pour répondre à la deuxième question soulevée dans le présent document sur la façon de mesurer ces facteurs, nous avons décidé d'inclure des questions d'enquête qui évaluaient à la fois les conditions objectives et le sentiment subjectif de bien-être. Ainsi, notre section sur la santé incluait des questions sur la satisfaction de vivre, le bonheur, le stress et la dépression ainsi que des mesures du tabagisme, de l'obésité, des conditions chroniques et de l'utilisation de médicaments.

Heureusement, Statistique Canada ayant déjà mis au point d'excellentes mesures de tous ces aspects liés à la santé, évaluant *et* les conditions objectives *et* les sentiments subjectifs, nous avons eu peu de difficultés d'ordre pratique à jumeler les préoccupations et les intérêts de la collectivité à des questions précises de l'Enquête sociale générale, de l'Enquête nationale sur la santé de la population, de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et de l'Enquête sur les horaires et les conditions de travail de Statistique Canada ainsi que d'enquêtes nationales sur le bénévolat et d'autres instruments bien établis. En bref, nous avons été ravis de constater que, avec quelques exceptions, la plupart des facteurs dégagés durant les consultations exhaustives effectuées pendant toute une année auprès des groupes communautaires pouvaient être mesurés selon des protocoles bien établis.

La qualité de l'environnement, la pertinence des activités destinées aux jeunes ainsi que la capacité de les fidéliser, et la qualité esthétique sont les trois domaines qui ont posé le plus de difficultés lors de la rédaction des questions et l'établissement des mesures. En bout de ligne, nous n'avons pas inclus de mesures précises quantifiables pour ces deux derniers domaines parce que nous ne pouvions pas trouver de données et de questions nationales et provinciales comparables et appropriées dans les instruments établis de Statistique Canada. Nous avons plutôt permis aux répondants de les commenter dans leurs propres mots et nous avons par la suite analysé leurs commentaires afin d'en dégager les thèmes communs. Dans le cas de la qualité de l'environnement, nous avons intégré à l'enquête des questions sur les transports et la consommation d'énergie, le recyclage et le compostage ainsi que des évaluations subjectives de la qualité de l'eau. Pour d'autres aspects, notamment la qualité de l'air et les ressources naturelles, nous nous sommes fiés aux bases de données d'Environnement Canada, d'Agriculture et Agroalimentaire Canada, de Statistique Canada ainsi qu'aux bases de données provinciales sur les ressources naturelles et l'agriculture. Pour tous les autres domaines, nous avons recueilli nos données par l'intermédiaire d'une enquête rigoureusement conçue et administrée à 3 600 répondants dans les deux collectivités.

Que comprendrait un indice des collectivités en santé?

La meilleure façon de répondre à cette question est de décrire ce que nous avons en fait décidé d'inclure dans notre premier ensemble d'indicateurs de la santé des collectivités, ici en Nouvelle-Écosse. Je dois ajouter que nous ne considérons absolument pas cette liste comme exhaustive puisque nous avons dû exclure de nombreux thèmes, non pas parce qu'ils n'étaient pas importants, mais parce qu'ils étaient difficiles à mesurer et en raison de la longueur et de la durée de l'enquête — il fallait établir un ordre de priorité et mettre l'accent sur les domaines constituant les plus grandes priorités pour les groupes communautaires consultés. Il faut noter qu'à part quelques rares exceptions, certaines données du Recensement par exemple, les sources de données existantes ne fournissent pas suffisamment de renseignements sur les déterminants clés de la santé au niveau local et au niveau de la collectivité. La construction d'un indice de la santé et du bien-être de la population à l'échelle de la collectivité dépendra donc de la capacité de recueillir des données nécessaires. Il ne suffit pas de conceptualiser ce qui devrait idéalement être inclus dans un tel indice, puisque cet exercice sera nécessairement limité par la disponibilité des données et la nécessité de procéder à un sondage.

Je suggère donc que l'on réponde à cette troisième question en déterminant quels sujets et quelles questions il est *possible* d'inclure à titre *prioritaire* à cette étape, tout en demeurant ouvert à la possibilité d'élargir plus tard l'ensemble d'indicateurs. La liste qui suit n'est donc pas complète, mais nous la proposons, sur la base de notre expérience et des consultations communautaires exhaustives des collectivités, comme reflétant vraisemblablement les sujets de grande importance pour les collectivités canadiennes. Cela suppose bien sûr que ce qui est important pour les citoyennes et citoyens de Kings County et de Glace Bay, en Nouvelle-Écosse, l'est aussi pour le reste du pays. Cette hypothèse étant fondée sur le fait que malgré des différences importantes dans la composition, les conditions socioéconomiques et la situation de ces deux collectivités, les enjeux décrits précédemment étaient communs à l'une et l'autre.

