

Atelier 2004

*Moyens d'améliorer les liens entre la surveillance, les
politiques et les programmes de santé publique*

Ottawa, Ontario

5 et 6 novembre 2004

COMPTE RENDU DES DÉLIBÉRATIONS

Rédigé par le Centre de coordination de la surveillance



Public Health
Agency of Canada

Agence de santé
publique du Canada

Canada

Table des matières

Table des matières.....	2
Introduction.....	3
L'Agence de santé publique du Canada.....	3
Atelier 2004.....	3
Structure et matériaux de l'Atelier.....	4
Définitions de l'atelier.....	4
Compte rendu des délibérations.....	5
Atelier : Mot d'ouverture et participants.....	5
Tableau 1: Liste des personnes inscrites à l'atelier.....	6
Première séance : Information de surveillance.....	8
Deuxième séance : Information de surveillance destinée à l'élaboration des politiques.....	10
Troisième séance : Exécution des programmes de santé publique.....	12
Résultats de l'atelier : Résultats des séances en petits groupes.....	14
Première séance en petits groupes.....	14
TABLEAU 2 : Q'est-ce qui fonctionne pour conserver les liens entre la surveillance, les politiques et l'exécution des programmes ?.....	15
TABLEAU 3 : Caractéristiques majeures de liens réussis entre la surveillance, les politiques et l'exécution des programmes.....	17
TABLEAU 4 : Ressources servant à maintenir les liens entre la surveillance, les politiques et l'exécution des programmes.....	18
Deuxième séance en petits groupes.....	17
TABLEAU 5 : Éléments de la surveillance qui éclairent le mieux l'élaboration des politiques.....	19
Troisième séance en petits groupes.....	17
TABLEAU 6 : Facteurs majeurs de la réussite de l'exécution des programmes de santé publique.....	21
Discussion.....	22
Sommaire.....	24
Première annexe – Programme de l'atelier.....	26



Introduction

L'Agence de santé publique du Canada

Le mandat de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) est de renforcer la capacité du pays à protéger la santé et la sécurité des Canadiens. Une composante clé de ce mandat est l'amélioration des systèmes de surveillance de la santé publique par l'élaboration de nouveaux systèmes de surveillance, une meilleure analyse des données existantes, une divulgation améliorée de l'information et une amélioration globale de la surveillance par le biais d'outils en ligne, de normes, d'amélioration des compétences et de développement de données afférentes aux facteurs de risque et aux déterminants des maladies chroniques.

Le Centre de coordination de la surveillance, qui fait partie de l'ASPC, contribue à l'élaboration, à la mise à jour et à l'utilisation de l'information sur la santé grâce à des outils et à des normes de surveillance et de la formation en santé publique. Le Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, qui fait aussi partie de l'ASPC, procure le leadership en matière de prévention et de contrôle des maladies chroniques par le biais de l'élaboration de politiques et de programmes intégrés, de surveillance et de développement et de divulgation des connaissances.

Atelier 2004

En 2004, l'ASPC, en coopération avec les *Centers for Disease Control and Prevention* américains, a élaboré le *Workshop 2004 : Ways of Improving the Connection Between Surveillance, Policy and Public Health Programs* (Atelier 2004 : Moyens d'améliorer les liens entre la surveillance, les politiques et les programmes de santé publique), un atelier interactif concentré sur la surveillance des facteurs de risque en santé publique.

Le fait de s'attaquer aux facteurs de risque et aux déterminants des maladies chroniques, par l'application de politiques, de programmes et de services publics efficaces, contribue beaucoup à la prévention et au contrôle des maladies chroniques. Les politiques, les programmes et les services efficaces dépendent toutefois du transfert efficace des connaissances et de la communication continue de l'information de surveillance liée à la santé de la population. Une interaction forte, positive et permanente entre les domaines de l'information de surveillance, de l'élaboration des politiques et de l'exécution des programmes est fondamentale pour prévenir et contrôler de façon efficace les maladies chroniques.

Des initiatives récentes ont documenté des lacunes dans la production et l'utilisation actuelles de l'information de surveillance sur les facteurs de risque et les déterminants des maladies chroniques. Des progrès sont tout de même accomplis pour combler ces lacunes, au Canada et à l'étranger, et cela a donné l'élan pour élaborer l'*Atelier 2004*, en tant que forum pour s'informer sur quelques histoires de réussite.



Structure et matériaux de l'atelier

Les participants de l'atelier ont entendu parler d'une série d'initiatives réussies en santé publique au Canada et à l'étranger, par une série de présentations d'experts et de discussions. Grâce à des séances de travail animé en petits groupes, les participants ont ensuite discuté de ces initiatives, évalué l'applicabilité des initiatives et identifié certaines des exigences de la mise en œuvre de stratégies similaires.

Les résultats des discussions en petits groupes ont été consignés sur papier durant tout l'atelier, pour les besoins de la discussion immédiate et pour servir de base au rapport écrit.

Définitions de l'atelier

La surveillance est définie comme « le suivi et l'évaluation de tout événement ou de tout facteur déterminant relatif à la santé par le biais de la collecte continue de données de haute qualité, ainsi que l'intégration, l'analyse et l'interprétation de ces données en produits de surveillance (tels que rapports, avis de sécurité, mises en garde), en plus de la distribution de tels produits de surveillance à ceux qui doivent connaître la situation. Les produits de surveillance sont conçus à des fins prédéterminées de santé publique ou d'objectif politique. Afin d'être considérée comme la surveillance de la santé, toutes les activités susmentionnées doivent être réalisées. »¹

La politique est définie comme un ensemble de principes encadrant la prise de décisions.² La politique en matière de santé est définie plus précisément comme les mesures prises par le gouvernement et d'autres intervenants qui visent à maintenir et à améliorer l'état de santé de la population. Elle comprend les facteurs qui influent sur la santé – qui souvent, ne tombent pas sous la responsabilité directe d'un service de santé.³ L'élaboration des politiques est un processus cyclique par lequel les problèmes sont identifiés, les politiques élaborées, mises en œuvre et, (idéalement), évaluées.⁴

Un programme de santé publique est défini comme toute mesure ou activité organisée de santé publique : par exemple, des interventions de service direct, des efforts de mobilisation communautaire, des initiatives de recherche, des systèmes de surveillance, des activités d'élaboration des politiques, des enquêtes sur les éclosions, des diagnostics de laboratoire et des

1 Groupe de travail sur le réseau national intégré de surveillance de la santé; Équipe de conception de l'intégration. Proposition de réseau de surveillance de la santé au Canada, p. 6.

