

Initiative canadienne en santé cardiovasculaire : Évaluation du processus entourant l'étape de démonstration

Conférence des chercheurs principaux
en santé cardiovasculaire



Centre collaborateur de
l'OMS sur l'élaboration
de politiques relatives
à la prévention
des maladies non
transmissibles
Santé Canada

ISBN H 39-610/2002F
0-662-87061-1

**Initiative canadienne en santé cardiovasculaire :
Évaluation du processus
entourant l'étape de démonstration**

**Conférence des chercheurs principaux
en santé cardiovasculaire**

Lynne Blair, présidente *

Christopher Balram
Roy Cameron *
Ruth Collins-Nakai
Karen Cooper
Catherine Donovan
Ron Dyck *
Alison Edwards *
Jane Farquharson
John Garcia
Dale Gelskey
Lawrence Green
Kevin Hogan
Michel Joffres
Jane Knox
Brigitte Lachance

David MacLean, co-président *

Richard Lessard
Sharon MacDonald
Nicky McDermott
Ella McLeod
Brian O'Connor
Gilles Paradis
Andres Petrasovits *
Bruce Reeder
Richard Rees
Richard Schabas
Sylvie Stachenko
Lamonte Sweet
Roy West
Rosemary White

* Groupe directeur de l'évaluation nationale et groupe de rédaction

Le présent rapport est dédié au D^r Andres Petrasovits, aujourd'hui décédé, ainsi qu'au grand nombre de chercheurs, d'employés, de bénévoles et de collectivités qui ont consacré beaucoup de temps et d'efforts à la mise en oeuvre de programmes et à la recherche sur la santé cardiovasculaire au Canada.

L'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire (ICSC) a été lancée en 1986 en tant que stratégie fédérale-provinciale visant à s'attaquer à la principale cause de décès, de dépenses liées aux soins de santé et d'invalidité au Canada. Dans le cadre de cette stratégie, Santé Canada, par l'entremise du Programme national de recherche et développement en matière de santé (PNRDS), a fourni à toutes les provinces les fonds de contrepartie dont elles avaient besoin pour la mise sur pied de programmes communautaires de prévention des maladies cardiovasculaires (MCV). Ces programmes avaient pour objet de démontrer l'efficacité d'approches en santé publique fondées sur les résultats cliniques pour ce qui est de prévenir et de réduire les maladies cardiaques au sein de la population canadienne ainsi que de renforcer la capacité du système de santé publique à planifier et mettre en œuvre des interventions provinciales et communautaires en santé cardiovasculaire.

Le présent rapport des chercheurs principaux de la Conférence des chercheurs principaux en santé cardiovasculaire (CCPSC) des programmes provinciaux en santé cardiovasculaire livre un aperçu de l'ICSC, y compris un compte rendu des contributions, processus et répercussions obtenus à l'échelle nationale ainsi que les réflexions des chercheurs au sujet, particulièrement, des retombées de leurs interventions et des leçons apprises au cours du processus de réalisation de la recherche et de mise en œuvre des interventions planifiées.

L'aperçu de l'ICSC renferme un sommaire des stratégies employées, de l'approche en santé publique qui est au cœur de l'Initiative, du modèle de partenariat qui lui a servi de fondement et des cinq étapes qu'elle comporte. On y expose le contexte dans lequel a évolué cette initiative nationale ainsi que les approches utilisées pour surveiller la mise en œuvre de la politique relative à la santé cardiovasculaire au cours de la période. L'évaluation met l'accent sur le processus plutôt que sur les résultats et elle est conforme à la recherche pilote, dont l'objet n'est pas tant de démontrer l'efficacité des interventions en termes de résultats pour la population que de mesurer l'efficacité d'interventions déjà éprouvées au sein de différents milieux ou populations.

Le fait de s'appuyer sur les conclusions de vastes programmes de prévention des MCV de l'Europe (Puska *et al*, 1985) et des États-Unis (Carleton *et al*, 1995; Luepker *et al*, 1994; Fortmann et Varady, 2000) a permis à l'ICSC d'utiliser l'infrastructure existante du système de santé pour évaluer l'efficacité de ces approches en contexte canadien et pour se concentrer sur le renforcement de la capacité du système à planifier et à offrir ces programmes réussis. La conception et la réalisation de l'étude ont nécessité la participation de tous les projets provinciaux en santé cardiovasculaire et de Santé Canada, de même que l'établissement d'un consensus entre les programmes provinciaux.

Le chapitre un livre un aperçu de l'ICSC, notamment des stratégies utilisées. Les chapitres deux et trois renferment des données tirées de l'évaluation du processus, y compris sur les ressources fournies aux programmes provinciaux de santé cardiovasculaire et un profil des projets réalisés indiquant les principales stratégies employées, les facteurs de risque abordés, les clientèles cibles et les paramètres à l'intérieur desquels les interventions ont été pratiquées. Le chapitre quatre porte sur les leçons apprises et renferme un aperçu des influences contextuelles, des questions de ressources, des structures organisationnelles de gestion, des stratégies d'évaluation et du soutien technique assuré. Quant au chapitre 5, il présente les conclusions de l'évaluation ainsi que des suggestions de mesures à venir. On retrouve dans l'annexe la liste exhaustive des articles publiés et des présentations livrées sur le sujet.

Nous souhaitons remercier particulièrement les personnes suivantes :

- le regretté D^r Andres Petrasovits, qui a défini la vision et la stratégie de l'ICSC et assuré la direction nécessaire pour que l'initiative voie le jour;
- les chercheurs de l'ICSC et de Santé Canada, pour avoir entrepris et appuyé la présente évaluation, ainsi que les personnes dévouées qui ont consacré beaucoup de temps et d'efforts personnels à sa conception et sa réalisation;
- M^{me} Barbara Riley, qui a rédigé le protocole de collecte d'information sur le processus et qui a formé les personnes chargées de recueillir les données dans les provinces;
- M^{me} Alison Edwards, qui a mis sur pied la base de données d'évaluation du processus, a dressé les tableaux et a fait partie des groupes de travail et de rédaction;
- M^{mes} Susan Elliott et Jennifer O'Loughlin, qui ont conçu et mené à bien l'analyse qualitative des données;
- M^{me} Cathy Robinson, qui a rédigé les premières ébauches du rapport;
- M. Larry Green, M. Thomas Lasater, M. Maurice Mittlemark, M^{me} Jennifer O'Loughlin, M^{me} Nicky McDermott, M^{me} Doreen Neville et M^{me} Louise Potvin, collègues et consultants du Canada et des États-Unis, qui ont livré des conseils sur les aspects méthodologiques de l'évaluation;
- M. Dexter Harvey, M^{me} Patti-Jean Naylor, M. Brian O'Connor et M^{me} Barbara Riley, qui ont examiné en détail le manuscrit final;
- les coordonnateurs provinciaux et autres employés des programmes provinciaux de santé cardiovasculaire, qui ont recueilli l'information : Jill Ackhurst, Sarah Braebrook, Linda Douglas, Simone Haney, Donna McNeil, Patti-Jean Naylor, Dana Simpson, Jean Thompson et Jill Yelland DeMooy, de la Colombie-Britannique; Phyllis Hodges et Kathleen Ness, de l'Alberta; June Baxter, Georgia Bell Woodard, Roberta Cox, Lori S. Ebbesen, Joan Feather, Lorraine Khachatourians, Meredith Moore, Sheilagh Steer et Judith Wright, de la Saskatchewan; Ethel Hook, du Manitoba; Nancy Dubois, Nicky McDermott et Rosemary Walker, de l'Ontario; Lise Philibert, du Québec; John Boyne, Carmen McKell et Terry Mitchell, du Nouveau-Brunswick; Laurie Ann McCardle, Cathy Pharo, Nancy Taylor et Rosemary White, de l'Île-du-Prince-Édouard; Anne Cogdon, Jane Farquharson, Stephanie Heath et Rob Hood, de la Nouvelle-Écosse; Eva Laing et Doreen Neville, de Terre-Neuve;
- M^{mes} Leslie Lawson Flynn, Deborah Baldwin et Shirley Bryan du Centre collaborateur de l'OMS avec Santé Canada – Santé cardiovasculaire, qui ont compilé et révisé le présent rapports;
- M^{me} Monic Lalonde de Santé Canada, qui a planifié, géré et documenté les nombreuses rencontres;
- le Programme national de recherche et développement en matière de santé (PNRDS), qui a apporté une importante contribution financière aux programmes provinciaux de santé cardiovasculaire et organisé les visites scientifiques visant à évaluer les projets provinciaux en matière de santé cardiovasculaire, particulièrement M^{mes} Inger Abrams et Elizabeth Mellor, qui ont assumé la responsabilité de ces processus;
- la Fondation des maladies du cœur du Canada et celles des provinces, la Société canadienne de cardiologie, la Coalition canadienne pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle et la Division des enquêtes sociales de Statistique Canada, qui ont été les principaux partenaires de l'Initiative. Leur soutien au cours des différentes étapes de l'ICSC s'est avéré primordial. Nous remercions M. Arun Chockalingam, M. Richard Lauzon, M. Doug MacQuarrie, M^{me} Ruth Collins-Nakai et M^{me} Elinor Wilson;
- le regretté M. Mukund Nargundkar, de Statistique Canada, qui a assuré aux provinces le soutien technique nécessaire à la conception et à l'analyse des enquêtes provinciales sur la santé cardiovasculaire, qui ont fourni des données indiquant qu'un grand nombre de Canadiens risquent de développer des MCV évitables et qui ont pavé la voie à l'étape de démonstration de l'ICSC.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Liste des tableaux	vii
List des figures.....	viii
Liste des encadrés.....	viii
Introduction	1
Au sujet du présent rapport.....	1
Méthodologie de l'évaluation du processus	2
Restrictions des données.....	2
Chapitre un – APERÇU DE <i>L'INITIATIVE CANADIENNE EN SANTÉ CARDIOVASCULAIRE</i>	4
Buts du système de santé.....	4
Stratégies entourant la réalisation des objectifs de l'ICSC.....	5
Caractéristiques de <i>l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire</i>	6
Conception multiniveau.....	6
Niveau international.....	6
Niveau national.....	6
Niveau provincial.....	7
Niveau communautaire.....	7
Une approche axée sur la santé publique.....	7
Un modèle de partenariat.....	8
Développement et transmission des connaissances.....	8
Une approche planifiée, par étapes.....	9
Étape I. Élaboration d'un cadre stratégique.....	9
Étape II. Enquêtes provinciales sur les facteurs de risque liés à la santé cardiovasculaire	9
Étape III. Démonstration	10
Étape IV. Évaluation.....	10
Étape V. Diffusion.....	10
L'étape de démonstration de l'ICSC	11
Programmes provinciaux de démonstration	11
Chapitre deux – CONTRIBUTIONS À L'ÉTAPE DE DÉMONSTRATION.....	13
Buts du programme de démonstration.....	14
Contributions en années-personnes	14
Personnel rémunéré des programmes de santé cardiovasculaire.....	14
Contributions non financières en personnel	15
Utilisation des ressources	16
Chapitre trois – PROCESSUS ET RÉSULTATS DE L'ÉTAPE DE DÉMONSTRATION	17
Les projets de démonstration.....	17
Stratégies	17
Facteurs de risque	19
Clientèle cible	23
Cadres d'exécution	25
Renforcement de la capacité	27

Chapitre quatre – LEÇONS APPRISES.....	32
Influences contextuelles.....	32
Ressources	33
Organisation et gestion	34
Évaluation.....	35
Soutien technique.....	36
 Chapitre cinq – CONCLUSIONS ET ORIENTATIONS À VENIR	 38
 Bibliographie	 41
 Annexe – LISTE DES PUBLICATIONS, RAPPORTS, THÈSES, DISSERTATIONS ET PRÉSENTATIONS	 43

LISTE DES TABLEAUX

1.1	Principaux partenariats dans le cadre de l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire	8
2.1	Contributions financières et non financières (valeur en espèces), selon la source et l'affectation des coûts directs et indirects de l'étape de démonstration de l'ICSC	13
2.2	Types de buts fixés par les programmes de démonstration de l'ICSC.....	14
2.3	Nombre d'années personnes affectées à l'étape de démonstration de l'ICSC, selon le type d'emploi	15
2.4	Années-personnes fournies par les organismes effectuant des contributions non financières à l'ICSC, selon le type d'organisme	15
2.5	Configuration des principales fonctions et contributions non financières à l'étape de démonstration de l'ICSC, selon le type d'organisme et le type de fonction et de contribution	16
3.1	Nombre, pourcentage et valeur monétaire totale des projets de démonstration de l'ICSC, selon la stratégie primaire utilisée (1989-1995).....	17
3.2	Nombre de projets de démonstration de l'ICSC, selon la stratégie primaire et la stratégie secondaire utilisées	19
3.3	Nombre, pourcentage et valeur monétaire totale des projets de démonstration de l'ICSC, selon le nombre de facteurs de risque abordés.....	20
3.4	Nombre, pourcentage et valeur monétaire totale des projets de démonstration de l'ICSC, selon le facteur de risque	21
3.5	Activités des projets provinciaux et communautaires de démonstration de l'ICSC, selon le facteur de risque et le cadre d'exécution.....	22
3.6	Nombre, pourcentage et valeur monétaire totale des projets de démonstration de l'ICSC, selon le groupe cible.....	23
3.7	Nombre, pourcentage et valeur monétaire totale des projets de démonstration de l'ICSC, selon le cadre d'exécution et la voie empruntée	25
3.8	Nombre, pourcentage et valeur monétaire totale des ressources consacrées aux projets de démonstration de l'ICSC, selon le nombre d'organismes participants.....	28
3.9	Nombre de produits conçus et estimation du nombre distribué aux consommateurs et aux intermédiaires au cours de l'étape de démonstration de l'ICSC.....	29
3.10	Nombre d'articles de journaux et de magazines et estimation du nombre distribué, selon le sujet de l'article, au cours de l'étape de démonstration de l'ICSC	30
3.11	Nombre d'événements et estimation du nombre total de personnes rejointes par les divers événements, selon le groupe cible, au cours de l'étape de démonstration de l'ICSC	31
3.12	Nombre, pourcentage et valeur monétaire totale des projets de démonstration de l'ICSC, selon le type d'organisme responsable	31

LISTE DES FIGURES

1.1	Initiative canadienne en santé cardiovasculaire – le système de liaison	6
1.2	Étapes de l’Initiative canadienne en santé cardiovasculaire	9
1.3	Durée de l’étape de démonstration, par province.....	10

LISTE DES ENCADRÉS

1.1	Coalitions provinciales	14
5.1	Facteurs de réussite	40

L'*Initiative canadienne en santé cardiovasculaire* (ICSC) comporte cinq grandes étapes. Mise de l'avant il y a 15 ans, cette approche axée sur la santé de la population face à une importante maladie chronique constitue une approche systématique en vue de l'application d'une politique pancanadienne aux niveaux national, provincial et communautaire. Le présent rapport renferme les conclusions de l'évaluation du processus entourant l'étape de démonstration de l'ICSC, qui a duré de 1989 à 1995. On y encourage les gestionnaires de politiques et de programmes à aller au-delà des *projets de démonstration* pour réellement mettre sur pied des initiatives en santé cardiovasculaire dans diverses communautés du pays.

L'ICSC a commencé ses activités en 1986 en tant que stratégie fédérale-provinciale de santé publique visant à aborder le problème des MCV – un problème de santé évitable qui impose un énorme fardeau aux particuliers, à l'économie et à la société canadienne, au Canada comme ailleurs dans le monde.

L'évaluation de l'étape de démonstration a pour objet de documenter les ressources utilisées et les résultats produits dans le cadre de chaque projet de démonstration, de manière à mieux comprendre l'application d'une approche axée sur la santé publique en matière de prévention des MCV. L'étape de démonstration prévoyait des activités de contrôle et d'évaluation, et la conception, la collecte et l'analyse des données ont fait appel à un effort conjoint des principaux intervenants au niveau national, provincial, communautaire ou des projets. Les résultats livrent de l'information sur les ressources affectées à la mise en œuvre de l'Initiative, sur l'incidence qu'elle a eue et sur le contexte dans lequel elle s'est déroulée. Conformément à la recherche pilote, l'évaluation documente les processus plutôt que les résultats. Elle ne tente aucunement de mesurer l'évolution de l'état de santé de la population canadienne, étant donné que le calendrier du projet et le niveau d'intervention (« dose préventive ») ne permettaient pas de mettre en lumière les changements survenus sur ce plan. En recherche communautaire, de nombreux facteurs influent aussi bien sur la conception que sur les résultats. La présente documente également les réflexions des chercheurs principaux au sujet des influences contextuelles, de la structure organisationnelle et d'autres questions ou leçons apprises.

La Conférence des chercheurs principaux (CCP) de l'ICSC était chargée de concevoir le cadre d'évaluation et de superviser la collecte, l'analyse et l'interprétation des données. La CCP, qui regroupe les chercheurs principaux des dix programmes provinciaux de santé cardiovasculaire, demeure propriétaire de la base de données provenant de l'évaluation du processus. Le travail de direction et de gestion de tous les aspects de la conception, de la mise en œuvre, de l'analyse et de la diffusion des résultats de l'évaluation a été confié au Groupe directeur de l'évaluation nationale, un sous-comité de la CCP. Le Canadian Heart Health Database Centre (CHHDBC), de la faculté de médecine de l'Université Memorial, à Terre-Neuve, était responsable de la création et de l'alimentation de la base de données, de même que du contrôle et de la gestion de l'accès aux données pour le compte de la Conférence.

Au sujet du présent rapport

Le présent rapport livre aux décideurs et aux concepteurs de programmes du domaine de la santé et d'autres domaines de l'information et des points de vue sur la mise en œuvre d'une politique pancanadienne. Le chapitre un livre un aperçu de l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire. Les chapitres deux et trois portent sur les contributions fournies à l'étape de démonstration de l'ICSC, sur la portée et la nature des 311 projets de démonstration s'inscrivant dans le cadre de cette étape ainsi que sur les résultats et produits de ces projets. Le chapitre quatre présente les leçons tirées des réflexions des chercheurs principaux (CP) au sujet de la mise en œuvre des programmes de santé cardiovasculaire. Le chapitre cinq livre les conclusions et suggestions dont il y a lieu de tenir compte dans la mise sur pied de programmes similaires ainsi que dans le choix des sujets de recherches ultérieures. Une liste de publications, rapports, thèses, dissertations et présentations sur le sujet est fournie en annexe.