Il faut néanmoins reconnaître que certaines collectivités auront des préoccupations particulières et que des indicateurs de la santé et du bien-être qui sont importants pour l'une peuvent l'être moins pour l'autre. Ainsi, les résidents ruraux de Kings County se préoccupaient énormément de la viabilité future de l'agriculture qu'ils percevaient comme un déterminant clé de la santé et du bien-être de leur collectivité. Cette préoccupation n'était clairement pas partagée par les résidents du Cap Breton industriel, où est situé Glace Bay. Notre ensemble d'indicateurs pour Kings County incluait donc de nombreux indicateurs liés à l'agriculture alors que nous n'en avons pas pour Glace Bay. Des indicateurs de tolérance peuvent être requis pour une collectivité multiethnique et multiraciale, mais pas pour une collectivité plus homogène. Nous avons, aux fins du présent document, exclu des indicateurs qui sont peut-être pertinents au sein de collectivités particulières et mis l'accent sur les indicateurs qui semblent les plus généralisables aux autres collectivités canadiennes.

Voici donc une liste partielle des indicateurs clés de la santé et du bien-être des collectivités qui ont été inclus^{†††} :

Sécurité des moyens de subsistance. L'emploi et le revenu sont depuis longtemps reconnus comme d'importants déterminants sociaux de la santé. Nous les avons combinés pour former le concept de sécurité des moyens de subsistance et inclus des questions sur :

- La situation d'emploi (temps plein et temps partiel);
- L'incidence, la durée et les raisons du chômage;
- Les caractéristiques de l'emploi (p. ex. l'emploi permanent ou temporaire, y compris l'emploi saisonnier, contractuel, occasionnel et le travail sur demande; les avantages sociaux);
- L'horaire de travail (y compris le nombre d'heures, les heures supplémentaires rémunérées ou non et le travail par quart);
- Le revenu et les sources de revenu (y compris le droit à l'assurance emploi, le cas échéant);
- La sécurité alimentaire (y compris le recours à une banque alimentaire);
- La peur d'être mis à pied;
- Le sous-emploi (y compris le travail à temps partiel non souhaité et le fait de se sentir surqualifié pour un emploi);
- Le stress lié au travail;
- L'intérêt pour la réduction du nombre d'heures de travail.

Sécurité et possibilité de vivre à l'abri du crime. L'Institut canadien d'information sur la santé reconnaît maintenant ce facteur comme un déterminant important de la santé d'une population et il fait partie des indicateurs non médicaux de base de la santé de la population de Statistique Canada³. Tel que nous l'avons déjà mentionné, nous avons inclus :

- Des questions objectives sur la victimisation (provenant pour la plupart du volet sur la victimisation de l'Enquête sociale générale de Statistique Canada) y compris le type de crime, les pertes afférentes et la violence familiale;
- Des questions subjectives sur les perceptions relatives à la sécurité et à la peur du crime; sur les perceptions et opinions relatives au système de justice et sur les problèmes majeurs au sein de la collectivité.

^{†††} Le résumé qui suit des indicateurs communautaires prioritaires de la santé est nécessairement bref. Pour consulter la version intégrale de l'instrument d'enquête utilisé à Kings County et à Glace Bay, visitez le site <http://www.gpiatlantic.org/publications/communitypubs.shtml> et allez au bas de la page.

Qualité de l'environnement. L'environnement physique est reconnu par Santé Canada comme un déterminant important de la santé⁴. Nous avons inclus des questions sur le transport ainsi que sur la consommation de l'énergie et de l'eau pour évaluer l'impact des humains sur l'environnement et nous avons également utilisé les sources existantes de données pour certains indicateurs comme la qualité de l'air et de l'eau.

Niveau de scolarité. Nous avons inclus ici des questions types sur le niveau de scolarité et le statut courant d'étudiant même si nous reconnaissons que celles-ci ne permettent pas d'évaluer la qualité et les résultats de l'enseignement, et qu'il faut poursuivre le travail pour élaborer de meilleurs indicateurs du niveau de scolarité.