2 Spasoff, R.A. p.3 *Epidemiologic Methods for Health Policy*. 1999 Oxford University Press, New York.

3 Ruwaard et al., 1994 :27 dans ff Spasoff, R.A. p.3 *Epidemiologic Methods for Health Policy*. 1999 Oxford University Press, New York.

4 Spasoff, R.A. p.3 *Epidemiologic Methods for Health Policy*. 1999 Oxford University Press, New York.



campagnes de communication.⁵

Compte rendu des délibérations

Le compte rendu des délibérations est organisé comme suit : une liste des participants, une brève description des faits saillants de chaque présentation d'experts, les résultats de l'atelier découlant des séances en petits groupes, la discussion des résultats et l'annexe contenant le programme de l'atelier.

Atelier : Mot d'ouverture et participants

Le **Dr Larry Chambers** de l'Institut de recherche Élisabeth Bruyère a souhaité la bienvenue aux participants de l'atelier en leur rappelant le but de l'atelier : identifier des moyens d'améliorer les liens entre la surveillance des facteurs de risque des maladies chroniques, l'élaboration des politiques et l'exécution des programmes de santé publique. Le Dr Chambers a aussi repassé les trois objectifs spécifiques de l'atelier :

1. Identifier les facteurs clés qui favorisent les liens entre la surveillance de la santé, la politique relative à la santé publique et l'élaboration de programmes.
2. Identifier des façons d'utiliser les facteurs clés et les éléments de réussite dans des instances individuelles.
3. Discuter des conséquences pour la santé publique en utilisant les facteurs clés et les éléments pour améliorer l'interaction entre les trois composantes; particulièrement dans les domaines du financement et des ressources, des ressources humaines en santé publique et du leadership national.

Le Dr Chambers et l'animatrice de l'atelier, **Raymonde D'Amour**, ont aussi informé les participants sur la structure et le milieu de fonctionnement de l'atelier, en insistant sur le fait que le mot clé de cet atelier était *interactif* – pour faciliter l'échange d'information, évaluer les approches et acquérir des stratégies pratiques.

Le Tableau 1 que voici dresse la liste des noms et des domaines d'intérêt des soixante personnes inscrites de l'ensemble du pays, représentant une variété de professions et de spécialités de la santé publique.

⁵ *MMWR Recommendations and Reports Framework for Program Evaluation in Public Health*; September 17, 1999/48(RR11); 1-40



Tableau 1 : Liste des personnes inscrites à l'atelier

PERSONNE INSCRITE ET AFFILIATION	PERSONNE INSCRITE ET AFFILIATION
Amira Ali CONFÉRENCIÈRE <i>Ottawa Public Health, ON</i>	Vincent Dale CONFÉRENCIER Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada
Alan Amey Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de santé publique du Canada	Dr Catherine Donovan <i>Health and Community Services</i> Eastern Newfoundland NL
Dr B. Christofer Balram <i>Provincial Epidemiology Service</i> Fredricton, NB	Dr Denise Donovan Direction de la santé publique de l'Estrie Sherbrooke QC
Sam Bediako-Cra <i>HECS</i> Santé Canada, Ottawa ON	Jillian Flight Stratégie antidrogue et substances contrôlées Santé Canada, Ottawa ON
John Bower <i>Cypress Health Region</i> Swift Current SK	Dawn Friesen <i>Alberta Health and Wellness</i> Edmonton AB
Dr Khami Chakani <i>Cypress Health Region</i> Swift Current SK	Gavin Giles <i>Lakehead University</i> Thunder Bay ON
Dr Larry Chambers CONFÉRENCIER Institut de recherche Élisabeth Bruyère, Ottawa ON	Janet Hatcher Roberts Société canadienne de santé internationale Ottawa ON
Dr Arun Chockalingam Institut de santé circulatoire et respiratoire, IRSC Vancouver BC	Jo Ann Heale Circonscription sanitaire de Wellington-Dufferin-Guelph Guelph ON
Bernard Choi Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques Agence de santé publique du Canada, Ottawa ON	Dr Alison Hill CONFÉRENCIÈRE <i>South East Public Health Observatory</i> Oxford UK
Cora Cole <i>Cape Breton and Guysborough/Antigonish Strait</i> <i>Health Authorities N-É</i>	Alan Hotte Centre de coordination de la surveillance Agence de santé publique du Canada, Ottawa ON
Lise Coulombe Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits Santé Canada, Ottawa ON	Dr Garry Humphreys Circonscription sanitaire du comté et de la cité de Peterborough Peterborough ON
Dr Robert Cushman CONFÉRENCIER <i>Ottawa Public Health</i> Ottawa ON	Dr Jean R. Joly Laboratoire de Santé publique du Québec Ste-Anne-de-Bellevue PQ
Caroline Da Silva Centre de coordination de la surveillance Agence de santé publique du Canada, Ottawa ON	Deborah Jordan CONFÉRENCIÈRE Centre de coordination de la surveillance Agence de santé publique du Canada, Ottawa ON
Dr Anne Kearney <i>School of Nursing</i> <i>Memorial University of Newfoundland</i> St. John's T-N	Dr Thomas Melnik CONFÉRENCIER <i>New York State Department of Health</i> Albany NY
Gloria Keays <i>Alberta and Health Wellness</i> Edmonton AB	Dr Christina Mills Société canadienne du cancer Ottawa ON
Pierre Lejeune	Amy Nahwegahbow