Méthodologie de l'évaluation du processus

La période de référence pour l'évaluation de l'étape de démonstration s'étend de 1989 à 1995. Le Groupe directeur de l'évaluation nationale a défini les grandes variables à recueillir auprès des provinces au moyen de consultations avec les CP des programmes provinciaux de santé cardiovasculaire. L'établissement des principaux indicateurs a reposé sur l'examen des propositions de financement présentées par chaque province au Programme national de recherche et développement en matière de santé (PNRDS). À une série d'indicateurs de base tirés de stratégies et d'indicateurs communs à au moins quatre propositions de programmes provinciaux de démonstration, s'ajoutaient d'autres indicateurs tirés des réponses à un questionnaire rempli par chaque province, à l'exception de l'Ontario. Cette dernière avait déjà terminé l'étape de démonstration en 1994 et mis en place un plan d'évaluation dans ses cinq centres de démonstration. Des entrevues de suivi ont été effectuées par téléphone afin d'obtenir les renseignements manquants ou de clarifier certains points. Les membres de la CCP ont passé en revue, individuellement et collectivement, le cadre d'évaluation et ses données.

L'évaluation consistait en une étude de cas rétrospective de dix programmes provinciaux de santé cardiovasculaire, y compris d'activités de Santé Canada et de la Fondation des maladies du cœur du Canada. Ces programmes regroupaient 311 projets de démonstration de niveau communautaire et provincial. Santé Canada a assuré le soutien technique et stratégique des programmes provinciaux et a servi de lien entre quantité d'organismes nationaux et provinciaux prenant part à l'étape de démonstration et à l'Initiative en général.

L'évaluation avait pour but de recueillir et d'analyser des données sur les processus utilisés par les dix programmes provinciaux de santé cardiovasculaire et les 311 projets de démonstration. Les responsables ont recueilli de l'information sur les contributions reçues et les stratégies utilisées, les retombées et résultats des projets et les leçons apprises, dans le but d'en informer d'autres au sujet des facteurs qui influent sur la mise en œuvre de cette initiative intersectorielle multi-niveaux en santé publique.

Des données ont été recueillies auprès des dix programmes provinciaux de santé cardiovasculaire et des 311 projets de démonstration à l'aide de questionnaires écrits normalisés conçus par un consultant de l'extérieur avec la participation du groupe de travail responsable de l'évaluation du processus national. Ce sont les seuls outils de collecte de données qui ont été utilisés. Tous les questionnaires ont été mis à l'essai avant leur utilisation. En outre, les responsables de la collecte des données de toutes les provinces ont assisté à un atelier de formation de deux jours dans le cadre duquel ils ont passé en revue tous les formulaires de collecte de données ainsi que les directives sur la façon de les remplir. Des services de consultation leur étaient assurés tout au long du processus.

Toutes les données recueillies étaient entrées dans une base de données Microsoft Access conçue par le CHHDBC de l'Université Memorial, à Terre-Neuve. En cas de réponses manquantes ou imprécises, on retournait les questionnaires aux provinces afin qu'elles les complètent ou y apportent des précisions. La base de données renferme de nombreux tableaux dans lesquels entrer les données, de même que des formulaires d'entrée de données et des rapports pour leur impression. Le processus analytique prévoyait le codage des réponses en catégories par au moins deux membres du Groupe directeur, en consultation. Des tableaux ont été produits à l'aide du mécanisme d'interrogation du logiciel Access, dans la mesure du possible; certains tableaux ou calculs ont été faits à la main si nécessaire.

Restrictions des données

Toutes les données ont été fournies par les intéressés dans le cadre d'entrevues individuelles ou se trouvaient dans les dossiers tenus par les divers programmes et projets de démonstration mis sur pied par les provinces jusqu'à la fin de 1995. Compte tenu du fait que tous les programmes n'ont pas débuté au même moment, cette date n'a pas marqué la fin de l'étape de démonstration dans toutes les provinces, comme on peut l'observer à la figure 1.3. Ainsi, quatre provinces avaient terminé l'étape de démonstration de l'Initiative à la fin de 1995, trois étaient en voie de la terminer et trois ne prévoyaient la terminer qu'un an ou deux plus tard. Il importe toutefois de souligner que les

résultats que renferme le présent rapport couvrent près de 90 % du délai imparti à la réalisation de l'étape de démonstration à travers le Canada.

Les méthodes de tenue des dossiers et la qualité de ceux-ci différaient selon les provinces et les communautés. En outre, certains questionnaires n'ont pas été remplis au complet par tous les répondants, de sorte qu'il manquait des données et que l'ensemble de données était irrégulier. Par exemple, l'information sur les contributions financières versées aux programmes et aux projets est particulièrement irrégulière, puisque le tiers seulement de tous les projets ont fourni des données utilisables sur les contributions financières et autres liées à l'étape de démonstration. Un certain nombre de ces restrictions de données sont caractéristiques des études rétrospectives. Les autres sont caractéristiques des études communautaires, dans le cadre desquelles il est impossible de contrôler les variables. Mais en dépit de ces restrictions, la présente évaluation participative a permis de tirer des leçons utiles sur le plan de la conception de l'évaluation et de la mesure de l'incidence qu'aurait l'adoption d'une politique nationale visant à mobiliser les ministères de la Santé, les professionnels de la santé, les organismes bénévoles et les communautés en vue de mettre en œuvre des approches en santé publique fondées sur les résultats cliniques pour réduire l'incidence d'un grand problème de santé évitable, les maladies cardiovasculaires.

Le vaste territoire géographique du Canada abrite plus de trente millions de personnes et est découpé en dix provinces et trois territoires (en date du 1^{er} avril 1999). Les dix provinces sont l'Alberta, la Colombie-Britannique, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve, la Nouvelle-Écosse, l'Ontario, l'Île-du-Prince-Édouard, le Québec et la Saskatchewan. Les trois territoires sont le Nunavut, les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon. Ces provinces et territoires possèdent divers systèmes de soins de santé, qui sont directement affectés par la réforme de la santé. Les maladies cardiovasculaires (cardiopathie et accidents vasculaires cérébraux) constituent la principale cause unique de décès et la troisième cause de perte possible d'années de vie (après les blessures et le cancer) au Canada (Fondation des maladies du cœur du Canada, 1999). Elles occasionnent chaque année des dépenses de 20 milliards de dollars en soins de santé (Fondation des maladies du cœur du Canada, 1999) et plus de quatre millions de jours d'hospitalisation (Fondation des maladies du cœur du Canada, 1997).

L'*Initiative canadienne en santé cardiovasculaire* (ICSC) est un projet en cinq étapes entrepris il y a quinze ans afin de mobiliser les compétences et les organismes de santé dans le but de régler l'épidémie de MCV évitables au Canada. Prévoyant l'élaboration de politiques, la réalisation de recherches et la prise de mesures concrètes, l'Initiative a été conçue en tant que modèle de liaison stratégique ayant recours à des coalitions pour créer des partenariats et engendrer une collaboration à l'intérieur des secteurs et entre ceux-ci, de même qu'aux niveaux national, provincial et local. Des critères nationaux et une série de lignes directrices ont été établis afin de guider les dix programmes provinciaux de santé cardiovasculaire vers la réalisation d'une série de buts liés au système et à la santé cardiovasculaire destinés à assurer la prestation de programmes sur cette question à grande échelle au Canada.

L'Initiative avait pour objectifs à long terme :

- d'améliorer la santé cardiovasculaire des Canadiens,
- de réduire la morbidité et la mortalité prématurées causées par les MCV,
- de réduire la prévalence des facteurs de risque évitables ou contrôlables de MCV (tabagisme, hypertension artérielle, cholestérolémie élevée, diabète, obésité et mode de vie sédentaire),
- d'améliorer les habitudes de vie associées à la santé cardiovasculaire, et
- d'améliorer les conditions de travail et les milieux physiques et sociaux de manière à encourager les citoyens à faire des choix de vie sains pour le cœur.

Les objectifs à court terme au plan de la santé consistaient à sensibiliser davantage le public aux causes et aux conséquences des MCV, de même qu'à donner aux personnes à risque plus d'information sur la façon de contrôler le risque de MCV.

Outre les résultats et les comportements à long terme (5 à 20 ans), les programmes provinciaux de santé cardiovasculaire visaient à influencer la façon dont les communautés appuient les changements, de même que les gouvernements et autres organismes dans l'élaboration de politiques publiques favorisant la santé. Donc, en plus d'objectifs en matière de santé, les programmes définissent des buts liés au système de santé en tant que fondement de la responsabilité à court terme.

Buts du système de santé

L'ICSC a cherché, pour atteindre ses buts, à renforcer la capacité du système de santé publique à aborder la question de la santé cardiovasculaire. Pour favoriser cela, on a défini les buts suivants liés au système de santé : assurer le maintien des programmes provinciaux de santé cardiovasculaire et des coalitions; inscrire la question de la santé

cardiovasculaire au programme des gouvernements ainsi que des organismes communautaires, professionnels et du secteur privé, à tous les échelons; communiquer aux ministères provinciaux de la santé, aux coalitions communautaires, aux organismes privés et bénévoles et à Santé Canada les connaissances et le « savoir-faire » acquis durant l'étape de démonstration de l'Initiative; déterminer s'il est possible d'utiliser une approche axée sur la santé publique afin de mettre sur pied et d'offrir des programmes de santé cardiovasculaire à l'échelle communautaire.

Stratégies entourant la réalisation des objectifs de l'ICSC

Une série de stratégies ont d'abord été définies dans le cadre stratégique, *Promotion de la santé cardiovasculaire au Canada* (1987), après quoi on a établi une série d'objectifs et d'indicateurs de rendement, énoncés dans *Federal/Provincial Heart Health Initiative – Evaluation Guidelines for Heart Health* (Stachenko, 1991), afin de faciliter la réalisation des objectifs de l'ICSC. Les six stratégies énumérées ci-après ont été définies grâce à des consultations avec des experts du domaine. Elles ont guidé l'élaboration des programmes provinciaux de santé cardiovasculaire tout en laissant de la latitude sur le plan de la mise en œuvre et ont servi de lien entre les cadres stratégique et d'évaluation établis au début de l'étape de la démonstration. Ces six stratégies sont les suivantes :

- Éducation du public
- Mobilisation de la communauté
- Politique gouvernementale saine
- Renforcement des services de santé préventifs
- Recherche et évaluation
- Direction du système de santé publique

En plus d'orienter la mise en œuvre efficace des programmes de santé cardiovasculaire, ces stratégies ont servi de fondement au cadre d'évaluation de l'étape de démonstration de l'ICSC. Elles ont également guidé la définition des grandes capacités suivantes que requiert la prestation de services de santé cardiovasculaire au niveau communautaire :

- *Équipes formées et bien informées* – incluant des professionnels de la santé du secteur de la santé publique et d'autres secteurs, de même que des bénévoles;
- *Partenariats aux niveaux communautaire, provincial et national* – partenariats qui embrassent plusieurs secteurs (p. ex., gouvernement et milieu universitaire) et plusieurs disciplines (p. ex., infirmières en santé publique et gestionnaires des ressources humaines), y compris coalitions formelles et informelles;
- *Élaboration de politiques* – capacité d'établir un consensus entre les intervenants concernés, en vue d'établir des lignes directrices et d'élaborer des cadres qui permettent d'élargir les connaissances, de forger des partenariats et de stimuler les voies d'intervention;
- *Capacité de gestion de projet* – gestion efficace d'initiatives complexes et polyvalentes en santé publique menées à bien avec de multiples partenaires et nécessitant des contributions financières et non financières, la coordination de personnel bénévole et rémunéré, de multiples paliers de responsabilité et un processus décisionnel flexible;
- *Systèmes d'information et savoir collectif* – capacité d'instituer les outils et les systèmes nécessaires pour recueillir, analyser et raffiner les systèmes d'information, au sein du secteur de la santé publique ainsi qu'entre secteurs et compétences, à l'intérieur de délais variés;
- *Recherche et accroissement des connaissances* – aptitude à utiliser les bases de données documentaires et informationnelles pour renforcer la capacité individuelle et organisationnelle à planifier et offrir des programmes efficaces de santé cardiovasculaire faisant appel à une approche axée sur la santé publique.

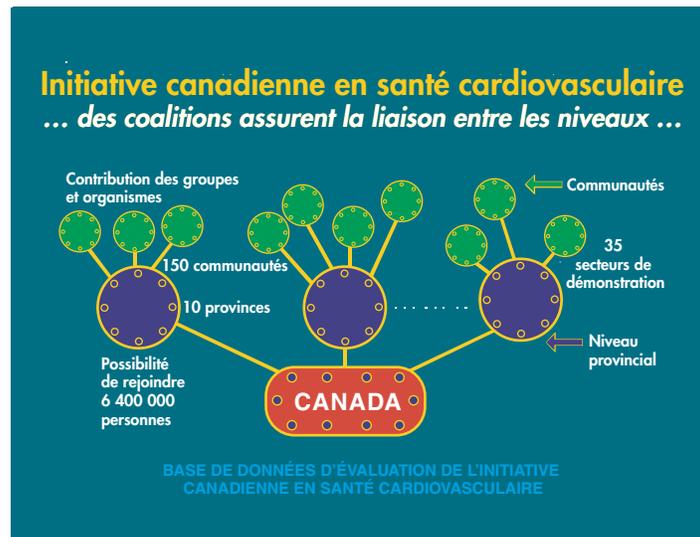
Caractéristiques de l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire

L'ICSC est une stratégie multiniveau de portée nationale, provinciale et communautaire. L'étape de démonstration touchait plus de cinquante communautés, des centaines d'organismes et des milliers de personnes oeuvrant dans un grand nombre de secteurs et de disciplines professionnelles. L'Initiative possède quatre grandes caractéristiques : une approche axée sur la santé publique; un modèle de partenariat; l'accroissement et le transfert des connaissances, et des programmes provinciaux de démonstration.

Conception multiniveau

L'ICSC s'appuie sur les liens établis au niveau international, national, provincial et communautaire et sur les contributions de ces paliers. L'intention est d'améliorer la santé au niveau communautaire aussi bien qu'individuel et de renforcer, à tous les niveaux, la capacité d'exploiter à long terme des programmes de santé cardiovasculaire. La figure 1.1 illustre le système de liaison qui étend au niveau national les dix programmes provinciaux de santé cardiovasculaire, les 35 secteurs de démonstration et les 150 communautés.

Figure 1.1 - Initiative canadienne en santé cardiovasculaire – le système de liaison



Niveau international

Lors de la conception globale de l'Initiative et de la définition de l'approche adoptée, les responsables de l'ICSC se sont beaucoup fondés sur l'expérience acquise au niveau international. Ils ont plus précisément cerné et étudié en profondeur cinq projets « exemplaires », y compris organisé des visites sur place par les CP des provinces. En s'appuyant ainsi sur les expériences et les leçons apprises à l'étranger, le Canada s'est positionné de manière à contribuer substantiellement au développement futur de la santé cardiovasculaire à l'échelle internationale. L'ICSC a par exemple apporté des contributions à de grandes conférences internationales, dont la Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire tenue à Victoria (1992), celle de Barcelone (1995), celle de Singapour (1998) et celle d'Osaka (2001), de même qu'à la 13^e Conférence nationale sur la prévention et le contrôle des maladies chroniques tenue à Atlanta en 1998.

Niveau national

Le gouvernement fédéral et les organismes nationaux ont joué des rôles essentiels dans l'élaboration et la mise en œuvre de l'ICSC. Le gouvernement, par l'entremise de Santé Canada (y compris du Programme national de recherche et développement en matière de santé, PNRDS), a versé des fonds pour l'étape de démonstration de l'Initiative, et les provinces ont versé les mêmes sommes en contrepartie. Le gouvernement fédéral a en outre fourni une aide technique

en effectuant des visites à chacun des centres provinciaux de démonstration, en organisant des ateliers sur les aspects techniques, la conception et la mise en œuvre d'un processus national d'évaluation, en créant la CCPSC et en jouant un rôle primordial dans la mise sur pied, le maintien et la diffusion d'une banque de données nationale à partir des enquêtes provinciales sur la santé cardiovasculaire. La Fondation des maladies du cœur du Canada a quant à elle assuré l'accès à un réseau de bénévoles et de partenaires potentiels, de même que le soutien de nature technique, stratégique et didactique.

L'un des aspects importants de la conception a été l'établissement de critères entourant la collaboration fédérale-provinciale et les accords de cofinancement. Les critères relatifs au cofinancement ont permis d'assurer l'application d'une approche axée sur la santé publique en matière de prévention des MCV, la mise sur pied d'une base de données sur les facteurs de risque provinciaux liés à la santé cardiovasculaire, l'évaluation du processus entourant les interventions ainsi que la création de partenariats et de coalitions afin d'appuyer la mise en œuvre de l'étape de démonstration. Un comité des sous-ministres fédéral et provinciaux de la Santé a défini des conditions applicables aux centres de responsabilité des provinces, prévoyant notamment la visite d'experts chargés de déterminer l'aptitude de chaque centre à s'acquitter de son mandat. Afin d'assurer un niveau élevé de collaboration et d'engagement de la part des multiples organismes de chaque province, ces conditions exigeaient en outre la création d'au moins une coalition par province et le versement de fonds de contrepartie équivalant à la contribution du gouvernement fédéral.

Niveau provincial

Chaque province a chargé un centre de responsabilité de surveiller la planification et la gestion de l'étape de démonstration. Étant donné que la majeure partie de l'activité canadienne en santé publique se déroule au sein des ministères provinciaux de la Santé, on prévoyait que ces derniers assumeraient le rôle de chefs de file dans la plupart des provinces. Dans certaines, les universités ont assumé ce rôle ou celui de collaborateurs clés.

Malgré le fait que chaque centre de responsabilité devait répondre aux critères nationaux (voir ci-dessus) avant de recevoir des fonds du gouvernement fédéral, les provinces jouissaient d'une très grande latitude quant à la façon de répondre à ces critères. Chacune a élaboré son propre plan énonçant les buts et objectifs de tous ses projets, les conditions applicables aux coalitions et aux projets de démonstration, les fondements théoriques des interventions sous forme de plans stratégiques ou de modèles logiques et les plans entourant le recrutement de partenaires pour les coalitions et les activités de projet. Bon nombre de centres de responsabilité ont entrepris des projets d'envergure provinciale.

Niveau communautaire

D'autre part, des projets étaient conçus à l'échelle locale afin de répondre aux besoins tout en respectant les conditions établies par chacun des programmes provinciaux. Au total, 259 projets de démonstration mis sur pied dans plus de 150 communautés ont contribué à une vague d'activités visant à combattre les MCV au Canada. Chaque projet était relié à un programme provincial de santé cardiovasculaire en vigueur dans l'un des 35 secteurs de démonstration et était supervisé par un chercheur principal appuyé d'une équipe intersectorielle multidisciplinaire.