Comportements à risque et prévention. Pour documenter cet indicateur type de la santé de la population, nous avons inclus dans notre enquête des questions sur :

- L'usage du tabac, la consommation de cigarettes et l'exposition à la fumée secondaire;
- La taille et le poids (pour évaluer l'indice de masse corporelle) et l'activité physique;
- La consommation de café;
- Le dépistage (mammographie, test de PAP et mensuration de la pression artérielle).

Nous avons également joint un carnet de consommation des aliments afin d'évaluer l'état nutritionnel.

Soutien social. Pour cet autre déterminant important de la santé de la population, nous avons inclus des questions sur :

- La présence dans la vie des répondants d'une personne qui les faisait se sentir aimé ou sur laquelle il/elle pouvait compter pour obtenir des conseils ou en temps de crise;
- Les pratiques spirituelles et religieuses;
- Les valeurs fondamentales;
- Les interactions avec les voisins et parents;
- Le bénévolat (officiel et informel, type, nombre d'heures consacrées et épuisement professionnel).
- Nous avons ajouté une section spéciale sur la prestation de soins puisque dans notre système de santé les soins sont de plus en plus souvent prodigués à la maison et que les soignants peuvent subir un stress et des problèmes de santé uniques.

Utilisation du temps et équilibre. Nous avons inclus un sondage sur l'utilisation du temps afin d'évaluer l'équilibre entre le travail rémunéré et non-rémunéré et le temps libre (une composante clé du bien-être). Le questionnaire évaluait également le temps passé avec les enfants et celui consacré au transport et aux voyages.

Questions ouvertes. Pour éviter que nos questions ne fournissent une définition de la santé et du bien-être de la collectivité, nous avons également invité les répondants à nous parler de tout autre sujet non couvert par l'enquête et qu'ils jugeaient importants, à nous dire quels étaient les plus importants des sujets couverts par l'enquête, et à formuler des recommandations pour améliorer la qualité de vie dans leur collectivité. Nous avons ensuite évalué ces réponses qualitatives écrites afin de repérer les thèmes communs. Nous avons constaté alors qu'un nombre suffisant d'activités pour les jeunes et que la capacité de les fidéliser étaient perçus comme des déterminants clés de la santé et du bien-être de la collectivité par plusieurs répondants. La disponibilité d'installations récréatives et d'espaces verts sont aussi des enjeux importants pour un grand nombre de Canadiennes et de Canadiens et nous recommandons l'élaboration de questions d'enquête types et la définition de sources de données pour inclure ces facteurs.

Résultats sur le plan de la santé et état de santé. Enfin, il est important aux fins d'analyse d'établir une corrélation entre les déterminants de la santé décrits précédemment, les résultats sur le plan de la santé et l'état de santé. Notre enquête comprenait donc des questions sur :

- L'auto-évaluation de la santé;
- La douleur, l'incapacité et les limitations d'activités;
- La santé mentale, y compris le stress, la dépression, la compétence, le contrôle et la satisfaction de vivre;
- L'utilisation de médicaments;
- Les problèmes de santé chroniques;
- L'utilisation des services de santé;
- La santé des enfants.

De toute évidence, il existe une vaste gamme de déterminants de la santé et les évaluations de la santé des collectivités sont limitées par la disponibilité des données. Le défi le plus important qu'ont à relever les chercheurs qui veulent construire des indicateurs de la santé des collectivités est de recueillir les données requises au niveau de la collectivité. Nous avons pu constater, dans le cadre du programme de recherche financé par l'ISPC sur la santé des collectivités, que les indicateurs susmentionnés étaient définis par les collectivités mêmes comme étant des éléments clés de leur santé. La liste présentée n'est certainement pas complète et d'importants indicateurs tels le logement, les arts, la culture, etc., qui contribuent clairement au bien-être de la collectivité, n'ont pas été inclus. Cependant, notre expérience à ce jour nous permet de dire que les facteurs énumérés ci-haut devraient être inclus à titre prioritaire dans les évaluations de la santé des populations au niveau des collectivités.