PERSONNE INSCRITE ET AFFILIATION	PERSONNE INSCRITE ET AFFILIATION
Santé publique, <i>Dept of the Cree Territory of James Bay</i> , Montréal QC	Organisation nationale de la santé autochtone Ottawa ON
Christian Lapensée <i>Ottawa Public Health/Institut canadien des inspecteurs en santé publique</i> Ottawa ON	Jay Onysko Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques Agence de santé publique du Canada, Ottawa ON
Dr Hal Leitch Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, Ottawa ON	Dr Geraldine Osborne <i>Department of Health and Social Services</i> Iqaluit TNO
Karen Loewen Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques Agence de santé publique du Canada, Ottawa ON	Stéphane Perron Agence d'évaluation des technologies et des Modes d'intervention en santé (AETMIS) Montréal QC
Fardosa Loyan Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques Agence de santé publique du Canada, Ottawa ON	Louise Picard CONFÉRENCIÈRE Programme provincial de recherche, d'éducation et de développement en santé publique Circonscription sanitaire de Sudbury et du district Sudbury ON
Susan Mackenzie Centre de développement de la santé humaine Agence de santé publique du Canada, Ottawa ON	Ruth Plant Agence de santé publique du Canada Ontario et région du Nunavut, Toronto ON
Sylvie Martel CONFÉRENCIÈRE Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, Québec QC	Dr Robert Pless Centre de coordination de la surveillance Agence de santé publique du Canada, Ottawa, ON
Dr David McQueen CONFÉRENCIER <i>Centers for Disease Control and Prevention</i> Atlanta GA	Sylvia Robinson <i>Vancouver Island Health Authority</i> Victoria C-B
Kelly McQuillen Santé Manitoba Winnipeg MN	Angel Roca CONFÉRENCIER <i>Centers for Disease Control and Prevention</i> Atlanta GA
Louise McRae Agence de santé publique du Canada, Ottawa ON	Dr Donald R. Schopfloch <i>Alberta Health and Wellness</i> , Edmonton AL
Dr Saqib Shahab <i>Sunrise Health Region</i> Yorkton SK	Susan Taylor-Clapp Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, Ottawa ON
Linda Sensilet Direction générale des politiques en matière de santé Santé Canada, Ottawa ON	Carol Toone Centre de coordination de la surveillance Agence de santé publique du Canada
G. Shahein Circonscription sanitaire de l'Est de l'Ontario Cornwall ON	Dr Steve Whitehead CONFÉRENCIER <i>Saskatoon Health Region</i> Saskatoon SK
Heather Stacey Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada Ottawa ON	Chandrani Wijayasinghe Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada Edmonton AL
Dr David Strong <i>Calgary Health Region</i> Calgary AB	Elizabeth Wright Centre de coordination de la surveillance Agence de santé publique du Canada, Ottawa ON



Première séance : Information de surveillance

Le **Dr Chambers** a présidé la première discussion entre experts qui portait essentiellement sur les types de surveillance en voie de réalisation au sein de divers niveaux organisationnels au Canada et aux É-U.

Le **Dr Thomas Melnik** (*New York State Department of Health*) a donné un aperçu sur le système américain de surveillance des facteurs de risque comportementaux (*US Behavioural Risk Factor Surveillance System* ou *SSFRC*). Il a décrit la méthodologie du *SSFRC* – système d’appel aléatoire et interviews téléphoniques assistées par ordinateur et a fait remarquer l’importance d’un questionnaire cadre, avec un contenu supplémentaire facultatif à ajouter à la discrétion des états et territoires participants. Le Dr Melnik a présenté quelques résultats typiques aux niveaux des États et national. Tout en soulignant les points forts du *SSFRC* (protocole normalisé, flexibilité du contenu, rapidité d’exécution, globalité et normes qui permettent une surveillance au fil du temps), le Dr Melnik a également fait remarquer que le *SSFRC* est une source importante d’information qui peut être combinée à d’autres sources d’information afin de répondre aux besoins des instances en matière d’information au niveau local pour les besoins de l’analyse, de la planification et de l’évaluation. Le Dr Melnik a conclu par une brève discussion sur l’approche de l’État de New York envers la collecte au niveau local – utilisant le protocole du *SSFRC* pour élaborer une série de modules de notification au niveau national.

Dr Stephen Whitehead (ministère de la Santé, *Saskatoon Health Region*) a parlé de l’expérience de l’utilisation de l’Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (*ESCC*) comme source de données provinciales et régionales sur la surveillance des facteurs de risque. Il a noté les objectifs généraux de l’*ESCC* : fournir des estimations transversales à jour des déterminants de la santé, de l’état de santé et de l’utilisation des services de santé aux niveaux provincial et infra-provincial. Les résultats finaux de l’*ESCC* pour les provinces et leurs régions sont transférés aux provinces. Chaque province peut ensuite analyser et transformer les données en de l’information destinée à la divulgation dans leurs régions et organisations.

Globalement, il y a un riche potentiel pour l’utilisation des données de l’*ESCC* par régions : pour l’évaluation des besoins, la fixation des priorités, la défense des intérêts, l’élaboration des politiques, la recherche et la surveillance. Le Dr Whitehead a donné quelques exemples de l’utilisation des données par la Saskatchewan : contribution au rapport annuel *Health Status Report*, cartographie des facteurs de risque aux niveaux régionaux, facteurs liés au mode de vie triés par secteur socio-économique et auto-évaluations de la santé par secteur socio-économique.

Le Dr Whitehead a également fait remarquer les défis de l’*ESCC* : le potentiel ne peut être réalisé qu’avec une capacité suffisante d’analyse, d’interprétation et de divulgation, l’accès aux données peut être problématique et il y a certains problèmes méthodologiques. L’*ESCC* fournit également des occasions : il existe un potentiel de renforcer les capacités par des initiatives de formation, des



unités de ressource régionales et une collaboration pour l'analyse est maintenant explorée activement.

Mme Amira Ali a brossé un portrait du Système rapide de surveillance des facteurs de risque (SRSFR), un système ontarien d'enquête qui procède en faisant des enquêtes téléphoniques mensuelles pour collecter de l'information aux niveaux des bureaux de santé locaux. Les enquêtes consistent en un contenu fixe (convenu par tous les bureaux participants) complété par un contenu facultatif propre aux bureaux. Mme Ali a décrit la méthodologie du SRSFR, la tenue des enquêtes et certains résultats récents. Les interviews sont effectuées mensuellement et analysées de façon centralisée à l'Université York et les résultats sont retournés dans les six à huit semaines suivant leur collecte. Mme Ali a souligné les avantages du SRSFR : flexibilité, point de mire local et utilité éprouvée pour la pratique de la santé publique. Les défis de la durabilité du SRSFR comprennent d'assurer le financement continu du soutien nécessaire aux niveaux local et central.



Deuxième séance : Information de surveillance destinée à l'élaboration des politiques

Le **Dr David McQueen** (US CDC, Atlanta) a présidé la deuxième séance qui donnait une occasion de se pencher sur les genres de données de surveillance qui sont présentement utilisées pour fournir de l'information destinée à l'élaboration des politiques de santé publique. Le Dr McQueen a commencé la séance en rappelant aux participants que la surveillance n'existe pas que pour le simple plaisir de le faire; elle sert plutôt à fournir de l'information permettant de prendre des décisions éclairées sur l'élaboration des politiques et l'exécution des programmes.

Angel Roca (US CDC, Atlanta) a donné deux exemples de données de surveillance renseignant les politiques. Les données recueillies par le Système de surveillance des facteurs de risque comportementaux sur l'obésité et le diabète ont été transformées en des supports visuels convaincants (cartes de l'obésité, par exemple) afin de démontrer la gravité du problème. Ces supports visuels ont eu un impact important sur la population en général et sur l'élaboration des politiques en particulier.