Peu importe la stratégie choisie, la conception de l'ICSC exigeait que les centres de responsabilité des provinces jouent un rôle central dans la gestion des projets, particulièrement pour en assurer l'imputabilité et la viabilité et pour soutenir le renforcement de la capacité devant permettre aux initiatives en santé cardiovasculaire de se poursuivre au-delà des 15 années prévues de l'ICSC. Pour cette raison, on a encouragé les centres provinciaux responsables à adapter leurs programmes en misant sur les forces et l'expérience disponibles dans leur secteur de compétence.

Une approche axée sur la santé publique

Le système de santé publique du Canada varie d'une province à l'autre. Néanmoins, l'approche qui le sous-tend est la même partout. Elle a pour but d'améliorer la santé et la qualité de vie des Canadiens tout au long de leur existence. L'approche axée sur la santé publique possède plusieurs caractéristiques clés. Premièrement, ses activités visent l'ensemble de la population et les personnes affectées par une maladie évitable ou susceptibles de le devenir. Deuxièmement, l'approche a pour but de modifier l'environnement de manière à permettre aux gens d'adopter des comportements et de faire des choix de vie sains. Troisièmement, elle s'efforce de cerner les personnes malades ou qui

risquent de le devenir afin qu'elles puissent être traitées rapidement et recevoir le soutien nécessaire pour gérer leur état. Finalement, l'approche axée sur la santé publique met l'accent sur la collaboration intersectorielle en tant que moyen de créer des milieux favorisant la santé cardiovasculaire. C'est sur cette approche que repose l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire.

Un modèle de partenariat

Les partenariats sont un ingrédient essentiel de l'Initiative. Le tableau 1.1 met en lumière les principaux partenariats conclus dans le cadre de l'ICSC. Ces partenariats ont facilité la mise en œuvre de l'Initiative et mené à la création d'un réseau d'organismes à même d'en assurer la viabilité après l'achèvement de son mandat de 15 ans. Les partenariats se sont également avérés essentiels à la réalisation des buts liés au renforcement de la capacité, tels que décrits aux présentes. Ainsi, la mise sur pied de coalitions provinciales a jeté les bases de l'accroissement du nombre et du type d'organismes contribuant aux activités en santé cardiovasculaire.

Tableau 1.1 – Principaux partenariats dans le cadre de l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire

Principaux partenaires	Rôles clés
Ministères provinciaux de la Santé	<ul style="list-style-type: none"> • Planifier, mettre en œuvre et évaluer les programmes provinciaux de santé cardiovasculaire. • Verser des fonds de contrepartie pendant toute la durée de l'Initiative. • Fournir du soutien technique aux communautés où se déroulent des projets de démonstration. • Mettre sur pied des coalitions provinciales et communautaires.
Santé Canada et PNRDS	<ul style="list-style-type: none"> • Verser des fonds de contrepartie. • Fournir du soutien technique et stratégique aux programmes provinciaux de santé cardiovasculaire. • Organiser des études scientifiques. • Coordonner les contributions à la recherche.
CCPSC (Conférence des chercheurs principaux en santé cardiovasculaire)	<ul style="list-style-type: none"> • Effectuer des recherches. • Évaluer l'étape de démonstration. • Alimenter les bases de données nationales.
Coalitions provinciales	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir, gérer ou coordonner les activités provinciales de démonstration.
Fondation des maladies du cœur du Canada et des provinces	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer le soutien de bénévoles. • Fournir des ressources techniques et didactiques. • Fournir du soutien stratégique. • Assurer l'accès à des bénévoles et à des partenaires potentiels.

Développement et transmission des connaissances

Dès le départ, l'ICSC a reconnu la nécessité d'effectuer des recherches liées à la mise en œuvre et d'assurer le transfert de la technologie (c.-à-d. du savoir, des outils et des compétences) entre les paliers national, provincial et communautaire ainsi qu'entre les secteurs bénévole, professionnel et universitaire. Le financement versé aux programmes provinciaux de démonstration par le gouvernement fédéral dans le cadre du PNRDS de Santé Canada dépendait de l'examen des activités de ces programmes par des experts scientifiques au moyen de visites sur place, d'ateliers et de consultations sur des sujets précis. Le cadre de l'étude scientifique a été énoncé dans le rapport *Promotion de la santé cardiovasculaire au Canada* (1987), dans les *Evaluation Guidelines for Heart Health* (Stachenko, 1991) et dans *Positioning CINDI to Meet the Challenges on integrated approaches to non-communicable disease prevention* (Organisation mondiale de la santé, 1992). De même, les premiers travaux effectués, aussi bien aux États-Unis qu'en Europe, en matière de prévention des MCV ont servi de fondement à l'approche axée sur les études d'experts adoptée par l'ICSC. Les visites effectuées sur les lieux des projets par des experts nationaux et internationaux, particulièrement aux États-Unis, ont joué un rôle clé dans le transfert de la technologie aux programmes provinciaux. L'étude scientifique des programmes provinciaux de santé cardiovasculaire a permis de

mesurer l'imputabilité des programmes, a renforcé la crédibilité de l'ICSC et a contribué à la viabilité des programmes et des projets au-delà de l'étape de démonstration.

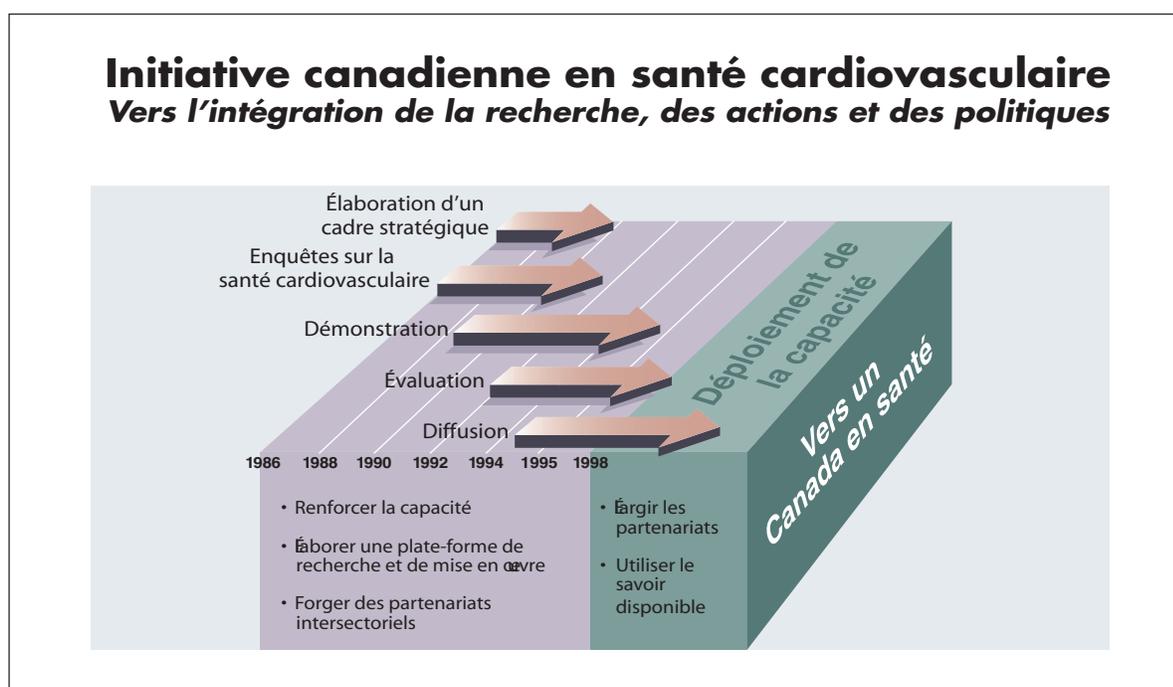
Grâce à ces processus de consultation d'experts, l'expérience internationale accumulée jusqu'ici a été « transférée » aux principaux intervenants de l'ICSC, qui s'en sont servi pour créer les programmes provinciaux de santé cardiovasculaire. L'Unité de prévention des MCV de Santé Canada a contribué à ce paradigme en organisant des ateliers de transfert du savoir à l'intention des CP des programmes provinciaux de santé cardiovasculaire. Ces ateliers portaient notamment sur la réalisation d'enquêtes sur la santé de la population (enquêtes provinciales sur la santé cardiovasculaire), sur l'élaboration et la mise en œuvre de cadres d'évaluation et sur les concepts et approches efficaces en matière de mobilisation et de développement de la communauté.

En outre, le CHHDBC a été créé à la faculté de médecine de l'Université Memorial, à Terre-Neuve, en collaboration avec l'Unité de prévention des MCV de Santé Canada. Le CHHDBC a fourni aux CP les outils et le soutien technique nécessaires pour mener à bien la recherche épidémiologique et l'étude d'évaluation. La Division des enquêtes sociales de Statistique Canada a fourni l'expérience statistique requise en conception d'enquêtes et en analyse de données d'enquête complexes.

Une approche planifiée, par étapes

La figure 1.2 illustre les cinq étapes distinctes, mais imbriquées, de l'ICSC.

Figure 1.2 – Étapes de l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire



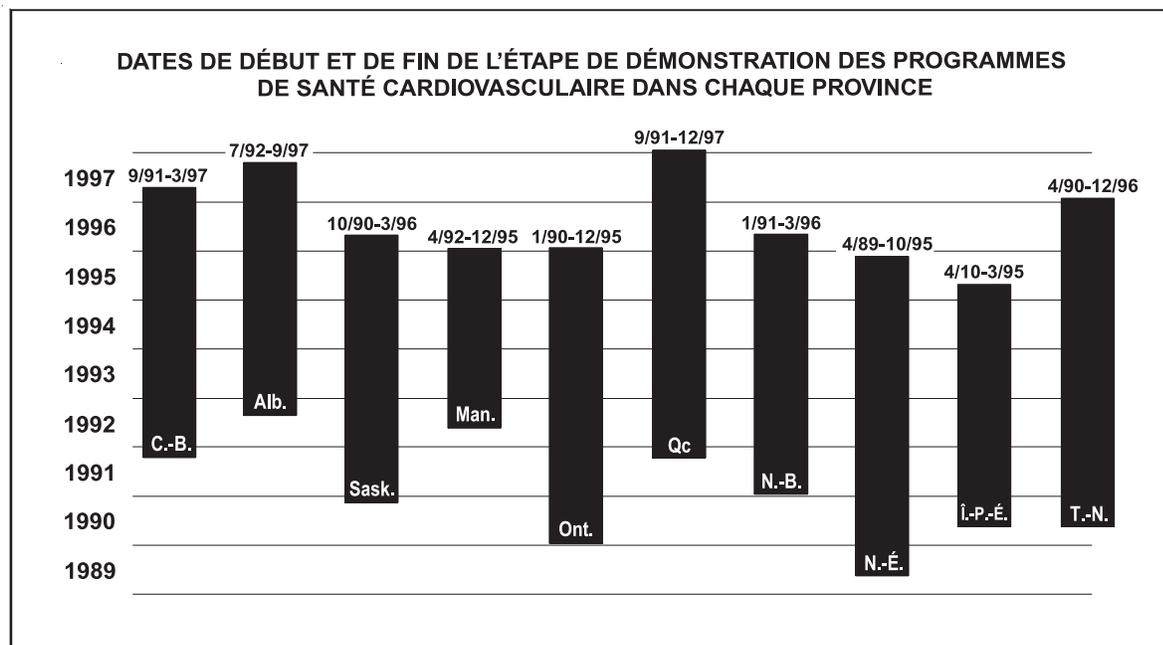
Étape I. Élaboration d'un cadre stratégique – Un groupe de travail fédéral-provincial a mené des consultations auprès de dizaines d'organismes afin d'établir, par voie de consensus, un cadre stratégique définissant les proportions épidémiques des MCV au Canada; il a présenté une approche axée sur la santé publique en guise de moyen le plus indiqué de régler la situation (*Promotion de la santé cardiovasculaire au Canada, 1987*).

Étape II. Enquêtes provinciales sur les facteurs de risque liés à la santé cardiovasculaire – Entre 1986 et 1992, les ministères provinciaux de la Santé ont mené à bien des enquêtes sur la santé cardiovasculaire dans les dix provinces.

Ces enquêtes ont été conçues, réalisées et analysées de manière à assurer l'uniformité et la comparabilité nécessaires au niveau national tout en veillant à répondre aux besoins en matière d'information de chacune des provinces. Elles visaient à recueillir des données sur les risques, de même que sur la tension artérielle, les taux de cholestérol dans le sang, l'anthropométrie et les habitudes de vie. Elles ont également permis de recueillir des données sur les connaissances et la sensibilisation aux causes et aux conséquences des maladies cardiaques. De plus, elles étaient conçues pour élargir, développer et renforcer encore davantage le réseau de professionnels et de bénévoles intéressés et bien informés des divers secteurs et administrations ainsi que pour accroître leur capacité à comprendre et à aborder les conséquences des MCV.

Étape III. Démonstration – Une fois terminées les enquêtes sur la santé cardiovasculaire, les provinces ont tourné leur attention vers la planification de projets de démonstration. Ces projets ont d'abord été entrepris afin d'établir la faisabilité d'adopter une approche axée sur la santé publique au niveau communautaire. Les résultats d'enquête ont aidé chacune des provinces à définir ses propres buts et priorités et ils ont accru la sensibilisation et l'intérêt vis-à-vis de l'étape de démonstration de l'ICSC. Étant donné que les enquêtes n'ont pas toutes pris fin au même moment, le calendrier de l'étape de démonstration varie d'une province à l'autre. Cette approche flexible a favorisé la réalisation des objectifs provinciaux et nationaux. La figure 1.3 illustre le calendrier de l'étape de démonstration pour chaque province, à l'intérieur du cadre plus vaste, d'une durée de neuf ans, de l'ensemble de l'étape (1989-1998).

Figure 1.3 – Durée de l'étape de démonstration, par province



Étape IV. Évaluation – L'évaluation du processus entourant l'étape de démonstration avait pour objet de documenter les ressources consacrées à chaque projet de démonstration ainsi que les résultats qu'ils ont produit, afin de mieux comprendre l'application d'une approche axée sur la santé publique en matière de prévention des MCV. L'étape de démonstration comportait des activités de surveillance et d'évaluation – la conception, la collecte et l'analyse étant assurées conjointement par les principaux intervenants, au niveau national, provincial et communautaire ou du projet.

Étape V. Diffusion – L'étape finale de l'ICSC vise à accroître les connaissances afin de veiller à ce que toutes les compétences (fédérale, provinciales et communautaires) puissent mettre en œuvre les interventions et les programmes de santé cardiovasculaire. Elle prévoit notamment l'étude des processus et des variables qui facilitent ou entravent l'adoption des interventions. En fait, la diffusion est un prolongement du processus de renforcement de la capacité au sein des institutions et organismes des divers paliers de gouvernement et des secteurs privé et bénévole. Essentielle au

succès global de l'ICSC, cette étape sert de tremplin à la mise en œuvre plus générale, à grande échelle, de l'Initiative visant à améliorer la santé cardiovasculaire des Canadiens.

L'étape de démonstration de l'ICSC

Programmes provinciaux de démonstration

Les dix programmes provinciaux de démonstration ont constitué le pivot de l'ICSC. Conformément à l'intention générale de l'Initiative, ces programmes visaient deux objectifs : planifier, mettre en œuvre et évaluer des projets qui renforcent la capacité au chapitre de la santé cardiovasculaire, et mener à bien des recherches à l'appui de la mise en œuvre.

Les programmes devaient répondre à une série de critères pour obtenir des fonds du gouvernement fédéral : doubler les contributions gouvernementales; procéder à des évaluations scientifiques des divers volets du programme de démonstration; créer des coalitions et des partenariats pour la mise en œuvre des projets de démonstration, et utiliser une approche communautaire axée sur la santé publique vis-à-vis de la prévention des MCV. Ces critères étaient suffisamment flexibles pour permettre de répondre aux besoins provinciaux et locaux ainsi qu'assurer la meilleure utilisation possible de l'expérience et des ressources disponibles dans chaque province. Le fait que les provinces aient été libres de concevoir l'éventail d'interventions approprié pour répondre à leurs priorités a donné lieu à l'élaboration de dix protocoles provinciaux distincts en matière de santé cardiovasculaire et d'une riche variété de processus desquels tirer des leçons pour la mise en œuvre. Ces processus incluent des approches de gestion, des modèles conceptuels et des méthodes de sélection des projets de démonstration et des communautés dans lesquelles les mener à bien. Ils sont décrits brièvement ci-après.

Approche et style d'organisation et de prestation. Certains programmes provinciaux ont adopté une approche centralisée vis-à-vis de la gestion, une équipe provinciale jouant à la fois le rôle de gestionnaire et d'agent de prestation. D'autres ont opté pour une approche décentralisée, créant des centres de responsabilité chargés d'administrer un certain nombre de projets de démonstration.

Modèles conceptuels. Chaque programme provincial de santé cardiovasculaire a fait appel à plusieurs théories sociales et comportementales afin d'élaborer un cadre conceptuel pour la conception et la prestation de son programme de démonstration. Toutes les provinces sont parties d'un modèle provenant d'autres initiatives ou domaines qui leur semblait adapté à leurs propres structure, capacité et ressources et l'ont modifié afin qu'il réponde mieux à leurs besoins locaux. L'une d'elles, par exemple, a choisi le modèle PRECEDE/PROCEED (Green, Kreuter 1991). PRECEDE est le concept de prédisposition, de renforcement et de validation utilisé en évaluation pédagogique et il est aussi l'élément premier du cadre de planification de la promotion de la santé. PROCEED est le concept stratégique, réglementaire et organisationnel utilisé en développement pédagogique et environnemental et forme le deuxième élément du cadre de planification de la promotion de la santé.

Sélection des projets de démonstration. Les approches adoptées par les provinces pour sélectionner les projets de démonstration sont également variées, tout comme le nombre de projets menés à bien dans chacune. Ainsi, trois provinces ont demandé des propositions à des organismes particuliers en vue de réaliser certains de leurs buts précis. Les sept autres ont lancé des demandes de propositions à l'échelle provinciale. En outre, certaines administrations provinciales ont choisi d'énoncer des buts précis à atteindre, tandis que d'autres ont sollicité des idées innovatrices sur la façon d'aborder les questions de santé définies. Bien que tous les programmes provinciaux aient fait appel à une quelconque collaboration de la part des éventuels participants aux projets de démonstration, l'ampleur de cette collaboration a beaucoup varié d'une province à l'autre. Celles-ci ont également abordé la sélection des projets de diverses façons. Par exemple, quatre ont sollicité des contributions financières auprès des organismes qui réaliseraient le projet, six ont demandé aux responsables des projets de signer des ententes écrites et un bon nombre ont défini des conditions relatives au financement et à la responsabilité prévoyant entre autres le respect d'un plan annuel et l'affectation de 10 % des fonds du projet à son évaluation.