Références

1. R. Colman, *Development and Application of Community Health Indicators research project*, projet de recherche financé par l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC), Ottawa, 2001-2004.
2. Institute of Medicine, *Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioral Research* (en ligne), Washington, D.C., Institute of Medicine, 2000. Consulté le 8 août 2004. Internet : <URL:www.iom.edu/Object.File/Master/4/121/0.pdf>.
3. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et Statistique Canada, *Indicateurs de santé* (en ligne), Ottawa, ICIS, juin 2004. Internet : <URL:http://secure.cihi.ca/indicators/fr/tables2004_f.shtml>.
4. Santé Canada, *Santé environnementale* (en ligne), dernière mise à jour le 18 juillet 2003. Internet : <URL:http://www.hc-sc.gc.ca/francais/protection/environnement.html>.

Composition et méthode de construction d'un indice des collectivités en santé, du point de vue des enfants de 0 à 6 ans

Clyde Hertzman

Directeur, Human Early Learning Partnership

Faculty of Graduate Studies, University of British Columbia

La bonne nouvelle est que le Canada dispose déjà d'un excellent indice de la santé des collectivités du point de vue des jeunes enfants : l'Instrument de mesure du développement du jeune enfant (IMDJE)¹. L'IMDJE évalue la maturité scolaire à l'âge de la maternelle. Il est important de mesurer la maturité scolaire des enfants parce que celle-ci témoigne du développement du jeune enfant et qu'elle influe sur les résultats scolaires, la santé et le bien-être plus tard dans la vie. L'IMDJE mesure le développement de l'enfant dans cinq domaines : la santé physique et le bien-être; l'habileté sociale; la maturité affective; le développement langagier et cognitif; l'aptitude à communiquer et les connaissances générales. Ensemble, ces domaines couvrent les trois principales dimensions du développement de l'enfant : langagière et cognitive, sociale et affective, et physique. Il ne met pas l'accent sur les interventions des services de santé, mais rend plutôt compte de la sollicitude dont font l'objet les enfants dans l'ensemble de leurs premiers milieux de vie, d'un point de vue développemental.

L'Instrument de mesure du développement du jeune enfant est une liste de vérification que les enseignants de la maternelle remplissent pour chaque enfant de leur classe. Au moment où ils procèdent à cet exercice, les enseignants connaissent déjà les enfants depuis quelques mois. Il s'agit donc d'un instrument facile à utiliser. En Colombie-Britannique (C.-B.), il en coûte environ un million de dollars pour administrer l'IMDJE à tous les enfants du système d'écoles publiques et à un pourcentage élevé d'enfants fréquentant les maternelles privées et celles des réserves (environ 45 000 enfants en tout). Qui plus est, l'IMDJE demeure valide lorsqu'il est utilisé avec des enfants de différentes cultures, y compris les enfants autochtones.

Les résultats de l'IMDJE peuvent être interprétés au niveau de l'école ou du voisinage, ce qui en fait un instrument des plus intéressants pour les évaluations à l'échelle de la collectivité. En C.-B., nous analysons les résultats de l'IMDJE en fonction des quartiers résidentiels et des arrondissements scolaires dans l'ensemble de la province. Nous établissons le cartogramme de chacune des échelles en indiquant la cote moyenne par quartier et le pourcentage d'enfants qui se situent sous un certain seuil de « vulnérabilité ». Ensuite, nous juxtaposons les cinq échelles de l'IMDJE afin de montrer la proportion d'enfants vulnérables au regard d'une ou de plus d'une échelle. Cette information incite les décideurs à considérer également toutes les dimensions du développement lorsqu'il s'agit de décider de la façon de déployer les efforts et d'utiliser les ressources.

L'information de l'IMDJE et des cartes connexes peuvent alimenter la réflexion dans deux directions : vers le passé et vers le futur. Lorsque la réflexion porte sur le passé, l'IMDJE est utilisé comme un « indicateur des résultats » obtenus de la naissance à la maternelle. En d'autres mots, le pourcentage d'enfants qui, dans un quartier ou une école particulière, sont vulnérables par rapport à au moins une dimension de l'IMDJE est interprété comme un indicateur de la « qualité » de leurs expériences précoces d'apprentissage, et est cumulé d'une famille, d'un quartier et d'un environnement de soins à l'autre. Les différences entre le pourcentage d'enfants vulnérables d'un quartier à l'autre et d'une école à l'autre reflètent les différences systématiques, au niveau du groupe, dans la qualité de la stimulation reçue par les enfants. L'analyse rétroactive de l'IMDJE vise donc un objectif stratégique à long terme non ambigu : diminuer le pourcentage total des enfants vulnérables ainsi que les inégalités constatées chez les populations vulnérables au sein de quartiers ou de sous-populations scolaires avant l'âge de la maternelle.