Le système de surveillance de l'évaluation des risques pour la grossesse (*Pregnancy Risk Assessment Monitoring System* ou PRAMS) a produit des analyses qui ont eu des conséquences directes sur la planification, l'ajustement et la tenue d'interventions spécifiques (prévention du syndrome de mort subite du nourrisson, réduction de la consommation de tabac durant la grossesse, prise d'acide folique). Des États individuels ont pu prélever leurs propres données et les utiliser pour élaborer des interventions propres à l'État.

Le **Dr Alison Hill** a discuté du système d'observation de la santé publique du Royaume-Uni. Des observatoires de la santé publique soutiennent des organisations locales et régionales au niveau de la surveillance des facteurs de risque de plusieurs façons, notamment : effectuer des enquêtes communautaires, fournir de l'expertise (avis sur la méthodologie, boîtes à outils), élaborer un contenu normalisé pour les enquêtes, élaborer et fournir des applications pour les supports visuels, et diffuser le travail national au niveau des régions. Le Dr Hill a donné quelques exemples des résultats provenant des observatoires, en faisant remarquer que l'une des fonctions les plus importantes des observatoires est de fournir des renseignements en santé publique : pour établir des liens aux niveaux national, régional et local et ainsi faciliter les liens à l'intérieur et entre les niveaux.

Vincent Dale a présenté de l'information sur l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et son utilité dans l'élaboration des politiques de santé publique. M. Dale a fait un survol de l'ESCC, en faisant remarquer le contenu principal et facultatif de l'enquête, et la



capacité de fournir des données aux niveaux national, provincial/territorial et régional. Il a décrit dans les grandes lignes le processus consultatif relatif à l'élaboration du contenu, ainsi que les stratégies de divulgation et il a donné quelques exemples de contenu principal et facultatif.

M. Dale a terminé en faisant remarquer que la nutrition est un thème central du cycle d'enquête actuel et que les futurs défis de l'ESCC comprennent la rapidité d'exécution, l'intervention face aux urgences et le besoin d'information au niveau local.



Troisième séance : Exécution des programmes de santé publique

Deborah Jordan (ASPC) a ouvert la séance finale de l'atelier en rappelant le thème de la journée précédente : la surveillance est un outil pour la pratique de la santé publique et elle doit éclairer l'élaboration des politiques et l'exécution des programmes. Mme Jordan a repassé l'engagement de l'ASPC à élaborer et à améliorer la capacité de surveillance en santé publique en général, y compris la capacité de surveillance des facteurs de risque et des déterminants des maladies chroniques.

Sylvie Martel a présenté l'expérience québécoise, en particulier les conditions requises pour mettre à jour la fonction de surveillance et la rendre utile à la prise des décisions. Elle a abordé différents aspects du milieu de la santé publique au Québec, notamment la législation sur la santé publique, qui reconnaît la surveillance comme une fonction essentielle de la santé publique et a formulé les objectifs de la surveillance. La législation assigne également la responsabilité de la surveillance à des autorités spécifiques (le ministre et les directeurs de la santé publique des 18 régions sanitaires et de services sociaux) et leur confère le droit de demander l'information nécessaire à la mise en œuvre d'un plan de surveillance. La législation précise que les plans de surveillance doivent être élaborés, soumis à un comité d'éthique de la santé publique et réévalués périodiquement.

Globalement, le milieu de la santé publique au Québec est propre à favoriser la mise en œuvre de la surveillance. Le Québec est doté d'un environnement juridique propice et le milieu de la santé publique est une interface précieuse où les divers partenaires du système de soins de santé peuvent travailler ensemble. De même, le Québec est doté d'un programme de santé publique comprenant des politiques, des priorités et des objectifs de surveillance. D'autres conditions favorables comprennent l'examen et la révision de la fonction de surveillance effectués tant par les exploitants que les utilisateurs de la surveillance. D'autres conditions de validation comprennent l'existence d'un plan de surveillance qui identifie les besoins en matière de surveillance au Québec et le milieu qui a été créé pour la mettre en œuvre, notamment un centre d'information en santé publique qui sert de magasin général pour les sources de données du plan de surveillance conjoint.

Des contraintes ont aussi été notées, notamment les niveaux changeants de compréhension et d'interprétation de la fonction de surveillance, le manque de ressources (qui limite la capacité d'agir sur les plans de surveillance ou d'y contribuer) et des questions afférentes à la gestion des modifications. Parmi les défis à relever, notons le développement de synergies avec d'autres fonctions et activités de la santé publique, l'adaptation des méthodes de travail et la production d'information pour les besoins des utilisateurs.



Louise Picard a fait une présentation sur la prise de décisions fondées sur des preuves en santé publique. Mme Picard a décrit le Programme ontarien de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (Programme de REDSP), qui est actuellement en place dans cinq bureaux de santé de l'Ontario. Utilisant un modèle d'hôpital d'enseignement, le programme vise à fournir du leadership à la recherche, à l'éducation et à la promotion des pratiques exemplaires afin d'éclairer et d'améliorer les politiques et les pratiques locales, provinciales et nationales en santé publique. Le modèle de la REDSP intègre la recherche, l'éducation, la politique et la pratique.

Une variété de sources de preuves, telles que les résultats de recherche, les enquêtes dans les collectivités, les données de surveillance et les résultats de l'évaluation des programmes, sont utilisés pour produire de l'information qui permet alors de prendre des décisions sur les programmes, l'évaluation et la surveillance des interventions. Mme Picard a donné plusieurs exemples, tels que celui de l'Initiative sur les Stratégies d'enquête sur la santé périnatale et infantile du Nord de l'Ontario.

Mme Picard a aussi fait remarquer que la réussite globale du programme de REDSP repose sur l'établissement de liens entre les types de preuves, entre les utilisateurs et les données, entre les secteurs et entre les paliers de gouvernement. Elle a dégagé des éléments clés du programme, y compris un puissant leadership visionnaire, des modèles de financement qui reflètent le besoin de communication entre toutes les parties, ainsi que les infrastructures régionales pour faciliter l'établissement de liens.

La présentation finale sur les politiques a été faite par le **Dr Rob Cushman** qui a retracé l'expérience de *Ottawa Public Health* en matière d'adoption de règlements municipaux et de règlements visant à éliminer le tabagisme dans les lieux publics (y compris les bars et les restaurants). Le Dr Cushman a raconté des expériences afférentes à la rencontre avec les intéressés, à l'opposition d'une résistance et de la vaincre à tous les niveaux, au maintien de la motivation du personnel à poursuivre une campagne qui était par moment très impopulaire et à l'utilisation de l'information la plus efficace de toutes : les données locales, récentes et opportunes, dont certaines sont obtenues auprès du Système rapide de surveillance des facteurs de risque d'Ottawa. Le Dr Cushman a fait remarquer que le bureau de santé était en mesure de traiter la résistance rencontrée dans certains secteurs de la communauté, parce qu'il avait un mandat et des objectifs clairs, des plans de communication détaillés, une identification des intéressés et d'autres soutiens, ainsi qu'un accès facile aux données locales pertinentes.