Dans bien des provinces, les critères de participation étaient avant tout axés sur la mesure dans laquelle le projet pouvait mener à bien avec succès les activités prévues. Cette capacité était mesurée de diverses façons, selon, par exemple, le degré de planification communautaire déjà en cours, ou encore la disponibilité de ressources, d'expérience et de soutien administratif au sein de la communauté. Une direction solide était considérée comme le principal critère de sélection dans certaines provinces, alors que d'autres ont recherché un éventail de projets qui reflète la composition de leurs communautés géographiques, économiques, culturelles et linguistiques.

Encadré 1.1 – Coalitions provinciales

L'un des grands objectifs de l'ICSC consistait à développer la capacité nécessaire pour offrir à long terme des programmes de santé cardiovasculaire. Pour cette raison, les coalitions ont constitué un élément essentiel de la conception de l'Initiative, comme le reflètent les critères établis en ce qui a trait à la prestation des programmes et au financement de source fédérale. Chaque programme provincial devait créer au moins une coalition provinciale; toutes ne sont cependant pas devenues pleinement fonctionnelles. Beaucoup de programmes ont en outre exigé que des coalitions soient formées au niveau communautaire afin de gérer, de réaliser ou de contribuer autrement aux projets de démonstration. Au total, 41 coalitions ont vu le jour : huit au niveau provincial et 33 au niveau infraprovincial.

Dès le départ, le rôle des coalitions provinciales a varié considérablement et dans bien des cas, l'objet et la nature de leur travail a évolué à mesure que croissait le programme provincial. Ainsi, une coalition a commencé par fournir des conseils en matière de planification stratégique au programme provincial, pour ensuite, avec le temps, prendre en charge des activités plus pratiques.

La composition des coalitions variait beaucoup, en grande partie à cause des efforts déployés au niveau provincial pour relier les organismes pouvant améliorer et renforcer le programme et les projets de démonstration, de même qu'accroître la capacité de poursuivre ultérieurement le travail de collaboration. Chaque coalition est formée d'organismes des secteurs public, privé et bénévole dont les mandats varient grandement : mentionnons à titre d'exemples l'intervention au niveau local et provincial en faveur de politiques de soutien, l'acquisition de ressources communautaires, privées et gouvernementales pour les activités de développement et de mise en œuvre, l'établissement de priorités de programme et la prestation des programmes.

L'évaluation du processus constitue une tentative préliminaire en vue de documenter les investissements effectués dans la santé cardiovasculaire. Les coûts directs et indirects sont estimatifs; ils incluent les contributions financières et non financières des organismes. L'étape de démonstration a attiré des contributions financières et autres d'un éventail diversifié d'organismes. Au total 36 millions de dollars ont été versés durant les six années de cette étape. Trois-cent onze (311) projets au total ont été mis sur pied à travers le Canada entre 1989 et 1995 dans le cadre de dix programmes provinciaux et de 35 programmes communautaires. Comme l'illustre le tableau 2.1, ces ressources étaient destinées aussi bien aux coûts directs des projets de démonstration (23,5 millions de dollars, ou 65 % du total des contributions) qu'aux coûts indirects liés à l'administration générale des 311 projets ou aux activités de recherche, d'évaluation et d'élaboration de programme (12,5 millions de dollars, ou 35 % du total des contributions). La plupart des projets de démonstration (259 sur 311) étaient de niveau communautaire et les autres, soit cinquante-deux, étaient de portée provinciale. Leur taille varie, tel que mesuré par les coûts qui s'y rattachent.

Tableau 2.1 – Contributions financières et non financières (valeur en espèces), selon la source et l'affectation des coûts directs et indirects de l'étape de démonstration de l'ICSC (1989-1995)

Source	Contribution (\$)	Affectation des coûts	Coûts (\$)
<i>Ministères provinciaux de la Santé –</i>		<i>Coûts directs des projets –</i>	
Contribution totale ¹	16 710 000	Coûts totaux	23 696 000
Espèces	13 625 000	Programmes communautaires	13 470 000
Valeur en espèces des années-personnes	3 085 000	Programmes provinciaux	10 226 000
<i>Santé Canada –</i>		<i>Coûts indirects (non liés au projet) –</i>	12 695 000
Contribution totale ¹	8 840 000	Coûts totaux	
PNRDS ² (en espèces)	7 316 000	Recherche, évaluation et élaboration	9 699 000 ⁴
Unité de prévention des MCV	1 200 000	de programme	
Autre – Santé Canada (en espèces)	324 000	Administration générale	2 996 000
<i>Autres sources –</i>			
Contribution totale ¹	10 897 000		
Non financière (valeur en espèces)	8 631 000		
Espèces	2 266 000		
<i>Total, de toutes les sources</i>	36 447 000 ³	<i>Total, coûts directs et indirects</i>	36 391 000 ³

¹ Inclut les contributions en espèces et la valeur en espèces des contributions non financières. ² Programme national de recherche et développement en matière de santé. ³ L'écart des les « totaux » est attribuable aux modes différents de présentation de l'information sur les revenus et les dépenses ainsi qu'à l'estimation des valeurs en espèces. ⁴ Exclut les projets de démonstration en recherche et évaluation, qui sont inclus dans les coûts directs.

Près de la moitié de l'ensemble des contributions (46 %) ont été versées par les dix ministères provinciaux de la Santé. La contribution de neuf millions de dollars de Santé Canada représente le quart du total des ressources (24 %). Selon les modalités définies par le PNRDS, chaque province devait « doubler » les sommes versées par le Programme, au dollar près. En fait, le rapport entre le financement assuré par les provinces (17 millions de dollars) et celui venant du PNRDS (7 millions de dollars) est beaucoup plus élevé, de près de 2.3 :1. Les contributions provenant de sources autres que les gouvernements fédéral et provinciaux se sont chiffrées à 11 millions de dollars, ce qui représente 30 % de l'ensemble des contributions. Les quatre cinquièmes (près de 9 millions de dollars) des contributions n'étaient pas de nature financière. On retrouve parmi les organismes de cette catégorie des organisations non gouvernementales (ONG) vouées ou non à la santé, comme la Fondation des maladies du cœur du Canada et la Société canadienne du cancer.

Buts du programme de démonstration

Dans chacune des provinces, des buts ont été fixés au niveau provincial et communautaire. Aux deux niveaux, l'étape de démonstration visait à susciter des changements au sein du système de santé (p. ex., partenariats, élaboration de politiques, infrastructure), dans le milieu social et physique ainsi que sur le plan de l'état de santé et des comportements liés à la santé. Le tableau 2.2 illustre les catégories de buts fixés par les programmes provinciaux pour les programmes de démonstration de niveau provincial ou communautaire. Les programmes d'envergure provinciale avaient tendance à mettre l'accent sur le renforcement de la capacité organisationnelle, l'élaboration de politiques et la diffusion. Quant aux programmes de portée communautaire, ils étaient davantage axés sur les partenariats communautaires, la mise en œuvre ainsi que les changements sur les plans de la sensibilisation, des connaissances et du comportement.

Tableau 2.2 – Types de buts fixés par les programmes de démonstration de l'ICSC

Types de buts	Programmes conçus au	
	niveau provincial (n = 10) (%)	niveau communautaire (n = 35) (%)
<i>Buts du système</i>		
Partenariats ou collaboration avec la communauté	70	94
Mise en œuvre de programmes	50	71
Viabilité	40	37
Renforcement de la capacité organisationnelle	50	26
Élaboration de politiques	50	23
Développement de l'infrastructure	30	34
Mobilisation des ressources	30	29
Diffusion	40	9
Renforcement de la capacité individuelle	10	17
Gestion	20	3
Un ou plusieurs de ces buts	80	100
<i>Buts liés au milieu social ou physique</i>		
Préoccupation ou intérêt pour des questions liées à la santé cardiovasculaire	60	69
Modifications du milieu social ou physique	50	46
Un ou plusieurs de ces buts	80	77
<i>Buts liés à la santé</i>		
Modification du comportement	50	71
Changements sur le plan de la sensibilisation et des connaissances	30	71
Changements dans les facteurs de risque	50	46
Changements au niveau de la morbidité et de la mortalité	30	29
Un ou plusieurs de ces buts	70	80

Contributions en années-personnes

Les contributions en ressources humaines aux programmes de santé cardiovasculaire englobent le personnel affecté aux programmes et les contributions des bénévoles et organismes participants.

Personnel rémunéré des programmes de santé cardiovasculaire

Le tableau 2.3 indique le nombre d'années-personnes affectées au personnel rémunéré des programmes de santé cardiovasculaire durant l'étape de démonstration. Les deux principaux types d'emplois utilisés sont ceux des catégories de la gestion et de l'évaluation.

Tableau 2.3 – Nombre d’années-personnes affectées à l’étape de démonstration de l’ICSC, selon le type d’emploi¹. (1989-1995)

Types d’emplois	Nombre d’années-personnes ²
Personnel de gestion (p. ex., coordonnateurs de projet)	116
Chercheurs / Évaluateurs	80
Personnel administratif et de bureau	56
Spécialistes de la mobilisation et du développement de la communauté	26
Gestionnaires et coordonnateurs du personnel bénévole	22
Spécialistes en nutrition (p. ex., diététistes, nutritionnistes)	7
Agents des communications	7
Étudiants (rémunérés)	1

¹ À l’exclusion des bénévoles ² Temps partiel calculé comme mi-temps

Contributions non financières en personnel

Le tableau 2.4 illustre les années-personnes fournies à titre de contribution non financière au cours de l’étape de démonstration. Le total avancé de 211 années-personnes est une sous-estimation du nombre réel, étant donné que moins de la moitié des organismes (43 %) ont fourni de l’information utile sur leurs contributions en ressources humaines. Néanmoins, il est clair que le secteur provincial de la santé est celui qui a consacré le plus d’années-personnes à la réalisation de cette étape. Les cent quarante-quatre (144) années-personnes qu’il a fournies au total (68 %) laissent supposer que les programmes provinciaux de santé cardiovasculaire ont réussi à mobiliser des ressources du secteur afin de participer aux projets de démonstration et d’en assurer la direction. Fait intéressant, le secteur privé a fourni un nombre assez élevé d’années-personnes pour l’étape de démonstration. Bien que sa contribution totale ne représente que 8 % du total, elle est légèrement plus élevée que celle des organismes bénévoles. Le tableau 2.4 n’inclut pas le temps consacré par des bénévoles à l’étape de démonstration, mais il importe de souligner que les bénévoles ont joué un rôle important dans la réalisation des projets de démonstration; on estime qu’ils y ont consacré 10 000 heures à s’acquitter de divers rôles.

Tableau 2.4 – Années-personnes fournies par les organismes effectuant des contributions non financières à l’ICSC, selon le type d’organisme (1989-1995)

Types d’organismes	Estimation du nombre d’années-personnes fournies ^{1,2}
<i>Gouvernement – provincial, municipal ou régional</i>	
Secteur de la santé	144
Autre secteur	12
<i>Gouvernement – fédéral – Santé Canada</i>	
PNRDS	< 1
Unité de prévention des MCV	< 1
Autre	5
<i>Organismes bénévoles³</i>	16
<i>Secteur privé (à l’exclusion des médias)</i>	17
<i>Autres</i>	
Établissements universitaires, scientifiques, de recherche	9
Organismes ou associations professionnelles (en santé)	4
Associations professionnelles et corporations (autres qu’en santé)	3
Médias	< 1
<i>Total</i>	211

¹ À l’exclusion des bénévoles ² Estimation prudente fondée sur un taux de réponse de 43 %

³ Inclut les organismes de santé et autres

Utilisation des ressources

Le tableau 2.5 livre un aperçu de l'utilisation faite des contributions. Pratiquement tous les types d'organismes ont participé à la prestation des programmes. Des conseils techniques ont également été fournis par divers organismes, bien que le type de conseils ait varié considérablement. Santé Canada, par exemple, a apporté divers types de contributions : conseils techniques; mise sur pied de coalitions; recherche et évaluation. Ce dernier point incluait des contributions à la recherche et des lignes directrices entourant l'évaluation, de même que des visites à tous les programmes provinciaux de démonstration en santé cardiovasculaire. Les ministères provinciaux et les services municipaux de la santé ont également organisé et accueilli un certain nombre de conférences visant à inculquer aux dirigeants de programme les connaissances techniques requises pour en gérer tous les aspects, de la planification stratégique initiale à la planification et la gestion opérationnelles, la comptabilité et l'évaluation. Les programmes provinciaux ont de plus fourni du soutien technique, y compris de la formation à l'intention du personnel et des bénévoles des projets de démonstration.

Le tableau 2.5 montre aussi les contributions non financières reçues de diverses sources, dont le secteur privé, sous forme de soutien des activités de promotion.

Tableau 2.5 – Configuration des principales¹ fonctions et contributions non financières à l'étape de démonstration de l'ICSC, selon le type d'organisme et le type de fonction et de contribution² (1989-1995)

Type d'organisme	Type de fonction exercée par l'organisme					Type de contribution non financière			
	Prestation de programme	Accès à des groupes cibles	Conseils techniques	Engagement au sein d'une coalition	Recherche et évaluation	Soutien à la promotion	Espace pour les réunions	Matériel pédagogique	Déplacements
<i>Gouvernement fédéral</i>									
PNRDS									
Santé Canada									
Autre									
<i>Gouvernement provincial, régional ou municipal</i>									
Secteur de la santé									
Autre secteur									
<i>Fondation des maladies du cœur</i>									
<i>Secteur privé (à l'exclusion des médias)</i>									
<i>Autres</i>									
Établissements universitaires, scientifiques, de recherche									
Organismes ou associations professionnelles (en santé)									
Associations professionnelles et corporations (autres qu'en santé)									
Médias									
Organismes bénévoles									
Santé									
Autres domaines									

¹ Les principales contributions incluent les contributions discrétionnaires effectuées par une catégorie d'organismes. Un crochet () signifie que 40 % ou plus des organismes ont fait ce type de contribution. ² Exclut les contributions financières.

Le présent chapitre renferme un aperçu de la portée et de la nature des projets de démonstration en santé cardiovasculaire, y compris des stratégies utilisées, des groupes cibles, des facteurs de risque abordés et du cadre d'exécution des projets, de même que des dépenses qui s'y rattachent. On y résume les principaux résultats liés au renforcement de la capacité ainsi que l'incidence des projets sur l'aptitude des communautés à mettre sur pied et à poursuivre à long terme des initiatives en santé cardiovasculaire. Cela est conforme à la vocation première de l'étape de démonstration, qui consistait à mettre en place l'infrastructure propre à soutenir la santé cardiovasculaire à l'échelon communautaire, mais non les projets individuels, qui ont inévitablement une durée définie.

Les projets de démonstration

Stratégies

Comme l'indique le tableau 3.1, beaucoup plus de la moitié (59 %) des 311 projets réalisés ont mis l'accent sur la sensibilisation du public en tant que *stratégie primaire* pour aborder les facteurs de risque associés aux MCV. Beaucoup moins de projets ont déclaré que leur but premier était la mobilisation de la communauté (17 %), l'adoption d'une politique publique favorisant la santé (9 %); le renforcement des services de santé préventifs (9 %), la recherche et l'évaluation (3 %) ou la prise en charge du système de santé publique (3 %).

Tableau 3.1 – Nombre, pourcentage et valeur monétaire totale¹ des projets de démonstration de l'ICSC, selon la stratégie primaire utilisée (1989-1995)

Stratégie primaire	Nombre de projets (n = 311)	% du nombre total de projets	Valeur monétaire totale ^{1,2} (\$)	% de la valeur monétaire de tous les projets ³
Mobilisation de la communauté	52	17	4 633 000	13
Politique publique favorisant la santé	29	9	4 403 000	12
Prise en charge du système de santé publique	8	3	621 000	2
Recherche et évaluation	9	3	2 050 000	6
Renforcement des services de santé préventifs	28	9	2 240 000	6
Sensibilisation du public	185	59	22 444 000	62
Total	311	100	36 391 000	100 ⁴

¹ Inclut les coûts directs et les coûts indirects. ² Calcul fondé sur la pondération proportionnelle des projets ayant fourni de l'information financière (n=118) ³ Fondé sur la valeur totale pondérée ⁴ Les chiffres ayant été arrondis, leur somme ne correspond pas nécessairement au total indiqué.

Les dépenses rattachées aux projets en santé cardiovasculaire correspondaient de très près à la répartition des projets, près des deux-tiers (62 %) du total de 36 391 000 \$ étant consacrés à des initiatives de sensibilisation du public (voir le tableau 3.1). Soulignons que les données recueillies ne permettaient pas d'analyser quels types de projets ou de stratégies s'avéraient plus ou moins coûteux à utiliser. Cependant, les dépenses moyennes ont été d'environ 117 000 \$ par projet, malgré les grandes variations dans la taille de ceux-ci. Il importe de souligner que ce coût moyen par projet inclut aussi bien les coûts directs que les coûts indirects (non liés au projet), tels qu'énumérés dans le tableau 2.1; cela signifie, en termes pratiques, que le coût moyen d'un projet englobe aussi bien les dépenses associées au renforcement de la capacité et au développement de l'infrastructure (coûts indirects) que les sommes qui y sont affectées directement (coûts directs).

La sensibilisation du public a constitué une importante stratégie primaire pour tous les grands facteurs de risque.

La sensibilisation du public a été utilisée comme stratégie primaire dans le cadre de tous les projets abordant l'un des trois plus grands facteurs de risque : le tabagisme, l'activité physique et la nutrition. L'accent placé sur la sensibilisation du public reflète le stade peu avancé des projets, étant donné qu'elle est importante pour faire davantage connaître la santé cardiovasculaire en tant que question de santé publique. Beaucoup de projets comportaient des activités de diffusion d'information, le plus souvent dans les journaux et sur les ondes de la télévision locale par câble. Des sources médiatiques « privées », telles les journaux scolaires ou les bulletins de projet, ont également été utilisées.

Bien que la plupart des initiatives de sensibilisation du public aient visé l'ensemble de la population, un certain nombre de groupes responsables de projets, travaillant souvent dans le cadre de coalitions ou de partenariats communautaires, se sont employés à concevoir des ressources d'information du public répondant aux besoins de sous-groupes particuliers de la population (p. ex., les femmes, les enfants d'âge scolaire, les communautés agricoles, les populations rurales). D'autres initiatives d'accroissement de la sensibilisation incluaient des programmes d'encouragement ou de reconnaissance.

D'autres stratégies de projet ont mis l'accent sur la mobilisation de la communauté, les politiques publiques et les services de santé préventifs.