L'analyse peut également être dirigée vers le futur; l'école en devient alors l'unité clé. Dans ce cas, l'IMDJE devient un prédicteur de la façon dont les trajectoires d'apprentissage scolaire, de développement socio-affectif et physique des enfants évolueront au fil du temps. En C.-B., nous avons constaté que les écoles regroupant un pourcentage élevé d'enfants vulnérables à la maternelle, selon l'IMDJE, ont tendance à regrouper des pourcentages élevés d'enfants qui obtiennent la cote « ne satisfait pas aux attentes » aux tests normalisés de mathématiques et de lecture de la quatrième et de la septième année. En d'autres mots, si l'on ne tient pas compte de la « maturité scolaire » selon l'IMDJE ou un instrument semblable, il est difficile d'évaluer dans quelle mesure les enfants profitent de leurs années à l'école.

En utilisant l'IMDJE comme instrument de base et en le combinant à des données sur les progrès scolaires, en tenant compte de chaque enfant, il est possible d'évaluer les trajectoires scolaires (ou socio-affectives ou physiques) école par école. Nous avons, en C.-B., comparé des « données transversales en série » de l'IMDJE et les données normalisées du test de la quatrième année. Les résultats changent de façon radicale l'impression de la qualité de l'école. Lorsque l'on compare d'une école à l'autre les résultats de ce test, ils suivent le profil de la situation socioéconomique de la région desservie par l'école, les éléments se situant au niveau supérieur obtenant les meilleurs résultats et ceux du niveau inférieur, les plus faibles résultats. Toutefois, l'utilisation de l'IMDJE pour évaluer les changements entre la maternelle et la quatrième année, révèle que de nombreuses écoles qui se situent dans des milieux socioéconomiques défavorisés obtiennent des résultats relativement bons compte tenu du niveau de maturité scolaire des enfants de la maternelle. Cette information jouit d'une crédibilité beaucoup plus importante auprès des enseignants et des autorités scolaires que les données brutes sur le rendement scolaire puisque « tout le monde sait » que les enseignants des écoles riches sont toujours bien jugés et ceux des écoles pauvres sont toujours jugés de façon négative peu importe leur niveau de compétences et les efforts déployés par l'école pour créer une micro-collectivité forte et positive. L'utilisation que nous avons faite de l'IMDJE a permis de convaincre les représentants des arrondissements scolaires que les données sur le

rendement scolaire peuvent être utilisées de façon non pernicieuse. Ils sont devenus très intéressés par les efforts d'amélioration des trajectoires développementales de leurs enfants; cet intérêt n'est pas limité au plan scolaire, mais s'étend à d'autres domaines du développement.

L'utilisation conjointe de l'IMDJE et du profil des quartiers s'est révélée un instrument de promotion extraordinaire de la collaboration intersectorielle en vue du développement du jeune enfant. À ce jour, plus de 140 initiatives ont été mises en œuvre par les écoles, les services de santé et des coalitions intersectorielles à la suite des activités d'établissement de profils liées à l'IMDJE. Certaines sont des interventions axées sur la période de 0 à 5 ans et ont pour but d'augmenter la maturité scolaire. D'autres s'adressent aux enfants d'âge scolaire et visent à améliorer leurs chances de succès au fil du temps. Ces initiatives valent la peine d'être soulignées puisque les résultats de l'IMDJE ne sont disponibles que depuis les trois dernières années.

Questions et objections

Pourquoi ne pas évaluer le développement plus tôt dans la vie? À partir de ce que nous savons du développement du jeune enfant, de la santé et du bien-être tout au long de la vie, il serait logique de recueillir des renseignements sur le développement de l'enfant bien avant la maternelle. Cela n'est toutefois pas possible pour des raisons de coûts, de temps et d'accès à l'ensemble de la population. Il n'existe pas d'instrument visant la période préalable à la maternelle pouvant être administré sous forme de « bulletin ». Tout instrument de ce type nécessiterait une évaluation quasi-clinique, tandis que les enseignants de la maternelle n'ont besoin que d'une quinzaine de minutes par enfant pour remplir l'IMDJE. Ajoutons qu'il existe au Canada peu de points d'accès universels aux enfants avant la maternelle; il est donc difficile de viser l'ensemble de cette population. Il est par contre possible d'ajouter à l'IMDJE des indicateurs de substitution pour le développement préalable — faible poids à la naissance, retard de croissance intra-utérin, mortalité post-néonatale et hospitalisation à la suite d'une blessure.