Résultats de l'atelier : Résultats des séances en petits groupes

Première séance en petits groupes

La première séance en petits groupes a soumis les trois questions suivantes aux participants :

- 1. Compte tenu de l'information de surveillance dont nous disposons, quels mécanismes et stratégies existe-t-il pour établir et conserver les liens entre les deux autres domaines – l'élaboration des politiques et l'exécution des programmes ?**
- 2. Quelles sont les caractéristiques majeures des liens réussis et peuvent-ils être appliqués dans différentes situations ?**
- 3. De quelles ressources a-t-on besoin pour réaliser les modifications nécessaires ?**

Les Tableaux 2 à 4 fournissent les réponses à ces questions, complétés par quelques commentaires généraux.



TABLEAU 2 : Qu'est-ce qui fonctionne pour conserver les liens entre la surveillance, les politiques et l'exécution des programmes ?

<p>CE QUI FONCTIONNE : Utilisation des données. Il y a des sources de données de haute qualité aux quelles on doit accéder et qui doivent être transformées en information en temps utile.</p> <p>COMMENTAIRES :</p> <p>« Nous sommes riches en données et nous manquons d'information » - les données existent mais nous ne réussissons pas à les transformer en information sur laquelle on peut agir dans la pratique. Les données n'arrivent pas suffisamment rapidement : des données « assez bonnes » en temps utile sont mieux que des données parfaites mais périmées.</p> <p>Le roulement ascendant des données – collecte au niveau local d'abord – peut être mieux que le roulement descendant de l'information recueillie au niveau national.</p> <p>Le potentiel de lier des bases de données doit être exploré avant de dépenser plus d'argent sur de nouvelles sources de données.</p>
<p>CE QUI FONCTIONNE : La communication est la clé. Voici quelques stratégies spécifiques :</p> <p>Former des coalitions et des partenariats formels</p> <p>Tenir des ateliers spéciaux faisant intervenir des collecteurs, des réalisateurs, des utilisateurs, des chercheurs et des responsables des orientations politiques, y compris des législateurs</p> <p>Promouvoir des structures organisationnelles facilitant les échanges entre les travailleurs de première ligne et les responsables de l'élaboration des politiques</p> <p>Faire de la communication une norme organisationnelle : appuyer et employer l'intégration à tous les niveaux</p> <p>Fournir des possibilités des stages d'échange entre tous les participants.</p> <p>COMMENTAIRES :</p> <p>La bonne communication, lorsqu'elle existe, se développe en dépit de la culture organisationnelle. Éviter le jargon et les acronymes qui sont répandus dans les trois domaines et qui constituent un véritable obstacle.</p> <p>La façon dont les organisations se parlent entre elles est la clé; besoin d'une communication bilatérale régulière entre les collecteurs de première ligne et les responsables de l'élaboration des politiques.</p> <p>Le retour d'information doit être glané auprès des trois groupes – utiliser l'analyse locale pour ce faire.</p> <p>Parfois, il n'y a pas de rôle direct de prestation de service auquel s'attacher. Communiquer avec les organismes de prestation de service et les consulter, ainsi que les autorités sanitaires régionales afin d'identifier ce qui est important et pourquoi.</p> <p>Les collecteurs de données doivent obtenir les résultats – des rapports, en passant par la mise en œuvre et jusqu'à l'évaluation.</p> <p>Il y a maintenant des occasions de le faire de façon plus efficace à mesure que la réorganisation et le réalignement se poursuivent en santé publique – nouveaux espaces à conquérir.</p> <p>Les messages de communication perdent rapidement le contexte parce que les organisations et les mandats changent si souvent.</p>
<p>CE QUI FONCTIONNE : L'application des connaissances (AC) est essentielle. L'AC fait partie de l'énoncé de mission.</p> <p>Elle entre en jeu lorsque des rôles et responsabilités sont assignés à des postes de l'organisation et elle est soutenue par la capacité d'identifier des besoins précis de partenaires spécifiques : contextes, besoins et priorités.</p> <p>COMMENTAIRES :</p> <p>Faire des buts communs lorsque l'information éclaire les politiques et les programmes centrés sur</p>

ces buts – par exemple les facteurs de risque/déterminants et les maladies chroniques.
Doit évaluer les besoins locaux, les différences culturelles : ce que vous collectez a eu une meilleure correspondance avec l'information dont vous avez besoin afin d'éclairer les politiques et les programmes.
Interpréter et simplifier sans trop exagérer.
Fournir le contexte et interpréter l'information pour qu'elle dise quelque chose aux utilisateurs – les statistiques doivent *compter*.

CE QUI FONCTIONNE : Besoin de ressources adéquates et permanentes. Lorsqu'il y a une responsabilisation explicite et un besoin de présenter au public, des ressources seront appliquées.

COMMENTAIRES :

Besoin de moyens innovateurs d'acquérir des ressources : sous-traitance à des centres universitaires par exemple.

Lier les ressources à une mesure du rendement/responsabilisation. Il s'agit d'une élaboration de politiques de « responsabilisation mutuelle » et une présentation au public qui sont intégrées aux plans de mise en œuvre.



TABLEAU 3 : Caractéristiques majeures de liens réussis entre la surveillance, les politiques et l'exécution des programmes.