Une approche axée sur la population nécessite la mobilisation de divers secteurs. Dix-sept pour cent des projets ont fait appel à la mobilisation et au développement communautaires en tant que stratégie primaire pour rejoindre les groupes cibles. Les organisateurs ont eu recours à des initiatives comme les programmes communautaires de subventions, dans le cadre desquelles des groupes demandaient de petites subventions pour mettre sur pied des activités de promotion de la santé cardiovasculaire à l'intention de leurs propres membres, de même que des programmes de bien-être au travail ayant pour objet d'encourager les employés à évaluer leurs propres besoins liés à la santé cardiovasculaire et à concevoir des programmes d'action appropriés.

Neuf pour cent des projets ont utilisé les politiques publiques favorisant la santé comme principale stratégie pour aborder les questions de santé cardiovasculaire. Parmi les initiatives mises de l'avant, mentionnons l'élaboration de politiques scolaires, la rédaction d'un règlement sur l'assainissement de l'air et sa présentation au conseil municipal et l'encouragement des choix d'aliments santé dans les restaurants et les cafétérias. Dans une communauté, les organisateurs du projet ont rédigé des résolutions entourant l'élaboration d'un règlement détaillé sur l'usage du tabac et ont prôné l'adoption d'une loi sur le sujet auprès des trois paliers de gouvernement. Leurs activités d'intervention ont notamment consisté à assister à des réunions avec le ministre fédéral de la Santé, à livrer des présentations au Comité permanent sur le projet de loi 199, aux conseils municipaux et aux organismes locaux et à appuyer un document présenté par la municipalité au ministre de la Santé afin de lui demander de l'aide pour les initiatives de prévention de l'usage du tabac.

Un défi familial

Le défi familial « passeport santé cardiovasculaire » a fait appel à une approche prévoyant de multiples activités pour encourager les membres des familles à se familiariser ensemble avec les facteurs de risque de MCV. Après avoir accompli l'éventail d'activités décrites dans leurs passeports, les participants recevaient du matériel de suivi, des aimants pour le réfrigérateur et d'autres renseignements sur la façon de passer à l'action.

Une approche multidisciplinaire

L'une des interventions communautaires avait pour but d'assurer la formation continue de professionnels de la santé engagés dans la promotion de la santé cardiovasculaire. L'initiative, qui comportait quatre séances d'information de deux heures offertes durant quatre semaines consécutives, faisait appel à une approche multidisciplinaire et s'adressait à de petits groupes de médecins, d'infirmières, de pharmaciens, de professionnels en loisir, d'éducateurs en santé, de diététistes et de travailleurs sociaux. L'un des avantages à long terme du projet a été l'établissement d'une collaboration interdisciplinaire permanente.

Un autre 9 % des projets ont adopté comme stratégie primaire le renforcement des services de santé préventifs. Ces projets ont consisté, par exemple, à fournir des ressources et des services de consultation en milieu de travail, à former des bénévoles pour qu'ils dispensent des programmes et des tests liés à la santé cardiovasculaire et à lancer un modèle de formation en développement communautaire puis à offrir cette formation à divers endroits de la province. Soulignons que de nombreux projets comportaient des volets recherche et évaluation, mais que très peu étaient classés en tant que projets de recherche et d'évaluation (voir le tableau 3.1).

Près de la moitié des projets ont fait appel à la mobilisation communautaire en guise de stratégie secondaire.

On demandait aux répondants d'identifier les *stratégies secondaires* employées pour chaque projet. Comme l'illustre le tableau 3.2, près de la moitié (47 %) ont déclaré que leur stratégie secondaire avait été la mobilisation de la communauté, montrant qu'il s'agit là d'un élément essentiel de la prestation de programmes de santé cardiovasculaire. Parmi les initiatives de mobilisation mises de l'avant, mentionnons par exemple les activités inaugurales et autres de la semaine « Canada en forme » – ou l'étéACTIF – visant à renforcer le soutien communautaire de l'activité physique et des activités encourageant les membres de la communauté à faire quelque chose au sujet du tabagisme. En plus d'être la stratégie primaire dominante, la sensibilisation du public a été mentionnée comme stratégie secondaire dans 19 % des projets; le renforcement des services de santé préventifs l'a été dans 5 % des cas et la prise en charge de la santé publique, dans 8 %.

Tableau 3.2 – Nombre de projets de démonstration de l'ICSC, selon la stratégie primaire et la stratégie secondaire utilisées (1989-1995)

Stratégie primaire	Stratégie secondaire							Nombre total de projets	% du nombre total de projets
	Sensibilisation du public	Mobilisation de la communauté	Politique publique favorisant la santé	Renforcement des services de santé préventifs	Recherche et évaluation *	Prise en charge du système de santé publique	Aucune		
Sensibilisation du public	-	121	11	10	-	7	36	185	59
Mobilisation de la communauté	37	-	1	4	-	6	4	52	17
Politique publique favorisant la santé	10	11	-	1	-	5	2	29	9
Renforcement des services de santé préventifs	9	10	-	-	-	4	5	28	9
Recherche et évaluation	-	-	-	1	-	2	6	9	3
Prise en charge du système de santé publique	3	4	-	-	-	-	1	8	3
Nombre total de projets	59	146	12	16	-	24	54	311	100
% du nombre total de projets	19	47	4	5	-	8	17	100	

*Le système de collecte de données utilisé ne permettait pas d'obtenir des renseignements sur la recherche et l'évaluation en tant que stratégie secondaire.

Facteurs de risque

La grande majorité des projets de démonstration en santé cardiovasculaire portaient sur les facteurs de risque comportementaux associés aux MCV plutôt que sur les facteurs physiologiques tels le cholestérol. On peut attribuer cela en grande partie à l'orientation du programme de santé publique, qui met l'accent sur une approche axée sur la prévention primaire.

La plupart des projets abordaient plus d'un facteur de risque.

Conformément à la conception globale de l'étape de démonstration (fondée sur une approche multifactorielle), la plupart des programmes de santé cardiovasculaire ont reconnu les liens étroits qui existent entre les facteurs de risque liés aux MCV. Soulignons qu'un grand nombre ont d'abord mis l'accent sur un seul facteur de risque, pour ensuite ajouter des projets se rattachant à d'autres facteurs. Tel qu'indiqué dans le tableau 3.3, plus du tiers (38 %) des programmes de santé cardiovasculaire s'attaquaient à quatre facteurs de risque ou plus, tandis que 16 % en abordaient trois. Moins du tiers (32 %) des projets étaient axés sur un seul facteur. Le tableau 3.3 montre également que plus des deux-tiers de toutes les dépenses étaient liées à des projets abordant deux facteurs de risque ou plus.

Tableau 3.3 – Nombre, pourcentage et valeur monétaire totale¹ des projets de démonstration de l'ICSC, selon le nombre de facteurs de risque abordés (1989-1995)

Nombre de facteurs de risque abordés	Nombre de projets (n = 311)	% du nombre total de projets	Valeur monétaire totale ^{1,2} (\$)	% de la valeur monétaire de tous les projets ³
1	99	32	11 706 000	32
2	32	10	2 872 000	8
3	49	16	6 610 000	18
4 ou plus	119	38	13 834 000	38
Santé cardiovasculaire en général	12	4	1 369 000	4
Total	311	100	36 391 000	100

¹ Inclut aussi bien les coûts directs que les coûts indirects. ² Calcul fondé sur la pondération proportionnelle des projets ayant fourni de l'information financière (n=118) ³ Fondé sur la valeur totale pondérée

Les projets portant sur de multiples facteurs de risque ont souvent eu recours à des stratégies de sensibilisation du public.

Bon nombre des projets portant sur de multiples facteurs de risque ont utilisé des stratégies de sensibilisation du public pour informer davantage la population au sujet de la santé cardiovasculaire. Cela s'est fait d'un certain nombre de façons : en mettant en lumière les multiples facteurs de risque dans le cadre de salons de la santé; en organisant des campagnes de sensibilisation à la santé cardiovasculaire en milieu de travail; en reliant certains facteurs de risque particuliers dans la cadre d'initiatives de sensibilisation du public. L'un des groupes responsables de projets a axé sur

le stress et le tabagisme ses programmes de sensibilisation à l'intention des jeunes, mettant l'accent sur les solutions autres que l'usage du tabac pour composer avec le stress dans notre vie. Dans le cadre d'un autre projet, des bénévoles et des entreprises d'une localité ont appuyé l'aménagement d'un jardin communautaire en guise de moyen de promouvoir la bonne forme et de sensibiliser davantage les gens aux questions de nutrition.

Une faible sensibilisation

Une enquête nationale sur les facteurs de risque menée à bien en 1992 a révélé que la plupart des Canadiens n'étaient que peu sensibilisés aux facteurs contribuant aux MCV... (Canadian Heart Health Surveys: A Profile of Cardiovascular Risk monograph, JAMC, 1992.)

La majorité des projets ont porté sur le tabagisme, l'activité physique et la nutrition.

Le tableau 3.4 montre que la plupart des projets en santé cardiovasculaire ont centré leurs efforts sur un ou plus d'un des principaux facteurs de risque de MCV : tabagisme (60 %); inactivité physique (68 %) ou mauvaise alimentation (73 %). Même si la réponse à cette question permettait un choix multiple (c'est-à-dire qu'un projet pouvait indiquer plus d'un facteur de risque et que sa valeur totale pouvait être représentée sur plus d'une rangée), la valeur monétaire proportionnelle la plus élevée (76 %) a été attribuée à des projets axés sur la nutrition, tandis que les projets liés à l'activité physique représentaient 67 % de la valeur monétaire.

Tableau 3.4 – Nombre, pourcentage et valeur monétaire totale¹ des projets de démonstration de l'ICSC, selon le facteur de risque (1989-1995)

Facteur de risque	Nombre de projets ² (n = 311)	% du nombre total de projets ²	Valeur monétaire totale ^{1,3} (\$)	% de la valeur monétaire de tous les projets ^{2,4}
Tabagisme	187	60	23 099 000	63
Nutrition	228	73	27 704 000	76
Activité physique	210	68	24 368 000	67
Diabète	32	10	4 788 000	13
Obésité	87	28	9 361 000	26
Stress	100	32	11 625 000	32
Hypertension	84	27	9 588 000	26
Cholestérol	34	11	1 767 000	5
Estime de soi	11	4	1 001 000	3
Santé cardiovasculaire générale	35	11	4 000 000	11

¹ Inclut les coûts directs et les coûts indirects. ² Les réponses multiples étaient permises en ce qui a trait au choix de facteurs de risque (p. ex., 73 % des projets, ou 228, comportaient la nutrition parmi les facteurs de risque abordés. ³ Calcul fondé sur la pondération proportionnelle des projets ayant fourni de l'information financière (n=118) ⁴ Fondé sur la valeur totale pondérée.

Le tableau 3.5 livre un aperçu des activités les plus fréquemment citées, selon le facteur de risque et le cadre dans lequel se sont déroulés les programmes provinciaux et les programmes communautaires. Les projets axés sur le tabagisme ont mis l'accent sur les activités spéciales, la formation, les politiques sur l'usage du tabac et la législation. Comme on pouvait s'y attendre, les programmes de niveau provincial avaient davantage tendance à comporter des activités d'orientation et d'intervention.

Parmi les initiatives en matière d'activité physique, mentionnons les marches dans les mails, les cours de conditionnement physique et les clubs de marche.

Malgré que bien des initiatives en matière d'activité physique se soient inscrites dans le cadre de programmes de grande envergure mis sur pied dans des écoles, des lieux de travail ou la communauté en général, d'autres visaient précisément à accroître l'activité physique chez l'ensemble de la population ou chez certains groupes cibles en particulier. Ces initiatives prévoyaient, par exemple, des marches dans les mails, des clubs de marche, des cours de conditionnement, des défis de la condition physique et des activités spéciales connexes. Dans le cadre de l'un des projets communautaires ciblés, les organisateurs ont donné des bicyclettes, les ont remises en état et les ont distribuées aux familles à faible revenu du voisinage afin d'encourager leurs membres à être actifs physiquement. Des activités comme celle-là, qui s'adressent à des sous-groupes particuliers, sont conformes à l'approche axée sur la santé de la population vis-à-vis de la gestion des questions de santé. Les initiatives les plus fréquemment citées dans ce domaine sont les événements spéciaux, la promotion de l'information sur les ressources communautaires ainsi que l'information et la formation des fournisseurs de soins primaires (voir le tableau 3.5).

Opération mise en forme

L'un des projets prévoyait la conversion de la salle d'opération d'une clinique de santé locale en centre de conditionnement. Ce centre, ouvert au grand public, offrait de l'équipement fixe de conditionnement physique ainsi que diverses sessions d'entraînement.

Tableau 3.5 – Activités des projets provinciaux et communautaires de démonstration de l'ICSC, selon le facteur de risque et le cadre d'exécution (1989-1995)

Facteur de risque et cadre d'exécution	Activités les plus fréquemment citées		Activité provinciale différente de l'activité communautaire
	Programmes provinciaux	Programmes communautaires	
<i>Tabagisme</i>			
Écoles	Activités spéciales	Activités spéciales	
Lieux de travail	Politiques sur l'usage du tabac/Règlement municipal interdisant l'usage du tabac	Messages éducatifs	
Établissements de soins de santé	Formation des fournisseurs de services sur le sevrage du tabac	Formation et information des fournisseurs de soins primaires	
Ensemble de la communauté	Législation provinciales en faveur de politiques	Semaine nationale sans fumée	
<i>Nutrition</i>			
Écoles	Politiques sur les aliments	Messages sur la saine alimentation	
Lieux de travail	Messages sur la saine alimentation	Messages sur la saine alimentation	
Établissements de soins de santé	Documents éducatifs à l'intention des patients / Formation des dispensateurs de soins primaires	Formation des dispensateurs de soins primaires	
Restaurants	Formation du personnel	Annonces de choix santé offerts sur les lieux	
Épiceries	Information sur le lieu de vente / étalages / visites guidées	Visites guidées d'épiceries	
Ensemble de la communauté	Campagnes médias	Programmes sur l'alimentation saine	
<i>Activité physique</i>			
Écoles	Activités spéciales /politiques	Activités spéciales	
Lieux de travail	Messages sur l'activité physique	Messages sur l'activité physique	
Établissements de soins de santé	Formation des dispensateurs de soins primaires	Information des dispensateurs de soins primaires	
Ensemble de la communauté	Campagnes médias / Promotion des ressources communautaires	Promotion des ressources communautaires	
<i>Multiplés facteurs de risque</i>			
Écoles	Documents éducatifs sur la santé cardiovasculaire	Documents éducatifs sur la santé cardiovasculaire	
Lieux de travail	Messages éducatifs sur la santé cardiovasculaire	Documents éducatifs sur la santé cardiovasculaire	
Établissements de soins de santé	Lignes directrices / Formation des dispensateurs de soins primaires	Documents éducatifs à l'intention des patients	
Ensemble de la communauté	Campagnes médias	Activités spéciales de promotion de la santé cardiovasculaire	

¹ Si plus d'une activité obtient la cote la plus élevée, toutes sont énumérées. ² Inclut aussi bien les activités de projet que les autres activités.

Parmi les activités liées à la nutrition, mentionnons des cours de cuisine et des visites guidées de restaurants.

La plupart des projets traitant de l'alimentation en tant que facteur de risque de MCV s'adressaient à l'ensemble de la population ou aux adultes. Un grand nombre ont fait appel à une approche plutôt traditionnelle (p. ex., cours de cuisine « au goût du cœur », présentations ou visites guidées de restaurants), et quelques-uns ont utilisé des méthodes innovatrices afin de mobiliser le soutien et la sensibilisation de la communauté. Dans le cadre d'un projet, par exemple, on a informé les champions de la communauté sur le rôle de l'alimentation dans la santé cardiovasculaire, afin qu'ils puissent partager leurs connaissances avec d'autres membres de la communauté. Les activités les plus fréquemment citées dans le domaine de la nutrition sont les messages sur la saine alimentation, la formation des dispensateurs de soins primaires et les visites guidées de restaurants (voir le tableau 3.5).

Clientèle cible

Comme l'illustre le tableau 3.6, la grande majorité (85 %) des projets de démonstration en santé cardiovasculaire s'adressaient aux utilisateurs finals : population en général (43 %); adultes de 15 ans et plus (19 %); enfants et jeunes (15 %); femmes (7 %). Les autres (15 %) s'adressaient à des intermédiaires, y compris aux fournisseurs de services et aux décideurs. La valeur monétaire totale des projets était répartie de façon similaire, près de 90 % des ressources étant affectées aux établissements dont les projets ciblaient les utilisateurs finals. Au sein de ce groupe, la plus grande part des ressources est allée à des projets s'adressant à l'ensemble de la population.

Tableau 3.6 – Nombre, pourcentage et valeur monétaire totale¹ des projets de démonstration de l'ICSC, selon le groupe cible (1989-1995)

Groupe cible	Nombre de projets (n = 311)	% du nombre total de projets	Valeur monétaire totale ^{1,2} (\$)	% de la valeur monétaire de tous les projets ³
<i>Utilisateurs finals</i>				
Population générale	134	43	12 538 000	34
Adultes (15 ans et plus)	60	19	9 310 000	26
Enfants et jeunes	47	15	5 041 000	14
Femmes	22	7	5 183 000	14
<i>Intermédiaires</i>				
Fournisseurs de services seulement	27	9	2 359 000	6
Décideurs seulement	7	2	771 000	2
Fournisseurs de services et décideurs	13	4	1 189 000	3
Autres intermédiaires	1	< 1	–	–
Total	311	100⁴	36 391 000	100⁴

¹ Inclut les coûts directs et les coûts indirects. ² Calcul fondé sur la pondération proportionnelle des projets ayant fourni de l'information financière (n=118) ³ Fondé sur la valeur totale pondérée ⁴ Les chiffres ayant été arrondis, leur somme ne correspond pas nécessairement au total indiqué.

La plupart des projets s'adressaient à l'ensemble de la population.

La population dans son ensemble constituait la clientèle cible de la plupart des projets portant sur les trois principaux facteurs de risque : le tabagisme, l'activité physique et la nutrition. La majorité de ces projets prévoyait l'élaboration ou la diffusion d'information ou de documents conçus pour éduquer le public et le sensibiliser davantage aux divers facteurs de risque de MCV. De nombreux projets liés au tabagisme, par exemple, ont fait appel aux journaux et aux médias électroniques pour diffuser de l'information sur les risques pour la santé associés à l'usage du tabac. Dans une province, les organisateurs ont mis sur pied une campagne média visant à informer les résidents à revenu de faible à moyen âgés de 25 à 44 ans sur les changements à leur style de vie qui réduiraient leurs risques de cardiopathie. La campagne a fait appel à la télévision, à la radio et aux médias imprimés pour véhiculer le message selon lequel ne pas fumer, pratiquer régulièrement une activité physique, bien s'alimenter et faire vérifier régulièrement sa tension artérielle peut améliorer la qualité de vie et réduire les risques de maladies du cœur.