L'IMDJE cumule les caractéristiques individuelles, il ne caractérise pas la collectivité dans son ensemble. C'est vrai. Bien que nous utilisions des cotes moyennes ou des pourcentages d'enfants vulnérables par école ou par quartier, essentiellement nous ne faisons que regrouper que des caractéristiques individuelles et nous n'évaluons pas une caractéristique communautaire, comme la pollution de l'air, qui ne s'applique que globalement. Je crois qu'il s'agit là d'une objection plus théorique que réelle. Une fois les notes de l'IMDJE calculées selon le quartier ou l'école, il est possible de les utiliser (et elles le sont) pour caractériser les inégalités au sein des collectivités et entre les arrondissements scolaires. Le niveau d'inégalité est une caractéristique inhérente au groupe, même s'il découle de données de niveau individuel. Qui plus est, nombre de variables qui caractérisent la collectivité (p. ex. distribution du revenu, accès par habitant à des services de garde de qualité, niveau de confiance sociale, accès à des parcs et à des

installations récréatives, taux de circulation des livres en bibliothèque pour les jeunes enfants, etc.) peuvent être utilisés pour explorer les origines des inégalités au niveau du quartier ou de l'école dans la perspective du développement de l'enfant.

La stratégie que nous proposons est d'utiliser un *indicateur de résultats* valide s'appliquant au développement du jeune enfant et un *prédicteur* des chances de succès plus tard dans la vie, comme l'IMDJE, conjointement avec des données caractérisant le contexte communautaire, recueillies de façon systématique. Ensemble, ces informations peuvent aider à déterminer quelles collectivités constituent un milieu sain pour les premières années de l'enfant et, dans une mesure utile, pourquoi elles le sont. En C.-B, nous avons démontré qu'il ne s'agit pas uniquement d'une vision idéalisée, mais d'une vision qui peut être concrétisée à l'échelle d'une population vaste et complexe.

Référence

1. Human Early Learning Partnership (HELP), *About the EDI* (en ligne). Consulté le 10 décembre 2004. Internet : <URL :www.earlylearning.ubc.ca/mapping_aboutedi.htm>.

Indicateurs de la santé des collectivités — contexte stratégique appliqué

John Burrett^{§§§}

Gestionnaire principal, Politique sociale

Politiques, promotion des intérêts et communications

Fédération canadienne des municipalités

La rédaction de ce court document de réflexion sur les indicateurs de la santé des collectivités s'est révélée des plus intéressantes. De nombreuses questions importantes doivent être prises en compte et je ne traite ici que de celles qui me paraissent les plus cruciales. J'essaierai d'abord d'établir la nécessité de mesures de la santé des collectivités dans le contexte stratégique actuel et je discuterai de leur conception. Je m'appuierai ensuite sur mon expérience du Système de rapports sur la qualité de vie de la Fédération canadienne des municipalités (FCM)¹ pour suggérer des éléments clés à prendre en considération et une gamme d'indicateurs possibles.

Les collectivités aux premières lignes de la santé

Nous devenons de plus en plus conscients de la nécessité d'accorder notre attention et un appui aux éléments fondamentaux de nos collectivités pour protéger notre qualité de vie. Parallèlement aux responsabilités fédérales et provinciales-territoriales en matière d'environnement et de développement économique et social, les responsabilités relatives à l'eau pure et à l'hygiène, au logement, au transport, aux parcs et aux installations récréatives ainsi qu'aux interventions en matière de toxicomanie et de trafic font des municipalités, des collectivités et des initiatives communautaires le point de départ de la santé publique.

Dans ce contexte, les discussions actuelles sur un « nouveau pacte pour les collectivités » deviennent peut-être la voie la plus prometteuse vers une vie plus saine pour les Canadiennes et les Canadiens. Il est généralement accepté, même si ce n'est peut-être pas reflété dans la série actuelle de réunions entre les premiers ministres, qu'une approche efficace « en amont » de la santé, mettant l'accent sur les styles de vie sains et la prévention de la maladie, est la solution au problème du drainage sans fin des ressources de la société qui se produit « en aval » — à l'étape de l'intervention clinique. Des indicateurs de la santé des collectivités et leurs facteurs déterminants promettent donc de devenir des outils stratégiques importants.