CARACTÉRISTIQUES MAJEURES
<p>Communication Produire des rapports et d'autres résultats significatifs – fardeau évitable pour les facteurs de risque par exemple, puis faire des prévisions pour permettre la planification.</p>
<p>Qualité des données Les données appropriées et en temps utile facilitent tout : la communication, la pertinence locale, l'intégration et les changements d'orientation politique. Lorsqu'ils ont tous l'information dont ils ont besoin, y compris le contexte, leur savoir leur laisse utiliser les données.</p>
<p>Pertinence locale Pertinence locale = facilement disponible, information compréhensible. Les données correspondent à quelque chose aux niveaux locaux – c'est là que les données ont le plus de sens. L'intérêt du public est la clé; il obtient les acceptations locales nécessaires de la part des professionnels et des utilisateurs, ainsi que des décideurs.</p>
<p>Ressources Investissements dans la formation – cela signifie de donner de la formation au personnel Investissement éclairé : détermination de ce qui est centralisé, décentralisé et où les meilleurs investissements peuvent être faits. Veiller à ce que la dotation en personnel soit adéquate – remplacement. Intégrer la formation au travail</p>
<p>Intégration Va vers un processus intégré des données, en passant par l'information et jusqu'à la connaissance – besoin d'un emploi spécialisé pour cela. La culture de la collaboration intersectorielle fonctionne le mieux lorsque des responsables de l'élaboration des politiques peuvent comprendre la surveillance et vice versa, et que les deux peuvent se rendre compte de ce que l'exécution de programmes occasionne. Elle fonctionne lorsqu'il y a un retour d'information continu vers les décideurs. Les acceptations nécessaires viennent lorsque toutes les personnes participent – les utilisateurs, les intervenants de première ligne et les décideurs.</p>
<p>Leadership Les leaders doivent établir et démontrer la volonté politique d'établir des coalitions et de défendre le financement soutenu. Établir une stratégie nationale pour les données. La bureaucratie doit faciliter et non gêner le travail. Doit avoir un leadership éclairé – contenu de la formation</p>
<p>Responsabilisation Les exigences mandatées aident – lorsqu'il a des questions centrales clairement identifiées, lorsqu'il y a des attentes de rendre compte au public.</p>

TABLEAU 4 : Ressources servant à maintenir les liens entre la surveillance, les politiques et l'exécution des programmes.

ÉLÉMENTS REQUIS
<p>Données Investir dans des données à tous les niveaux afin d'améliorer et de maintenir la qualité. Explorer de nouveaux domaines de données sur des facteurs sociologiques plus élargis qui influent sur les maladies chroniques, par exemple. Allouer du temps à la collecte afin de percevoir les tendances. Développer la capacité de cartographie de la géographie au niveau local – augmentant encore l'intérêt local. Accorder du financement destiné au perfectionnement de compétences consacrées au transfert des connaissances.</p>
<p>Compétences Pour les travailleurs de première ligne et les responsables de l'élaboration des politiques. Développer les compétences dans une variété de domaines : Utilisation des données pour les utilisateurs finaux Présentation, divulgation et conscientisation de la communauté Positionnement : la façon de faire un retour d'information efficace aux niveaux national et provincial d'élaboration des politiques est importante. Considérations relatives aux politiques pour les travailleurs de première ligne Formation des utilisateurs des résultats de recherche Communication Épidémiologie de base, statistiques, méthode de recherche, évaluation de la documentation, évaluation, compétences à l'ordinateur Fournir un environnement d'apprentissage au sein du travail de surveillance.</p>
<p>Technologie de l'information Ressources techniques. GI/TI pour la gestion de grandes bases de données.</p>
<p>Ressources humaines Expertise en matière de statistique biologique et d'épidémiologie aux niveaux locaux. Prévoir l'intégration de l'expertise à l'intérieur des organisations et entre elles (c.-à-d. partage aux niveaux communautaires). Expertise en matière de gestion des modifications. Expertise/postes en transfert des connaissances.</p>
<p>Leadership national et ressources communautaires De multiples organismes ayant des buts communs; des organisations qui sont suffisamment flexibles pour assumer les différentes configurations nécessaires pour répondre aux besoins de différents groupes.</p>
<p>Ressources financières Suffisantes et stables à long terme pour maintenir et amener les instances à une norme commune et permettre le maintien des normes. L'argent qui sera dépensé de la bonne façon – certaines économies peuvent être réalisées par le partage au niveau national et international.</p>

Deuxième séance en petits groupes

La deuxième séance en petits groupes a soumis la question suivante aux participants : (les résultats sont présentés au Tableau 5 que voici) :

Que nous faut-il de la surveillance pour mieux éclairer l'élaboration des politiques ?

TABLEAU 5 : Éléments de la surveillance qui éclairent le mieux l'élaboration des politiques.

ÉLÉMENTS
<p>Information particulière et en temps utile</p> <p>Veut être en mesure d'obtenir de l'information particulière pour pouvoir faire face aux situations d'urgence, les « sujets brûlants » et les gros titres (peut avoir besoin d'utiliser des girouettes politiques pour les sujets brûlants).</p> <p>A besoin de données de bonne qualité – sources fiables et crédibles.</p> <p>Les données doivent être collectées aux niveaux appropriés.</p> <p>Un financement stable et réservé doit être en place pour permettre la collecte de données longitudinales.</p> <p>A besoin de données qui sont utiles aux analyses économiques.</p> <p>A besoin de normes de données pour permettre de faire des comparaisons entre les régions, au niveau national et international.</p> <p>Nécessité de disposer de données facilement accessibles pour fournir l'information nécessaire.</p>
<p>Information compréhensible et pertinente</p> <p>A besoin d'une meilleure présentation – développer de bons supports visuels; exploiter les outils disponibles pour raconter les histoires en images.</p> <p>Suivre les développements technologiques.</p> <p>Simplifier sans réduire la valeur – langage ordinaire.</p> <p>Utiliser le langage des responsables de l'élaboration des politiques : dollars, votes – mandants.</p> <p>Ne pas surcharger d'information.</p> <p>Fournir de l'information contextuelle – présenter le produit pour qu'il rencontre les besoins spécifiques (cela présuppose une compréhension des communautés d'intérêt).</p> <p>Fournir des données plus ciblées – cela implique de mieux formuler la question, qui en retour implique une meilleure communication précoce – Faire participer les utilisateurs à l'identification des besoins.</p>
<p>Divulgaration</p> <p>Utiliser la divulgation stratégique. Des rapports simples et présentés de façon visuelle, la divulgation de données à certaines audiences, diffusion en langage non spécialisé par moments.</p> <p>Consigner de l'information « sur » les groupes : Utiliser des exemples de groupes vulnérables pour illustrer un besoin d'intervenir ou un problème.</p> <p>Positionner de façon stratégique les données en fonction des utilisateurs.</p> <p>Élaborer et s'occuper des relations avec les médias.</p> <p>Trouver des débouchés pour les données de surveillance de manières innovatrices – la divulgation de même que les interventions.</p> <p>Nous avons besoin d'évaluer l'utilité de l'information actuelle. Nous produisons des rapports sur la santé – y a-t-il quelqu'un qui s'en sert (y compris les responsables de l'élaboration des politiques) ?</p>
<p>Transfert des connaissances (TC)</p> <p>Faire du TC une fonction de l'organisation – en faire un élément dans les descriptions de travail – ne pas le sous-estimer.</p> <p>Soutenir le TC avec le contexte environnemental; la surveillance des médias est si cruciale – connaître le niveau des besoins locaux en matière de politiques/indicateurs qui diffèrent des provinciaux/nationaux.</p> <p>Établir des centres de ressources régionaux dotés du soutien technique et des pratiques exemplaires</p>



nationales.