Beaucoup d'initiatives liées au tabagisme ont eu pour cibles les enfants et les jeunes.

Un grand nombre de projets liés au tabagisme se sont adressés à des sous-groupes particuliers, comme les agriculteurs, les personnes vivant dans des milieux peu fortunés et les résidents des secteurs ruraux. Soulignons qu'un pourcentage assez élevé (16 %) de ces projets étaient axés sur les enfants et les jeunes. Il s'agissait dans la plupart des cas de projets s'inscrivant dans le cadre d'un plus vaste programme de santé cardiovasculaire, souvent offerts dans une école, portant sur de multiples facteurs de risque et prévoyant la constitution d'un réseau de principaux intervenants, la création de partenariats, l'intégration d'activités aux systèmes en place (p. ex., aux programmes d'études) et la promotion de changements environnementaux durables (p. ex., l'adoption de politiques sur l'usage du tabac dans les écoles et les lieux de travail). Un nombre restreint d'initiatives s'adressant aux jeunes comportaient un volet de « formation de formateurs » visant à enseigner aux jeunes comment jouer le rôle de pairs-conseillers sur les questions liées à la santé cardiovasculaire.

Les projets sur l'activité physique étaient axés sur l'ensemble de la population et sur certains sous-groupes particuliers.

Les projets s'adressant à l'ensemble de la population ont fait appel à divers modes de diffusion de l'information pour transmettre à tous des messages au sujet de l'activité physique, souvent dans le cadre d'un message plus général sur la santé cardiovasculaire. Dans le cadre d'un projet, par exemple, on s'est servi des médias pour présenter le profil de « héros locaux », c'est-à-dire pour permettre à des personnes de partager les changements positifs qu'elles ont apporté à leur style de vie sur les plans de l'activité physique, de la nutrition et du tabagisme. Bien qu'assez peu de projets aient fait mention d'activités physiques précises, le ski de randonnée, les marches dans les mails et les trajectoires de marche dans la communauté comptent parmi les activités identifiées.

L'approche axée sur la santé publique adapte les interventions à des groupes précis. Souvent, les initiatives liées à l'activité physique s'adressaient à des sous-groupes de la population – comme les résidents des régions rurales, industrielles et à faible revenu ou les personnes peu fortunées. Dix-sept pour cent (17 %) des projets de cette catégorie s'adressaient également aux enfants et aux jeunes. De ce nombre, la grande majorité prévoyaient des activités physiques intégrées aux programmes exhaustifs de santé cardiovasculaire offerts dans les écoles. Bien que la plupart des projets aient été axés sur les jeunes et les enfants en général, un petit nombre s'adressaient à des sous-groupes précis, comme les jeunes femmes des quartiers défavorisés et les jeunes des régions agricoles. Parmi les activités s'adressant précisément aux jeunes, mentionnons un programme de marche, un défi de saut à la corde, un camp de basket-ball et un club de jeunes en santé.

Peu de projets visaient à répondre aux besoins des femmes.

Un petit pourcentage (7 %) seulement de tous les projets s'adressaient aux femmes. Parmi ces projets visant précisément à répondre aux besoins de ces dernières en matière d'activité physique, un avait pour objet de les sensibiliser davantage aux risques de MCV, un autre s'inscrivait dans le cadre d'un vaste programme de santé cardiovasculaire axé sur la famille, tandis que deux offraient des groupes de soutien et des séances impromptues pour les femmes désireuses de perdre du poids et d'accroître leur niveau d'activité physique.

La plupart des projets en nutrition s'adressaient à l'ensemble de la population.

Les adultes et la population en général ont été les clientèles cibles de la majeure partie des projets en nutrition. Le plus souvent, ceux qui s'adressaient à l'ensemble de la population étaient axés sur l'élaboration et la diffusion d'information visant à sensibiliser davantage les gens au fait que l'alimentation est un important facteur de risque de MCV. La

Modifier la culture scolaire

Un vaste projet sur la santé cardiovasculaire mené dans les écoles a grandement favorisé la durabilité et l'intégration de cette question à la culture scolaire.

Le modèle a été présenté dans 24 autres écoles du secteur.

Santé cardiovasculaire pluriethnique

Un programme s'adressait aux enfants des écoles élémentaires d'une communauté urbaine pluriethnique à faible revenu et peu scolarisée. Parmi les activités offertes, mentionnons : l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'études offert en classe à raison de 20 heures par année dans le but d'accroître les connaissances et d'améliorer les attitudes et comportements liés à la santé cardiovasculaire; la mise sur pied d'un club d'activités physiques para-scolaires pour les filles; la création d'un jeu de table sur la santé cardiovasculaire et l'organisation de dîners multiethniques pour les enfants et leurs parents. D'autres activités s'adressaient aux enseignants et aux parents.

documentation conçue comprend un vidéo d’animation, des livres de recettes « au goût du cœur », un bottin des ressources en santé cardiovasculaire, des trousseaux pour la télévision et les médias et une page Web; un service d’écoute téléphonique a également été mis sur pied. La diffusion s’est faite de différentes façons – de la rédaction et la distribution de bulletins à des stratégies multimédias plus élaborées faisant appel à la télévision, à la radio et aux journaux. Un petit pourcentage de projets ont ciblé certains sous-groupes précis (p. ex., les projets de jardins communautaires et de cuisines dans les quartiers défavorisés ou les initiatives s’adressant aux communautés rurales et agricoles).

Cadres d’exécution

Les projets en santé cardiovasculaire se sont déroulés dans un éventail très diversifié de cadres, principalement dans des écoles (38 %), des organismes communautaires (36 %) et des lieux de travail (26 %), de même que dans des établissements sociaux et récréatifs (12 %), dans la communauté en général (15 %) et dans des établissements de restauration (19 %). Parmi les autres voies empruntées, mentionnons les établissements de soins de santé (21 %) et les médias (20 %) (voir le tableau 3.7). Le tableau 3.5 livre un aperçu des activités les plus fréquemment citées, selon le facteur de risque et le cadre d’exécution. Il est intéressant de souligner que la valeur monétaire des projets en santé cardiovasculaire était répartie de façon plus égale entre les différents cadres que les projets eux-mêmes; les écoles (35 %), les organismes communautaires (32 %), les médias (27 %), les lieux de travail (27 %), les établissements de restauration (25 %) et les établissements de soins de santé (19 %) représentaient tous entre 19 et 35 % de la valeur totale des projets. Il importe de se rappeler que ceux-ci pouvaient être rattachés à plus d’un cadre d’exécution.

Tableau 3.7 – Nombre, pourcentage et valeur monétaire totale¹ des projets de démonstration de l’ICSC, selon le cadre d’exécution ou la voie empruntée (1989-1995)

Cadre d’exécution ou voie empruntée	Nombre de projets² (n = 311)	% du nombre total de projets²	Valeur monétaire totale^{1,3} (\$)	% de la valeur monétaire de tous les projets^{2,4}
Écoles	119	38	12 566 000	35
Organismes communautaires	112	36	11 823 000	32
Lieux de travail	82	26	9 882 000	27
Médias	63	20	9 816 000	27
Établissements de restauration	58	19	9 049 000	25
Établissements de soins de santé	65	21	6 878 000	19
Communauté en général	46	15	5 276 000	14
Établissements sociaux et récréatifs	38	12	3 615 000	10
Autres	12	4	961 000	3

¹ Inclut les coûts directs et les coûts indirects. ² Les réponses multiples étaient permises en ce qui a trait au contexte ou au mode de prestation choisi (p. ex., 26 % des projets, ou 82, comptaient les lieux de travail parmi les contextes ou les modes de prestation identifiés). ³ Calcul fondé sur la pondération proportionnelle des projets ayant fourni de l’information financière (n=118) ⁴ Fondé sur la valeur totale pondérée

Les écoles ont servi de contexte à bien des projets.

Les écoles ont souvent été choisies comme cadre pour les projets liés au tabagisme; plus des deux-cinquièmes (42 %) y ont eu lieu – généralement dans le cadre d’un vaste programme de promotion de la santé cardiovasculaire abordant de multiples facteurs de risque et prévoyant de nombreuses activités dans les écoles. Les initiatives en milieu scolaire étaient en outre souvent reliées à des projets communautaires plus généraux de santé cardiovasculaire, comme les programmes de vie active à l’intention des communautés agricoles ou les évaluations des risques effectuées dans les salons de la santé. Les programmes communautaires aussi bien que les programmes provinciaux ont tourné autour d’activités spéciales visant à accroître la sensibilisation aux méfaits du tabac dans les écoles (voir le tableau 3.5).

D'autres activités de moindre envergure ont consisté à concevoir et diffuser des ressources adaptées aux jeunes. Les promoteurs de la santé cardiovasculaire ont souvent travaillé avec le personnel des écoles à l'élaboration de ressources pédagogiques ou d'autres documents (p. ex., un livre à colorier pour les élèves de première année) visant à transmettre aux étudiants un message les incitant à ne pas fumer. Dans une communauté, les parents, les enfants et les fonctionnaires locaux du service des loisirs ont collaboré à l'élaboration de politiques interdisant l'usage de la cigarette dans les arénes locales.

Les écoles ont également accueilli bien des projets en nutrition. La plupart visaient à sensibiliser davantage les étudiants au fait que l'alimentation constitue un important facteur de risque de MCV, souvent dans le cadre d'une intervention scolaire plus vaste, ou encore à suggérer des choix nutritionnels sains pour la cafétéria de l'école. Bon nombre de projets liés à l'activité physique mis sur pied dans des écoles se rattachaient à un vaste programme de promotion de la santé en milieu scolaire et plusieurs avaient pour but de sensibiliser davantage les jeunes aux multiples facteurs de risque liés à la santé cardiovasculaire. Bien que la plupart aient eu pour objectif plus général de prôner et d'encourager la pratique de l'activité physique au sein du système scolaire, des activités particulières ont été organisées, comme un rodéo de bicyclette et un camp de basket-ball. Certains projets comportant un volet de « formation des formateurs » s'adressaient au personnel plus qu'aux étudiants. Comme le montre le tableau 3.5, bien des programmes scolaires de niveau provincial ont mis l'accent sur la modification des politiques relatives aux aliments, tandis que les programmes communautaires étaient axés sur la diffusion de messages sur la saine alimentation.

Beaucoup de projets se sont déroulés en milieu de travail.

Les lieux de travail ont servi de contexte à bien des activités de promotion de la santé axées sur le tabagisme. Ces projets se répartissent assez également entre les trois types d'initiatives suivantes : celles de diffusion d'information, celles d'accroissement de la sensibilisation et celles d'évaluation des facteurs de risque individuels (p. ex., dans le cadre de salons de la santé). Dans plusieurs cas, les projets comportaient un volet formation (de formateurs professionnels ou de bénévoles) sur les aptitudes à cesser de fumer. Tel qu'illustré dans le tableau 3.5, l'activité la plus fréquemment citée au niveau provincial visait à modifier les politiques sur l'usage du tabac en milieu de travail, tandis que les projets communautaires étaient axés sur les messages éducatifs.

Les projets sur la nutrition mis sur pied en milieu de travail visaient en général à mesurer et à suivre de près les facteurs de risque individuels, ou encore à diffuser des documents dans le but de sensibiliser davantage les gens grâce à des activités telles la distribution de dépliants ou la tenue de démonstrations culinaires et de dégustations. Moins souvent, les activités ciblaient les établissements de restauration (p. ex., visites guidées d'épicerie ou démonstrations). Les programmes d'activité physique en milieu de travail revêtaient en général l'une des trois formes suivantes : évaluation des facteurs de risque individuels et counselling; salons de la santé; ou élaboration et diffusion de renseignements visant à accroître la sensibilisation aux facteurs de risque de MCV, particulièrement en ce qui a trait à l'activité physique.

Une approche globale

Dans le cadre d'un vaste programme scolaire, on a regroupé les initiatives liées au programme d'études, aux milieux physique et social sains et aux volets santé et services. Les organisateurs ont mis sur pied des comités directeurs et des groupes de travail et ils ont intéressé les parents et les organismes communautaires à la planification et à la mise en œuvre du projet. Parmi les résultats obtenus, mentionnons des stratégies de communication et de reconnaissance ainsi qu'un éventail d'initiatives liées au comportement et au style de vie adaptées aux contextes communautaire et scolaire.

pour but de sensibiliser davantage les jeunes aux multiples facteurs de risque liés à la santé cardiovasculaire. Bien que la plupart aient eu pour objectif plus général de prôner et d'encourager la pratique de l'activité physique au sein du système scolaire, des activités particulières ont été organisées, comme un rodéo de bicyclette et un camp de basket-ball. Certains projets comportant un volet de « formation des formateurs » s'adressaient au personnel plus qu'aux étudiants. Comme le montre le tableau 3.5, bien des programmes scolaires de niveau provincial ont mis l'accent sur la modification des politiques relatives aux aliments, tandis que les programmes communautaires étaient axés sur la diffusion de messages sur la saine alimentation.

Heart health goes to work

L'un des projets a consisté à rédiger un manuel de ressources ayant pour titre *Heart Health Goes to Work*. Ce manuel qui s'adresse aux employés renferme un menu d'activités simples et peu coûteuses de promotion de la santé cardiovasculaire et vise à accroître leur niveau d'activité physique ainsi qu'à les encourager à bien s'alimenter, à gérer leur stress, à cesser de fumer et à apporter certains changements environnementaux dans leur milieu de travail.

Peu de projets ont eu pour cadre la communauté en général.

Assez peu de projets ont indiqué la communauté en général comme principal cadre pour leurs activités. La plupart des projets communautaires liés au tabac avaient pour objet de diffuser de l'information (p. ex., par le biais de bulletins communautaires, de campagnes comme celle de la Semaine nationale des non-fumeurs ou de lignes téléphoniques sans frais) et de sensibiliser davantage (p. ex., grâce à des rencontres et à des consultations sur les risques de cardiopathie chez les femmes). Comme d'autres activités, bien des projets communautaires faisaient partie d'un vaste programme de santé cardiovasculaire prévoyant diverses activités et stratégies et s'adressant à divers groupes cibles dans différents contextes. Ainsi, dans le cadre du projet « Give Kids A Chance », plusieurs communautés ont collaboré à l'organisation de multiples activités visant à aider les enfants à acquérir des habitudes saines dès leur jeune âge. Comme l'illustre le tableau 3.5, les activités de niveau provincial ont visé la législation provinciale sur l'usage du tabac.

La plupart des projets liés à l'activité physique mis sur pied au sein d'organismes communautaires visaient à accroître la sensibilisation ou encore à offrir certains programmes précis. Les initiatives de sensibilisation prévoyaient l'élaboration et la diffusion de ressources (p. ex., un vidéo sur la formation en animation sociale). Les organisateurs d'un projet ont conçu un système communautaire d'information sur la santé cardiovasculaire qui a servi à assurer le suivi des initiatives en santé communautaire. Les programmes d'activité physique, comme les marches dans les mails, les classes de conditionnement et les clubs de marche, ont souvent été accompagnés de conseils en nutrition. L'un des projets a consisté à mettre sur pied un centre de santé cardiovasculaire offrant des programmes d'exercice, des cliniques sur le mode de vie et des cours de cuisine et de nutrition.

Renforcement de la capacité

L'un des buts premiers des projets de démonstration était de renforcer la capacité des communautés à entreprendre des activités durables visant l'amélioration de la santé cardiovasculaire. Les projets de démonstration eux-mêmes ne se voulaient pas durables, mais ils étaient conçus de façon à mettre en place l'infrastructure nécessaire pour assurer une action ultérieure soutenue. Divers indicateurs ont servi à évaluer l'incidence des projets de démonstration sur le renforcement de la capacité, y compris l'établissement de partenariats et de réseaux entre agences et organismes, la formation et l'acquisition de connaissances par les représentants locaux et l'élaboration d'un répertoire de publications destiné à éclairer et soutenir en permanence les initiatives.

La clé : la constitution de réseaux

L'une des conclusions importantes de l'évaluation du processus est l'utilisation évidente d'une approche de collaboration qui a favorisé la création ou le renforcement de réseaux et de partenariats. Le tableau 3.8 montre le nombre et le pourcentage d'organismes ayant collaboré aux projets en santé cardiovasculaire. Près de 95 % des 311 projets ont fait appel à deux organismes ou plus et plus de 20 %, à sept ou plus. Les ressources ont été réparties de façon similaire, 96 % du total étant affecté à des projets auxquels participaient deux organismes ou plus. Il est intéressant de souligner qu'un pourcentage assez élevé de ressources (33 %) ont été consacrées à des projets auxquels collaboraient sept organismes ou plus (22 %).

Santé cardiovasculaire au sein des communautés

Environ 700 familles vivant dans un complexe de logement pour personnes à faible revenu et peu scolarisées ont été les cibles d'un programme d'activité physique et de nutrition visant à aborder le problème de la prévalence élevée de l'obésité. Parmi les activités organisées et les aspects de la santé cardiovasculaire abordés, mentionnons des classes d'aérobic, un club de marche, des cours de cuisine et de nutrition pour les adultes et les enfants, des séances d'information, un programme de prévention du tabagisme et de la danse en ligne. Certains des éléments les plus réussis du programme, dont les jardins communautaires, la cuisine communautaire et le club de marche, ont été repris dans d'autres communautés de la province.

Tableau 3.8 – Nombre, pourcentage et valeur monétaire totale¹ des projets de démonstration de l'ICSC, selon le nombre d'organismes participants (1989-1995)

Nombre d'organismes participants	Nombre de projets (n = 311)	% du nombre total de projets	Valeur monétaire totale ^{1,2} (\$)	% de la valeur monétaire de tous les projets ³
1	17	5	1 299 000	4
2-6	225	72	22 961 000	63
7-11	51	16	7 577 000	21
Plus de 12	18	6	4 554 000	13
Total	311	100 ⁴	36 391 000	100 ⁴

¹ Inclut les coûts directs et les coûts indirects. ² Calcul fondé sur la pondération proportionnelle des projets ayant fourni de l'information financière (n=118) ³ Fondé sur la valeur totale pondérée ⁴ Les chiffres ayant été arrondis, leur somme ne correspond pas nécessairement au total indiqué.

Dans bien des communautés, les programmes de démonstration en santé cardiovasculaire ont donné lieu à la création de nouveaux réseaux d'organismes et à l'amélioration des réseaux déjà en place. Les organisateurs estimaient sans réserve que ces activités de réseautage étaient importantes et certains ont même modifié leur organisation et leur gestion générales de manière à encourager la collaboration entre organismes et entre secteurs. En outre, bon nombre des aspects plus formels de ces réseaux, dont les comités directeurs et les groupes de travail spéciaux, ont continué de se réunir et de mettre sur pied des projets une fois l'étape de démonstration terminée. L'intégration de la constitution de réseaux et de la création de coalitions au fonctionnement journalier des organismes communautaires pourrait être une contribution à long terme positive de l'ICSC.