Collectivités en santé

Il est beaucoup plus facile de vivre en santé dans des collectivités en santé. Mais, qu'entendons-nous par « collectivités en santé »? Est-ce que nous voyons la question du point de vue de la demande de soins médicaux et des ressources à ce chapitre? Du point

^{§§§} Les opinions exprimées dans le présent document sont celles de l'auteur et ne représentent pas nécessairement la position de la Fédération canadienne des municipalités.

de vue de la santé publique et de la prévention des maladies? Ou d'un point de vue plus vaste qui tient compte de l'habitabilité fondamentale des collectivités et du fait que celles-ci soient, ou non, propices à la santé mentale, physique et spirituelle? Je suggère ici, aux fins de maniabilité, une version du point de vue de la santé publique ayant des liens clairs avec la collectivité.

Même en adoptant un point de vue restreint, nous disposons de nombreux indicateurs possibles de la santé des collectivités.

Indicateurs de la santé des collectivités

Une telle perspective permet tout de même d'exprimer les résultats ultimes en termes de santé publique, comme les tendances des maladies. Ces résultats doivent être liés à leurs déterminants.

Je ne discuterai pas ici des déterminants de la santé; de nombreuses autres personnes sont mieux qualifiées que moi pour le faire. Je suggère néanmoins un ensemble fondamental d'indicateurs (autres que démographiques) qu'il faudrait mesurer (présence et équité distributive) :

- Logements salubres, adéquats et sécuritaires;
- Revenu adéquat et réparti de façon raisonnablement équitable;
- Eau et air purs;
- Disponibilité et qualité des services de santé et sociaux;
- Possibilités de récréation et d'exercice et styles de vie sains;
- Sécurité publique.

Ces indicateurs fondamentaux devraient être mesurés au niveau de la collectivité, ce qui signifie que les résultats peuvent être interprétés en fonction de la municipalité ou de la région économique à laquelle les résidents peuvent raisonnablement s'identifier. Il est important de comprendre les résultats en fonction d'une « collectivité », souvent assimilée à une municipalité ou même à un quartier, plutôt qu'à des limites statistiques théoriques, pour que l'information fournie soit pertinente dans un contexte stratégique. Les regroupements plus vastes masquent des données importantes au niveau local.

Un ensemble d'extrants et de conditions sous-tend ces indicateurs fondamentaux et est nécessaire à leur réalisation. Ce sont notamment :

- La qualité et l'abordabilité du parc de logements;
- La qualité et la disponibilité d'emplois ou de mesures de soutien du revenu;
- Des ressources en matière d'éducation;
- Des installations et des programmes de récréation;
- Des espaces verts;

- Un plan de conception communautaire favorable aux piétons;
- La conception sécuritaire des quartiers;
- Une planification urbaine qui minimise la congestion et les déplacements;
- Des systèmes de transports;
- Des systèmes de gestion des ressources en eau et des déchets;
- La capacité de planification et de gestion des services de police, d'incendie et d'urgence;
- Des installations et des programmes de santé publique;
- Des mesures de réduction des méfaits de la drogue et de son trafic;
- Des services sociaux;
- Des services favorisant l'inclusion sociale;
- Des installations et des programmes culturels.

Un système d'indicateurs axé sur la santé publique pourrait n'utiliser qu'une partie de ces éléments selon sa portée et ses priorités. Il est toutefois important de mesurer, ou de noter l'absence, des ressources et des services concrets parce qu'ils sont à la base des déterminants de la santé. De plus, ces éléments sont également ceux que l'on peut comprendre en termes de politiques et de programmes : nous pouvons véritablement les façonner.

Plusieurs de ces facteurs ne pourront cependant être compris sans l'utilisation d'un ensemble de sous-mesures. Ainsi, pour mesurer intégralement la situation du logement, il faut évaluer l'abordabilité des logements locatifs et des logements de propriétaires-occupants, la disponibilité des logements, la condition du parc et la concentration d'unités et d'habitations à loyer modéré. La mesure intégrale des installations et des programmes récréatifs ayant un lien à la santé publique pourrait inclure une mesure de l'abordabilité, de la disponibilité et le niveau d'utilisation. Un système de mesures de la santé relative des collectivités pourrait donc facilement contenir de nombreux ensembles distincts de données.