Élargir la portée du TC pour faire participer les utilisateurs de l'information de surveillance à la fixation des priorités.

Assurer que l'infrastructure soit présente pour appuyer un TC optimal.

Faire traiter les connaissances sur la surveillance par des intermédiaires avec les options pour les responsables de l'élaboration des politiques – et l'impact de chaque option.

Lier les résultats de la surveillance à la recherche sur les facteurs de risque – établir les liens formels de façon à lier sur le plan fonctionnel la recherche sur les facteurs de risque, la surveillance et l'élaboration des politiques.



Troisième séance en petits groupes

Dans la discussion finale en petits groupes, les petits groupes de participants ont choisi une population cible précise (enfants préscolaires, adolescents, bébés, adultes de sexe masculin, et ainsi de suite), ont choisi des exemples de programmes dans lesquels la surveillance liée aux politiques et aux programmes avaient vraiment bien fusionné et ont dégagé les facteurs de réussite de ces exemples.

Des exemples comprenaient la prévention du syndrome de mort subite du nourrisson chez les bébés, les centres sanitaires dans les écoles pour s'attaquer à des comportements à risque précis chez les adolescents et l'examen des statistiques de la conduite avec facultés affaiblies en fonction de l'âge. La discussion qui s'en est suivie a non seulement produit une liste des facteurs de réussite (Tableau 6), mais a aussi donné lieu à une séance dynamique d'échange d'information pour les participants.

TABLEAU 6 : Facteurs majeurs de la réussite de l'exécution des programmes de santé publique

FAITS SAILLANTS ET PRINCIPAUX FACTEURS
1. La population cible est connue : il est tenu compte des caractéristiques uniques et importantes et du contexte de la population cible dans tous les aspects de la planification.
2. La population cible participe directement à la planification.
3. Les ressources sont attribuées à la présentation et au marketing innovateurs et attrayants.
4. Des messages qui conviennent au niveau culturel sont élaborés.
5. Les programmes traitent l'alphabétisation, les barrières culturelles – les audiences cibles ont été bien caractérisées.
6. Tous les fournisseurs participent à la planification du programme, ce qui entraîne une meilleure acceptation de l'exécution des programmes.
7. Tous les paliers de gouvernement qui conviennent participent dès le début.
8. Des ressources sont attribuées à la surveillance continue et à l'évaluation des programmes, par le biais de la surveillance. En d'autres mots, il y a un engagement envers le suivi de la surveillance : conformité, caractère adéquat et flexibilité pour ajuster les messages.



Discussion

Comme le montrent les cinq tableaux précédents, une foule d'information est issue des quelques discussions longues et vives de cet atelier. Or, si l'on revient au point de mire d'origine de l'atelier, la question est la suivante – **les participants ont-ils identifié des moyens d'améliorer les liens entre la surveillance des facteurs de risque des maladies chroniques, l'élaboration des politiques et l'exécution des programmes de santé publique ?**

Si l'on divise ce but global, on aborde cette question en considérant les objectifs constituants suivants.

Quels sont les facteurs clés qui favorisent les liens entre la surveillance de la santé, la politique relative à la santé publique et l'élaboration des programmes ?

Plusieurs programmes et approches ont été décrits lors des neuf présentations de l'atelier. Durant les présentations et les discussions, les participants ont identifié quatre facteurs clés : de bonnes données, une communication permanente, le transfert des connaissances et un financement stable et adéquat. Tous ces facteurs interagissent pour produire un environnement propice à la transformation continue des données en information destinées à l'élaboration de politiques de santé publique cohérentes et à l'exécution des programmes. Les Tableaux 1, 2 et 4 démontrent un chevauchement de ces facteurs – de bonnes données sont essentielles à la production de bonne information et les liens de communication solides avec tous les partenaires fournissent le meilleur moyen d'identifier le contexte qui devient partie intégrante du processus d'application des connaissances.

Ces facteurs et ces éléments clés de la réussite peuvent-ils être appliqués dans des instances individuelles ?

Les discussions et l'identification des facteurs clés, des diverses présentations et l'exercice de décrire les programmes actuels qui fonctionnent bien ont montré aux participants que les facteurs peuvent être appliqués à bien des milieux. Des solutions entièrement « clé en main » n'ont pas été fournies et le ton de la discussion donnait plutôt à penser que cela serait une attente irréaliste dans tous les cas. Les participants ont plutôt identifié des éléments et des approches choisis et ont eu l'occasion de les évaluer en terme d'applicabilité dans leurs propres milieux. En général, les éléments suivants ont connu l'applicabilité et l'acceptation les plus larges :
Établir des liens aux niveaux locaux; communiquer ce que vous savez de la manière la plus efficace que vous pouvez; faire participer la communauté à la planification et faire de la

communication efficace à l'intérieur des instances un impératif organisationnel.

Quelles sont les conséquences pour la santé publique d'utiliser les facteurs clés et les éléments pour améliorer l'interaction entre les trois composantes; particulièrement dans les domaines du financement et des ressources, des ressources humaines en santé publique et du leadership national ?

Les participants ont apprécié de façon légitime les conséquences sur les ressources de l'amélioration et de la conservation des liens entre la surveillance, l'élaboration des politiques et l'exécution des programmes de santé publique. Les discussions ont identifié de façon claire comme un problème courant que les ressources insuffisantes limitent le plein potentiel des trois domaines. L'affectation des ressources à la santé publique a une importance primordiale pour que la « santé publique puisse faire son boulot ».

La question de la variation de la capacité a aussi été soulevée. La capacité de faire la pratique de la santé publique n'est pas répartie de façon égale dans l'ensemble du pays et il n'existe pas de « remède miracle » qui puisse être appliqué uniformément. Le défi est d'investir des ressources de façon appropriée afin d'en recevoir les avantages maximaux et d'élever le standard entre les régions. En même temps, les instances qui sont en train de mettre en œuvre des solutions innovatrices et d'investir dans de nouvelles façons de faire les choses doivent aussi être soutenues pour permettre la poursuite de ces travaux afin de continuer d'en tirer les avantages.

Ces questions mises à part, les participants ont identifié plusieurs grandes catégories qui nécessitent du soutien, particulièrement dans les domaines de l'acquisition des compétences pour les travailleurs de la santé publique, d'attirer et de conserver l'expertise et d'avoir le leadership voulu pour défendre et obtenir le financement nécessaire.