Les projets ont aidé à accroître les connaissances et les compétences chez les consommateurs et les intermédiaires.

L'une des principales façons de renforcer la capacité communautaire et organisationnelle consiste à appuyer les initiatives en santé cardiovasculaire de façon à développer une expérience pertinente au sein de la communauté. Les organisateurs ont bénéficié d'un éventail de services de soutien technique lors de la mise en œuvre de leurs projets en santé cardiovasculaire, y compris de formation et d'aide pour la planification et l'élaboration de stratégies et visions à long et à court terme et les processus opérationnels. Parmi les autres formes de soutien reçu, mentionnons des documents éducatifs et de référence fournis par des centres de ressources.

Les employés des programmes provinciaux de santé cardiovasculaire ont en outre reçu de la formation ou de l'aide d'experts relativement aux techniques de collecte, d'analyse et d'évaluation de données. Ils ont également reçu de la formation sur les compétences en gestion, notamment sur la résolution de conflits. Selon les organisateurs, la formation et le soutien technique dispensés ont été des plus utiles dans la mesure où ils ont permis de « laisser des compétences dans la communauté », un prérequis du développement communautaire et du renforcement de la capacité. Dans certains cas, les coordonnateurs et les animateurs se trouvaient dans les communautés hôtes et y transmettaient des compétences au moyen d'ateliers et d'activités pratiques.

Il est intéressant de souligner que bon nombre des compétences acquises par les répondants ne se limitaient pas au domaine de la santé cardiovasculaire, mais s'appliquaient de façon plus générale à d'autres projets liés à la santé ou au renforcement de la communauté. Bon nombre des produits d'information conçus dans le cadre des projets de démonstration ont également contribué au renforcement de la capacité en favorisant l'accroissement du savoir et des compétences dans la communauté. La différence entre le renforcement de la capacité

Réflexions des CP...

« La principale réalisation, sans conteste, a été la mise sur pied d'un réseau plus solide de professionnels de toute la province. »

« Ceux qui élaborent les politiques et prennent les décisions dans le cadre du processus de renouvellement de la santé devraient être rassurés par les résultats de l'étape de démonstration, qui fait la preuve d'une collaboration réussie entre les secteurs public et privé de nos industries des services de santé et des produits de consommation et les secteurs gouvernementaux. »

« L'information anecdotique recueillie jusqu'ici indique que certains membres de coalitions ont déjà changé leur « façon de travailler » au sein de leur organisme, à la suite des expériences qu'ils ont vécues dans le cadre du « programme » sur les plans de l'inclusion, de l'utilisation des ressources, du fonctionnement en comité et des stratégies. »

et l'information du public est importante : le premier s'adresse aux planificateurs et aux dispensateurs de programmes (les intermédiaires); la seconde vise les utilisateurs finals (les consommateurs). Comme le montre le tableau 3.9, on a distribué aux consommateurs et aux intermédiaires dans le cadre de l'Initiative beaucoup plus de deux millions de brochures et de feuillets d'information, de même que 680 000 bulletins, près de 300 000 guides d'entraide, 30 000 guides de mise en œuvre et de formation et 90 lignes directrices.

Tableau 3.9 – Nombre de produits conçus et estimation du nombre distribué aux consommateurs et aux intermédiaires au cours de l'étape de démonstration de l'ICSC (1989-1995)

Produits	Consommateurs (utilisateurs finals)		Intermédiaires ¹	
	Nombre d'articles	Estimation du nombre distribué ²	Nombre d'articles	Estimation du nombre distribué ²
Brochures et feuillets d'information	190	2 060 000	30	26 600
Bulletins	20	607 000	10	82 000
Articles de promotion remis gratuitement	210	302 000	50	54 700
Guides d'entraide	40	296 000	10	2 200
Répertoires de ressources	40	193 000	30	12 200
Créneaux publicitaires pour la télévision (moins de 30 minutes)	110	50 200 ³	3	6
Évaluations de l'état de santé / Dépistage	30	34 100	3	750
Guides de mise en œuvre et de formation	20	22 200	80	7 800
Publicité à la radio	150	23 500 ³	2	2
Présentations	170	3 300	40	270
Bandes vidéo	30	700	3	0
Émissions de télévision (30 minutes ou plus)	40	110	0	–
Lignes directrices	0	–	1	90

¹ Un intermédiaire est tout dispensateur de services, décideur ou autre (p. ex., membres de coalitions sur la santé cardiovasculaire, personnel en santé cardiovasculaire, groupes communautaires, bénévoles de la communauté, organismes membres, sites de démonstration, membres, dirigeants ou coordonnateurs de la communauté, équipes du PNRDS responsables des visites aux emplacements). ² Nombre pondéré de façon à refléter le nombre total d'articles. ³ Nombre de diffusions sur les ondes

Le tableau 3.10 illustre la portée et le nombre de questions de santé cardiovasculaire diffusées dans les magazines et les journaux. Plus de 750 articles ont été rédigés et plus de 25 millions d'exemplaires ont été distribués. La majeure partie des articles (480) portaient sur de multiples facteurs de risque ou sur des questions générales liées à la santé cardiovasculaire. La nutrition, le tabagisme et l'activité physique ont fait l'objet de 80 à 85 articles chacun.

Tableau 3.10 – Nombre d’articles de journaux et de magazines et estimation du nombre distribué, selon le sujet de l’article, au cours de l’étape de démonstration de l’ICSC (1989-1995)

Sujet de l’article	Nombre d’articles publiés	Lectorat ²
Multiplés facteurs de risque / Questions générales de santé cardiovasculaire ¹	480	15 156 000
Nutrition	85	3 667 000
Tabagisme	84	2 502 000
Activité physique	80	2 187 000
Obésité	14	1 791 000
Stress	7	135 000
Hypertension artérielle	3	71 000
Cholestérol	3	63 000
Total	756	25 572 000

¹ Lorsque l’article portait sur plus d’un facteur de risque ou lorsque aucun facteur n’était spécifié, nous l’avons classé sous Questions générales de santé cardiovasculaire. ² Valeur arrondie au millier le plus près

Le tableau 3.11 illustre le nombre d’événements appuyés dans le cadre des programmes de démonstration en santé cardiovasculaire ainsi que les consommateurs et intermédiaires rejoins. Ce sont les événements de masse qui sont parvenus à rejoindre le plus grand nombre de gens, soit près de deux millions de consommateurs. Les activités telles les initiatives de planification stratégique, les rencontres avec les décideurs et la formation des dispensateurs de services ont toutes permis de soutenir l’accroissement et la diffusion des connaissances et de l’expérience en santé cardiovasculaire des intermédiaires, de les sensibiliser davantage ainsi que de contribuer aux buts de l’étape de démonstration en matière de renforcement de la capacité.

L’un des secteurs liés au renforcement de la capacité des communautés dans lesquels l’ICSC a connu moins de succès est le développement des compétences en évaluation. Le plus souvent, l’évaluation était administrée de façon centrale ou encore impartie, ce qui ne donnait pas aux représentants locaux la possibilité d’apprendre. En outre, ces derniers n’étaient pas aussi intéressés au développement de compétences en évaluation qu’à d’autres secteurs. Ces conclusions amènent à s’interroger sur l’à-propos et la faisabilité de dispenser une formation en évaluation aux dispensateurs de programmes.

Réflexions des CP...

« Le centre de ressources a servi de lien entre les sources externes d’information sur la santé cardiovasculaire et le niveau communautaire. Il a, par exemple, joué un rôle clé dans la prestation d’information tirée d’autres programmes exemplaires de santé cardiovasculaire... de même que d’intervention précises... pouvant être utilisées dans les communautés. Le centre a également tenu un dossier sur le plus récent consensus scientifique au sujet des principaux facteurs de risque. »

Tableau 3.11 – Nombre d'événements et estimation du nombre total de personnes rejointes par les divers événements, selon le groupe cible, au cours de l'étape de démonstration de l'ICSC (1989-1995)

Événement	Consommateurs ¹		Intermédiaires ¹		Total	
	Nombre d'événements	Nombre total de personnes rejointes ²	Nombre d'événements	Nombre total de personnes rejointes	Nombre d'événements	Nombre total de personnes rejointes ²
Activités de participation de masse	–	–	–	–	384	1 888 300
Présentations ³	154	43 400	201	15 800	355	59 200
Cours	95	16 000	19	900	114	16 900
Formation des dispensateurs de services	–	–	–	–	152	10 000
Activités de planification stratégique	–	–	–	–	118 ⁴	3 000 ⁴
Rencontres formelles avec des décideurs	0	–	94	2 400	94	2 400
Conférences de presse	55	5 100	2	24	57	5 100
Total	702		572		1 274	1 984 800 ⁵

¹ Inclut certains non-consommateurs en tant qu'utilisateurs finals. ² Pondéré pour refléter le nombre total de personnes rejointes; les nombres supérieurs à 1 000 ont été arrondis aux centaines près. ³ Exclut les présentations scientifiques, affiches et documents scientifiques. ⁴ Apport substantiel des consommateurs participant aux activités stratégiques ⁵ Les chiffres ayant été arrondis, leur somme ne correspond pas nécessairement au total indiqué.

Les projets ont fourni des compétences en direction et d'autres types d'expérience.

Comme le montre le tableau 3.12, les projets en santé cardiovasculaire ont également aidé à renforcer le rôle prépondérant du système de santé publique. Des équipes vouées à la santé cardiovasculaire ont assuré la direction de près des trois-quarts de tous les projets de démonstration, tandis que les organismes gouvernementaux (provinciaux, régionaux, municipaux) oeuvrant dans le secteur de la santé en ont dirigé le cinquième (20 %). Les partenaires du secteur privé étaient les moins susceptibles de jouer un rôle de chefs de file. Les ressources ont été affectées de façon similaire, c'est-à-dire que les équipes des programmes de santé cardiovasculaire ont géré plus des deux-tiers (68 %) de tous les fonds de projets et que les organismes gouvernementaux ont assumé la responsabilité du cinquième environ (23 %) de l'ensemble des ressources affectées aux projets.

Réflexions des CP...

« L'étape de démonstration a permis aux concepteurs de programmes, aux partenaires et aux participants d'acquérir de nouvelles compétences qui aideront les communautés à réaliser leurs buts, qu'ils soient liés ou non à la santé cardiovasculaire. »

Tableau 3.12 – Nombre, pourcentage et valeur monétaire totale¹ des projets de démonstration de l'ICSC, selon le type d'organisme responsable (1989-1995)

Organisme responsable	Nombre de projets (n = 311)	% du nombre total de projets	Valeur monétaire totale ^{1,2} (\$)	% de la valeur monétaire de tous les projets ³
Programme voué précisément à la santé cardiovasculaire	222	71	24 802 000	68
Organisme gouvernemental voué à la santé – provincial, municipal, régional	63	20	8 174 000	23
Autre/divers/aucun	24	8	2 797 000	8
Secteur privé	2	1	619 000	2
Total	311	100	36 391 000 ⁴	100 ⁴

¹ Inclut les coûts directs et les coûts indirects. ² Calcul fondé sur la pondération proportionnelle des projets ayant fourni de l'information financière (n=118) ³ Fondé sur la valeur totale pondérée. ⁴ Les chiffres ayant été arrondis, leur somme ne correspond pas nécessairement au total indiqué.

Le présent chapitre résume les leçons tirées de l'étape de démonstration des projets en santé cardiovasculaire. Il renferme les grandes lignes des présentations effectuées par les équipes au sujet des questions qui influent sur le succès global des projets, y compris sur les facteurs contextuels, les ressources, l'organisation et la gestion ainsi que le soutien technique. Bon nombre de ces facteurs ont influé de façon positive ou négative sur les résultats du programme et, selon les circonstances, ont constitué ou bien un obstacle à surmonter, ou bien une possibilité de développement et d'apprentissage. Les résultats rapportés ici ont pour objet de guider les futures recherches sur l'évaluation qui seront effectuées dans ce domaine ainsi que de stimuler la réflexion, la discussion et l'action à mesure que les projets amorceront leur étape de diffusion.

Influences contextuelles

Les répondants ont défini plusieurs facteurs contextuels ayant une incidence positive sur le succès global des programmes de démonstration en santé cardiovasculaire. Ils considèrent plus précisément que les contextes stratégiques régionaux et provinciaux qui favorisent la promotion de la santé et les approches axées sur la prévention de la maladie améliorent le rendement global des programmes. De même, l'adoption de lois interdisant l'usage de la cigarette et le succès des campagnes anti-tabac dans certaines provinces sont perçus comme des facteurs qui influent de façon positive sur la réalisation des objectifs en matière de santé cardiovasculaire.

Dans d'autres cas, les facteurs contextuels ont fait obstacle à la réalisation des buts des programmes de santé cardiovasculaire. L'obstacle mentionné le plus fréquemment est la réduction des effectifs et la restructuration du secteur de la santé. Dans un contexte de restrictions budgétaires, de réductions de personnel et de philosophies en pleine évolution, beaucoup de programmes ont perdu des ressources réelles ou potentielles, souvent au profit de partenaires établis, et ont dû faire face au ressentiment, à l'apathie, au scepticisme et au doute engendrés par ces changements. Là où il existait un contexte favorable, la réforme de la santé avait beaucoup plus de chances d'être perçue comme un élément facilitant la réussite du programme que comme un obstacle, et le remaniement des priorités et des ressources en santé était considéré comme une occasion d'obtenir des fonds supplémentaires pour les initiatives en santé cardiovasculaire. À l'inverse, les provinces où la santé cardiovasculaire n'était pas déjà une priorité ont dû relever de grands défis au cours de l'étape de démonstration. Il est toutefois intéressant de souligner que tous les programmes provinciaux, peu importe leur orientation stratégique, ont achevé avec succès l'étape de démonstration de l'initiative en santé cardiovasculaire. Les répercussions à long terme de la réforme de la santé demeurent inconnues.

Un grand nombre considèrent que l'actuel déclin économique observé dans bien des secteurs a beaucoup nui au succès du programme. En plus de poser des défis directs pour la promotion de la santé, les conditions économiques à la baisse ont donné l'impression que les autres enjeux communautaires (p. ex., le chômage, le crime et la dépression) avaient une plus grande importance que la promotion de la santé cardiovasculaire. Ces priorités concurrentes ont donné lieu à davantage de réductions des ressources disponibles pour les initiatives en matière de santé cardiovasculaire.

« Le fait que les gouvernements provinciaux centrent leur attention sur le bien-être a encouragé les communautés à examiner leur capacité et leur autonomie, de même que leurs besoins actuels et à venir en matière de services de santé. Cela a amené les communautés à s'intéresser aux questions de santé et à intervenir sur ce plan. »

« ... la restructuration découlant de la réforme de la santé a nui à certains projets communautaires. Les projets qui reposaient sur des structures, comme la Division des soins infirmiers en santé publique, ont éprouvé des difficultés lorsque ces structures ont été démantelées. Dans certains cas, personne au sein du système de réforme ne s'était vu assigner la responsabilité de continuer à soutenir les initiatives de promotion de la santé amorcées sous l'ancien système. »

« Il est difficile de promouvoir une seule question, comme celle de la santé cardiovasculaire, alors qu'il y a tant d'autres besoins pressants. »

L'isolement géographique a également été cité parmi les facteurs entravant le succès du programme. La distance par rapport aux grands centres ou le fait de ne pas être relié aux grandes routes et voies de communication en a compliqué l'animation continue. Par conséquent, un certain nombre d'initiatives se sont avérées impraticables ou extrêmement difficiles à mener à bien. Il n'est pas surprenant que ce point soit soulevé compte tenu de l'ampleur géographique du Canada et du dispersement de la population canadienne.

Ressources

Le personnel, les contributions non financières et le financement sont considérés comme d'importants facteurs liés aux ressources du programme. Plus précisément, on estime que la présence et l'utilisation de personnel bénévole contribue de façon significative à la réussite du programme, une perception que vient renforcer le nombre substantiel de bénévoles et d'heures bénévoles documentées par beaucoup de projets. Comme l'a souligné un répondant, l'initiative « a démontré de façon convaincante que les meilleurs atouts des projets étaient les gens ».

« Les contributions d'une main d'œuvre bénévole accroissent le succès du projet... Partout où des projets ont été mis sur pied, des ressources bénévoles de la communauté et des partenaires ont contribué à leur mise en œuvre et à leur amélioration. »

Il est intéressant de souligner que les attentes des répondants au sujet de la nature de la participation des bénévoles aux programmes n'ont pas été comblées. De l'avis d'un grand nombre, l'efficacité du programme dépendait de l'engagement du personnel bénévole face à leurs projets, de leur désir d'y consacrer beaucoup de temps et d'énergie et de leur disponibilité pour assister à des rencontres régulières en dépit d'horaires souvent chargés. L'engagement à long terme des bénévoles vis-à-vis des projets est jugé essentiel pour assurer la continuité du personnel et, partant, celle du projet. À l'inverse, on considère qu'un manque de continuité au sein des effectifs a des retombées négatives sur l'efficacité du programme.

Tous s'entendent sur la nécessité de bien utiliser le temps et les compétences des bénévoles, en établissant des normes (p. ex., descriptions de travail, politiques de recrutement et de congédiement, développement des compétences) et des programmes de recrutement, en les jumelant aux compétences requises et en leur donnant du soutien. Les répondants considèrent en outre qu'il importe de reconnaître les contributions des bénévoles au moyen d'éloges, de petites récompenses et de mesures de reconnaissance par toute la communauté.

« Les changements très marqués sur le plan de la structure de l'organisation, du personnel et de l'orientation ont embrouillé le projet... À défaut d'une masse critique de mémoire du projet, la vision n'a pas été transposée au sein de la nouvelle structure. Le projet original s'est par la suite terminé après deux ans. »

L'apport en ressources non financières de divers organismes et partenaires de la communauté est considéré comme un élément clé du succès de bien des projets. Dans certains cas, on considère que ces contributions ont joué un rôle encore plus important que celles de nature purement financière. Les projets et programmes qui n'ont eu accès qu'à des ressources limitées de ce type semblent avoir connu moins de succès.

« Rien ne prouve que le manque de fonds supplémentaires ait limité d'une quelconque façon l'engagement ou la participation au chapitre de la santé cardiovasculaire. On a découvert, cependant, que sans une aide non financière des écoles, des organismes locaux et des organismes de santé, les projets ne pouvaient pas fonctionner. »

Beaucoup estiment que l'accès aux ressources financières aurait pu être amélioré. Bien qu'il soit généralement reconnu que le financement des programmes était restreint, certains facteurs comme le moment où il est versé, et particulièrement la restriction du financement aux contrats à court terme, ont parfois limité les réalisations.