Si un grand nombre de mesures peut se révéler déconcertant, il est tout de même préférable de broser un tableau de la situation à l'aide d'un ensemble d'indicateurs que d'essayer de construire un indice. Les indices masquent l'abondance des renseignements sous-jacents et sont sensibles à la pondération des éléments individuels. Qui plus est, les indices se prêtent à des comparaisons inutiles entre collectivités. Les nuances propres aux ensembles plus vastes de mesures fournissent aux décideurs des renseignements plus précis.

Il sera également important de montrer les tendances des déterminants de la santé et leurs facteurs sous-jacents en même temps que la situation courante. Il faut voir l'état de nos collectivités dans le contexte de conditions changeantes si l'on veut être en mesure d'expliquer la réussite de politiques antérieures et de cerner des solutions possibles aux

problèmes. Ainsi, il ne serait pas possible de diagnostiquer la sous-offre systématique des logements à prix abordable par le secteur privé, comme l'ont fait la FCM et d'autres, sans voir la situation au fil du temps. Utilisé isolément, un instantané des conditions courantes aurait pu donner l'impression d'un phénomène à court terme.

Lorsque le Système de rapports sur la qualité de vie de la FCM a été conçu et développé, toutes ces questions ont été abordées. Le résultat est un ensemble de plus de 70 indicateurs organisés en dix domaines ou ensembles d'indicateurs connexes qui, selon nous, sont liés directement à la qualité de vie dans nos collectivités et peuvent être mesurés de façon constante au fil du temps. Les domaines sont :

- Les variables démographiques;
- La sécurité financière personnelle;
- La santé personnelle et communautaire;
- La sécurité personnelle;
- Des logements abordables et appropriés;
- Les conditions économiques locales;
- L'environnement naturel;
- L'éducation;
- L'emploi;
- L'engagement civique;
- L'infrastructure communautaire et sociale.

Chaque domaine comprend une multitude d'indicateurs et la sélection de ceux-ci a donné lieu à des compromis entre l'intégralité de l'information, d'une part, et la gérabilité et le coût du système d'autre part.

De plus, la question de la disponibilité des données est source de sérieux problèmes, Statistique Canada et les autres organismes ne mesurant pas tout ce que l'on souhaiterait qu'ils mesurent. Dans le cas de nombreux indicateurs du système de la FCM, la mesure n'a pu se faire sans recueillir directement des données des municipalités. La plus grande partie de l'information pertinente n'est recueillie que tous les quatre ans, au moment du Recensement du Canada. La conception d'un système d'indicateurs doit tenir compte de ces considérations.

Finalement, avec tous ces facteurs à pondérer, il sera essentiel de comprendre de quelle façon les résultats seront utilisés et, s'ils doivent servir d'instrument stratégique, quelle information amènera le plus vraisemblablement les décideurs à tirer des conclusions susceptibles d'entraîner l'adoption de mesures.

Conclusion

La prise de conscience croissante de l'importance de la santé publique en tant que composante du système de santé et l'attention de plus en plus grande accordée aux politiques axées sur la collectivité devraient mettre en vedette la question des indicateurs de la santé des collectivités auprès des décideurs. La conception d'ensembles d'indicateurs maniables et pertinents d'un point de vue stratégique comprend toutefois de nombreuses considérations d'ordre conceptuel et pratique. Il sera donc très important au moment de choisir les indicateurs de comprendre l'application prévue des résultats. Parce que la portée et la complexité de l'ensemble potentiel d'indicateurs prennent de l'importance au fur et à mesure que la vision de la santé des collectivités s'élargit, et comme j'ai souligné l'importance de bonnes politiques en matière de santé publique, je recommande un ensemble d'indicateurs axé sur la santé publique plutôt que sur le concept plus vaste de l'habitabilité des collectivités et de la qualité de vie. L'ensemble d'indicateurs discuté précédemment en contient qui seraient valides dans un tel système. Il serait possible d'élargir la perspective d'un système d'indicateurs de la santé des collectivités notamment en travaillant en collaboration avec des projets d'indicateurs communautaires établis, comme le Système de rapports sur la qualité de vie de la FCM.

Référence

1. Fédération canadienne des municipalités, *Système de rapports sur la qualité de vie* (en ligne). Consulté le 10 décembre 2004. Internet : <URL:www.fcm.ca/qol3_f/>.