Sommaire

Les buts généraux de l'atelier étaient d'identifier des moyens d'améliorer les liens entre la surveillance des facteurs de risque des maladies chroniques, l'élaboration des politiques et l'exécution des programmes de santé publique. Grâce à une série de présentations, à des séances interactives et à des discussions en petits groupes, les participants de l'Atelier 2004 ont dégagé six facteurs clés et ont éclairé les discussions sur les conséquences de l'utilisation de ces facteurs dans leurs propres instances.

- La santé publique doit disposer de **données de qualité**, parce que les données qui conviennent et qui sont acheminées en temps utile facilitent tout : la communication, la pertinence locale, l'intégration et l'élaboration des politiques.
- La **bonne communication** est essentielle à la production d'information contextuelle qui a du sens et une pertinence locale.
- L'**intégration est un élément clé de l'atteinte** d'un processus intégré à partir des données, en passant par l'information, jusqu'à la connaissance.
- L'information sur la santé provenant de la surveillance doit avoir une **pertinence locale** – elle doit être disponible localement et compréhensible pour être utile à l'élaboration des politiques et à l'exécution des programmes.
- Des **ressources** doivent être disponibles aux niveaux adéquats pour soutenir l'éventail complet de fonctions de la santé publique.
- Un **leadership** fort et éclairé est essentiel pour favoriser les partenariats, les alliances et les coalitions nécessaires à tous les niveaux et pour assurer les ressources.





Première annexe – Programme de l'atelier

HEURE/DAT E	VENDREDI MATIN, LE 5 NOVEMBRE	
7:30-8:30	Inscription et petit déjeuner	
8:30 - 9:00	Mot de bienvenue	Dr L. Chambers – Institut de recherche Élisabeth Bruyère
	Introductions et lecture du programme	Raymonde D'Amour – Consultante en pratique
	Discours d'ouverture	Dr Paul Gully – Agence de santé publique du Canada Dr David McQueen - <i>Centres for Disease Control and Prevention</i>
9:00 -10:00	<p>Discussion entre experts : Information de surveillance</p> <p>Le Système de surveillance des facteurs de risque comportementaux (SSFRC) – Données de surveillance des facteurs de risque aux niveaux des États et infra-étatique.</p> <p>L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Comment la province de la Saskatchewan utilise les données de l'ESCC.</p> <p>Le Système rapide de surveillance des facteurs de risque (SRSFR) – Produire de l'information de surveillance au niveau local.</p>	<p>Dr Thomas A. Melnik <i>New York State Department of Health</i></p> <p>Dr Stephen Whitehead <i>Saskatoon Health Region</i></p> <p>Amina Ali - SRSFR, <i>Ottawa Public Health</i></p>
10:00- 10:15	PAUSE SANTÉ	
10:15 - 11:30	<p>Séances en petits groupes : Information de surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quels mécanismes / stratégies sont utilisés pour établir et maintenir les liens entre l'élaboration des politiques et l'exécution des programmes ? - Pourquoi ces approches fonctionnent-elles – quels sont les facteurs clés de réussite ? - Ces approches peuvent-elles être utilisées ailleurs ? - De quelles ressources a-t-on besoin pour ces approches ? 	Discussion animée par les membres du comité de planification
11:30- 12:15	<p>Présentation des conclusions : Information de surveillance</p>	Porte-parole de chacun des groupes



HEURE/DATE	VENDREDI MATIN, LE 5 NOVEMBRE	
12 :15 - 13:00	DÉJEUNER (fourni sur les lieux)	

HEURE/DATE	VENDREDI APRÈS-MIDI, LE 5 NOVEMBRE	
13:00 - 14:00	<p>Discussion entre experts : Information de surveillance destinée à l'élaboration des politiques</p> <p>SSFRC et élaboration des politiques</p> <p>Observatoires de santé publique du R.-U. et possibilités de politiques sur les facteurs de risque comportementaux</p> <p>Données de l'ESCC en tant qu'outil servant aux politiques</p>	<p>Angel Roca <i>Centers for Disease Control and Prevention</i></p> <p>Dr Alison Hill <i>South East Public Health Observatory</i></p> <p>Vincent Dale Statistique Canada</p>
14:00 – 15:00	<p>Séances en petits groupes : Information de surveillance destinée à l'élaboration des politiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quels mécanismes / stratégies sont utilisés pour établir et maintenir les liens entre la surveillance et l'exécution des programmes ? - Pourquoi ces approches fonctionnent-elles – quels sont les facteurs clés de réussite ? - Ces approches peuvent-elles être utilisées ailleurs ? - De quelles ressources a-t-on besoin pour ces approches ? 	Discussion animée par les membres du comité de planification
15:00 – 15:15	PAUSE SANTÉ	
15:15 - 16:00	<p>Présentation des conclusions : Information de surveillance destinée à l'élaboration des politiques</p>	Porte-parole de chacun des groupes
16:00 - 16:30	Récapitulation et ajournement pour le reste de la journée	Dr Larry Chambers



HEURE/DATE	SAMEDI MATIN, LE 6 NOVEMBRE	
9:00 - 9:15	Mot de bienvenue / récapitulation de la journée précédente Lecture du programme	Deborah Jordan, directrice générale adjointe, Centre de coordination de la surveillance Raymonde D'Amour
9:15 - 10:15	Discussion entre experts : Exécution des programmes de santé publique Processus décisionnel fondé sur des preuves en santé publique Programme de santé publique du Québec – Une approche intégrée : De la surveillance à l'exécution des programmes Collectivités sans fumée : L'expérience d'Ottawa	Louise Picard – Programme provincial REDSP Circonscription sanitaire de Sudbury et du district Sudbury Dr Sylvie Martel Ministère de la santé et des services sociaux du Québec Dr Rob Cushman Cité d'Ottawa
10:15 - 10:30	PAUSE SANTÉ	
10:30 - 11:15	Séances en petits groupes : Exécution des programmes de santé publique - Quels mécanismes / stratégies sont utilisés pour établir et maintenir les liens entre la surveillance et l'élaboration des politiques ? - Pourquoi ces approches fonctionnent-elles – quels sont les facteurs clés de réussite ? - Ces approches peuvent-elles être utilisées ailleurs ? - De quelles ressources a-t-on besoin pour ces approches ?	Discussion animée par les membres du comité de planification
11:15 - 12:00	Présentation des conclusions : Exécution des programmes de santé publique	Porte-parole de chacun des groupes
12:00 - 12:30	Mot de la fin – passage aux Présentations internationales de la Journée du Forum mondial	Dr Larry Chambers Dr David McQueen Deborah Jordan