De même, les conditions applicables au financement et les problèmes administratifs que pose l'accession aux fonds ont eu tendance à ralentir certains programmes. D'aucuns ont suggéré que le versement des fonds s'échelonne sur toute la durée du projet et que le financement continu soit lié aux réalisations attendues et au respect d'une série de normes pré-établies. Les attentes de niveau national (p. ex., en termes d'évaluation ou de rapports financiers) devraient aussi

être précisées très clairement dès le début du programme au moyen de normes ou de critères écrits. Cela aiderait à éviter les « querelles administratives » et la perte de crédibilité au sein de la communauté.

Organisation et gestion

Selon les répondants, un certain nombre de facteurs liés à l'organisation et à la gestion ont joué un rôle clé dans le succès des programmes de santé cardiovasculaire. Ils estiment, plus précisément, que la mesure dans laquelle les communautés se sont « approprié » les projets a très largement contribué à leur succès et à leur viabilité à long terme. Selon eux, le développement d'un tel sentiment d'appartenance dépend de plusieurs facteurs liés à la nature des interactions du programme avec la communauté, et particulièrement à la mesure dans laquelle elle participe aux décisions. Qui plus est, on estime que les projets sont plus susceptibles d'être couronnés de succès s'ils sont « greffés » aux besoins cernés de la communauté et s'ils s'attaquent aux programmes d'action déjà établis. Pour cette raison, il s'est avéré utile de consacrer du temps et des efforts à se familiariser avec la culture et les priorités de la communauté.

L'animation constante des projets individuels est également perçue comme un important facteur de réussite du programme et comme un élément critique du « maintien de la lancée ». Les répondants ne l'associent pas au contrôle du projet, mais considèrent plutôt que le soutien de gestionnaires semble produire les meilleurs résultats. Cela appuie les conclusions susmentionnées au sujet de l'appartenance communautaire. Les participants ont besoin de sentir que les projets sont les leurs et qu'ils possèdent un certain pouvoir de décision. Cependant, sans l'aide ou l'animation de gestionnaires d'expérience, ils peuvent se sentir dépassés et incapables de réaliser tout le potentiel des projets.

L'équilibre entre l'appartenance et l'animation n'était pas facile à maintenir, surtout qu'une « incapacité à assumer un rôle de « leadership d'animation » amènerait les comités à se sentir « trahis » par le système ». En dépit des difficultés associées à cette approche, tous s'entendent pour dire qu'il existe « de grandes possibilités d'assurer une participation communautaire active aux questions de santé en ayant recours au comité communautaire et au modèle d'animation ».

Mentionnons également, parmi les principaux facteurs qui contribuent au succès du programme, l'existence « de buts, d'objectifs et d'une orientation clairement définis et adoptés par le comité » ainsi que d'une définition claire des rôles et attentes du personnel affecté au projet. Selon les répondants, un manque d'objectifs clairs peut conduire à des décisions embrouillées, et la transmission de messages non uniformes à la communauté risque de nuire à la crédibilité du programme. La définition de rôles clairs est considérée comme un moyen de réduire la tension au sein du personnel et de le rendre plus responsable et engagé.

« ... la forte participation communautaire a accru l'appartenance du projet et a assuré la stabilité nécessaire pour qu'il prospère dans un contexte en pleine évolution. »

« Quelqu'un doit être responsable de la coordination globale. Il est absolument essentiel de faire connaissance avec les dirigeants de la communauté et de faciliter l'intégration du projet à la vie communautaire. »

« L'expérience des emplacements montre la nécessité d'une planification stratégique annuelle. Là où les communautés ont pris part à la planification, les interventions ont fait l'objet d'une meilleure promotion et ont attiré davantage de participants. L'élaboration d'un plan s'est révélée importante pour rallier les membres de la communauté au projet. Le processus de planification a aidé à évaluer et à refléter les besoins, les enjeux et le climat politique actuels. »

« Les membres ont laissé entendre qu'il était essentiel de clarifier les rôles dès la formation d'un comité, puisque cela crée des attentes communes et, de ce fait, diminue les risques de conflit. »

un moyen de réduire la tension au sein

Les répondants sont d'avis qu'il importe que les programmes aussi bien que les projets individuels soient bien dirigés. Les meilleurs dirigeants sont des personnes charismatiques, bien en vue, qui sont respectées dans le secteur de la santé et dans la communauté. Souvent perçues comme les « champions de la cause » de la santé cardiovasculaire, ces personnes facilitent l'établissement d'un climat propice à la constitution de réseaux, à l'intervention et au renforcement de la communauté. Les programmes et les projets qui ont réussi à attirer des gens possédant ces « atouts », surtout dès le départ, avaient plus de chances d'être viables à long terme.

D'après les répondants, la création de partenariats avec des groupes communautaires les a aidés à mieux comprendre la culture et la dynamique des diverses communautés. Cela s'est avéré particulièrement avantageux dans les communautés rurales, où la collaboration avec les groupes établis (p. ex., les sociétés agricoles) a contribué au succès global des projets.

L'un des obstacles au succès mentionné par les répondants est la difficulté à régler les différends au sujet du niveau d'intervention indiqué pour les programmes. On a parfois consacré trop de temps à l'élaboration de concepts et pas assez à des mesures concrètes visant à améliorer la santé cardiovasculaire. En outre, dans certains cas, le comité de coordination n'était pas perçu comme « un mécanisme efficace pour la prise de décision », ce qui restreignait sa capacité à régler ces questions ainsi que d'autres.

Les problèmes relationnels entre les particuliers, les organismes et les coalitions ont parfois gêné l'évolution du programme. Ainsi, la concurrence entre les organismes a été perçue comme un obstacle important à la réalisation du potentiel des projets, étant donné qu'elle a conduit à des luttes de pouvoir, à des guerres intestines et des opinions contra-dictoires au sujet des contributions des différents organismes ainsi qu'à des préoccupations relatives à l'autonomie organisationnelle. Ces conclusions mettent en lumière la nécessité de faire preuve de souplesse en travaillant avec les organismes établis, de même que l'importance de clarifier continuellement les rôles de chacun de manière à établir la collaboration, à régler les problèmes et à définir les avantages mutuels.

Les tensions interpersonnelles figurent aussi parmi les obstacles cités. Les problèmes de communication et les conflits de personnalité entre les gestionnaires et le personnel sur le terrain ont limité la collaboration et le travail d'équipe.

Évaluation

Il est généralement reconnu que les stratégies d'évaluation participative s'avèrent très utiles pour faire mieux accepter le processus d'évaluation par la communauté. En outre, les répondants sont d'avis que le fait d'intéresser celle-ci au processus d'élaboration permet de produire de meilleurs outils d'évaluation et, en définitive, de la meilleure information. En même temps, cela donne aux participants de la communauté la possibilité d'accroître leurs propres compétences – par exemple, en vérification de données, en instruments de pilotage et en techniques de collecte de données.

« Le secteur de la santé se devait d'assurer une bonne direction des projets dans toutes les communautés afin de rallier les autres, particulièrement les cadres supérieurs des organismes de santé. Une aptitude à faire montre de crédibilité, à afficher un profil et à exercer une « influence » était nécessaire. La présence de dirigeants charismatiques et bien en vue s'avérait particulièrement importante au début du projet, afin d'attirer les autres. »

« Cette expérience a mis en évidence les avantages de conclure des partenariats avec des organismes « directeurs » bien établis qui soient capables de mobiliser les ressources et l'expérience nécessaires pour offrir les divers volets du programme avec relativement peu d'aide professionnelle ou technique de l'équipe responsable du programme central de santé cardiovasculaire. »

« Il est arrivé que la dynamique de groupe soit difficile et qu'il manque au groupe une orientation et un cadre communs en matière de promotion de la santé. Beaucoup de membres du conseil étaient davantage intéressés à accomplir des tâches et étaient frustrés de la nature conceptuelle du travail du conseil. »

de chacun de manière à établir la

Il est toutefois intéressant de souligner que l'évaluation participative a, dans certains cas, nui à l'objectif visant à établir des comparaisons entre les emplacements ainsi qu'à la capacité de transférer la recherche à d'autres groupes. En outre, étant donné que les composantes de l'évaluation commune n'avaient pas été définies avant d'amorcer le projet, certaines données importantes n'ont pas été recueillies à ses débuts.

« Le désavantage du processus participatif est qu'en ne désignant pas les composantes de l'évaluation commune avant d'entreprendre le projet (comme cela se fait dans les paradigmes de recherche traditionnels), on ne recueille pas certaines données importantes au début du projet. »

Les répondants considèrent que la réaction immédiate aux résultats d'évaluation qui sont faciles à comprendre est un élément essentiel du succès de l'évaluation. Une telle rétroaction, particulièrement au début du projet, encourage les bénévoles et les employés à voir la pertinence des données du point de vue pratique et à utiliser les résultats dans le cadre de la planification de projets.

D'autres composantes d'une évaluation réussie ont été définies, dont les suivantes : établissement d'objectifs réalistes qui répondent aux besoins des principaux intervenants; intégration de l'évaluation au processus de planification; recours à des équipes d'évaluation indépendantes et à des critères d'évaluation pondérés; inclusion de certains indicateurs du « processus » ainsi que des « résultats »; définition claire du rôle de l'évaluateur; et réalisation d'une évaluation continue, à l'aide des ressources appropriées. Qui plus est, tous d'entendent pour dire que les capacités de contrôle et d'évaluation de chaque communauté devraient être évaluées au début du programme et que les ressources et le soutien nécessaires au développement des compétences devraient leur être fournis.

« Il fallait des rappels constants de la stratégie d'évaluation idéale par rapport à la réalité tenant compte du temps et des ressources. »

Les participants ont en outre identifié plusieurs aspects de l'évaluation qui ont fait obstacle au succès du programme. Il leur a semblé que les critères, les cadres et les résultats d'évaluation n'étaient pas disponibles lorsqu'ils s'avéraient nécessaires ou que, s'ils l'étaient, ils changeaient en cours de route. Des problèmes ont en outre été décelés au niveau des processus de diffusion des résultats d'évaluation. Ainsi, par exemple, il n'y avait aucune mesure systématique du temps et des contributions des particuliers et des organismes, pas d'information qui puisse en définitive servir à renforcer l'argument en faveur des approches utilisées par le programme de santé cardiovasculaire.

Certains estiment en outre que les critères destinés à évaluer les programmes ne sont pas réalistes ou sont inappropriés, ce qui fait que les guides d'évaluation ne sont parfois pas utilisés comme ils pourraient l'être.

« Alors que la plupart des évaluations ont été gérées en termes de collecte et d'analyse de données, la transmission des résultats aux organismes partenaires en temps opportun a sans aucun doute été l'aspect le plus faible de notre démarche d'évaluation. »

Finalement, certains ont souligné que le manque de fonds affectés précisément aux évaluations causait de la tension et nuisait à leur réalisation efficace. Il y a un certain tiraillement entre la nécessité de concevoir et offrir des activités de programme et celle d'en assurer une évaluation approfondie. Cela a provoqué une situation dans laquelle « on enlève à l'un pour donner à l'autre ».

Soutien technique

Les commentaires au sujet du soutien technique ont surtout porté sur la formation, jugée essentielle pour rendre le personnel et les bénévoles plus aptes à s'acquitter de leurs rôles et responsabilités désignés.

De la formation a été offerte sous de nombreuses formes aux professionnels de la santé, aux employés et aux bénévoles des différentes communautés. Cela a favorisé le déroulement efficace des projets et a contribué au développement de compétences et d'aptitudes qui demeureront longtemps après l'Initiative. Un éventail de compétences étaient requises; le personnel central de gestion, par exemple, a bénéficié de l'acquisition de compétences en résolution de conflit, en gestion de groupe, en constitution d'équipes et en techniques de communication efficace.

« L'une des principales leçons est qu'il faudrait offrir de la formation afin d'accroître l'aptitude des bénévoles et du personnel à s'acquitter des rôles et responsabilités qui leur sont confiés. »

Les coordonnateurs de la communauté, pour leur part, ont eu besoin de formation dans certains domaines comme la gestion de projet et la budgétisation.

Le développement de compétences grâce à la formation et la création de partenariats avec des organismes communautaires bien établis qui avaient des compétences à offrir sont des facteurs qui ont contribué à la promotion de la compétence du personnel et, en définitive, au succès des projets. Dans certains cas, cette formation a été dispensée par des experts de l'extérieur appelés à transmettre une compétence en particulier. Parmi les autres techniques utilisées, mentionnons la « formation par les pairs » et la fourniture de matériel éducatif, comme des manuels de formation et des bandes vidéo.

Les répondants ont commenté la nécessité d'assurer un soutien technique flexible et ont souligné que l'un des buts premiers du développement de compétences est qu'il devrait profiter à long terme à la communauté plutôt que seulement « régler » le problème. Cela appuie les objectifs du programme en matière de renforcement de la capacité, c'est-à-dire que les projets ont été conçus de manière à illustrer des moyens efficaces d'établir l'infrastructure de programme requise aux multiples niveaux pour soutenir la mise sur pied et la poursuite constantes d'initiatives communautaires en santé cardiovasculaire.

L'ICSC visait à faire en sorte que la prévention des MCV devienne une question de santé publique, une question à aborder selon une approche communautaire axée sur la santé de la population plutôt que selon une approche clinique uniquement. Pour y parvenir, les gouvernements fédéral et provinciaux ont amorcé une collaboration grâce à laquelle le système de santé publique a contribué à la mise sur pied d'une base de données nationale sur la santé cardiovasculaire ainsi qu'à la mise en œuvre de programmes de démonstration dans toutes les provinces. L'évaluation du processus indique que ces objectifs ont été atteints. L'un des ingrédients clés du succès de la mobilisation du système de santé en vue d'aborder la prévention des MCV a été l'engagement du gouvernement fédéral à verser des fonds de contrepartie aux provinces pour leurs programmes de santé cardiovasculaire ainsi que le soutien technique et stratégique assuré à l'ensemble de l'Initiative par Santé Canada. L'évaluation du processus entourant l'étape de démonstration – le sujet du présent rapport – révèle qu'une somme considérable d'activités de programme et de recherche ont été mises sur pied dans toutes les provinces et ont contribué directement à la réalisation des objectifs de l'ICSC.

L'évaluation du processus met en lumière les grandes contributions et perspectives suivantes découlant de l'étape de démonstration.

L'étape de démonstration de l'ICSC a donné lieu à la création de partenariats au sein des gouvernements et entre les divers paliers gouvernementaux ainsi que dans les secteurs public, privé et bénévole.

Les partenariats et la collaboration intersectorielle sont les pierres angulaires d'une approche vis-à-vis de la promotion de la santé axée sur la santé publique (Déclaration de Victoria sur la santé cardiovasculaire, 1992; Déclaration de Catalogne, 1996; Déclaration de Singapour, 1999; Déclaration d'Osaka, 2001). L'étape de démonstration de l'ICSC a permis de créer des partenariats et d'apprendre comment en maximiser l'efficacité. Bien qu'il soit trop tôt pour saisir les retombées à long terme de ces partenariats, la démonstration a donné lieu à l'établissement d'une infrastructure de collaboration à des fins de promotion de la santé cardiovasculaire à travers le Canada. Cette infrastructure englobe ce qui suit.

- Des alliances stratégiques à l'échelle internationale (p. ex., avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et les pays qui prennent part à ses initiatives en matière de prévention des maladies cardiovasculaires et non transmissibles)
- Des partenariats à l'échelle nationale. Mentionnons principalement ceux conclus entre les organismes professionnels nationaux voués à la santé, la Fondation des maladies du cœur du Canada et Santé Canada. Ces partenariats illustrent une tentative en vue de resserrer les liens entre les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux, ce qui est essentiel à la mise en œuvre efficace de la politique en matière de santé cardiovasculaire (Déclaration de Singapour, 1999).
- Des partenariats à l'échelle provinciale. La plupart des programmes provinciaux ont été menés par une coalition provinciale réunissant de nombreux organismes des secteurs privé, universitaire et professionnel de la santé. Les contributions non financières déclarées par ces divers secteurs illustrent une importante mobilisation de partenaires traditionnels et non traditionnels en vue de promouvoir la santé cardiovasculaire.
- Des liens nationaux-provinciaux. L'un des aspects innovateurs du modèle de l'ICSC est le lien entre le gouvernement fédéral et les ministères provinciaux de la Santé. Les conclusions de l'étape de démonstration illustrent les résultats de l'entente de cofinancement combinée au soutien technique et stratégique assuré par Santé Canada.
- Des liens provinciaux-locaux. Les liens nationaux-provinciaux ont été reflétés aux niveaux provincial et local. L'étape de démonstration a permis de mobiliser avec succès de nombreux organismes de santé et autres en vue de mettre en œuvre des programmes de santé cardiovasculaire à l'échelle provinciale et communautaire. Les organismes provinciaux ont surtout assuré une aide technique et stratégique, tandis que la mise en œuvre des programmes a été confiée (mais non exclusivement) aux organismes locaux.

Ces partenariats et ces liens fournissent un cadre préliminaire pour la conclusion des alliances stratégiques nécessaires à la promotion de la santé cardiovasculaire et d'autres initiatives similaires. Les conclusions apportent des connaissances nouvelles sur la façon de mettre en œuvre une politique nationale en matière de santé en utilisant une approche intersectorielle pour mobiliser le système de santé et favoriser l'action à de multiples niveaux.

L'étape de démonstration a accru la capacité aux niveaux national, provincial et communautaire.

L'une des leçons importantes découlant du lancement de programmes novateurs de recherche et de démonstration en matière de prévention des MCV a été la nécessité d'intégrer la promotion de la santé (cardiovasculaire) au système de santé publique afin d'assurer la viabilité (Mittelmark *et al.*, 1993). Par conséquent, cela est devenu une caractéristique déterminante de l'ICSC. L'un des principaux résultats de l'étape de démonstration de l'Initiative a été la définition des diverses dimensions de la capacité (p. ex., compétences en planification globale de programmes, recherche participative) nécessaires pour assurer le succès des activités de promotion de la santé cardiovasculaire et renforcer certaines de ces dimensions. C'est ainsi, par exemple, que l'on a accru la capacité nationale et provinciale d'assurer du soutien stratégique et technique ainsi que la capacité des fournisseurs locaux et provinciaux de services de santé d'appuyer la mise en œuvre des programmes de santé cardiovasculaire.

Les résultats de l'étape de démonstration liés au renforcement de la capacité ont aidé à centrer l'étape suivante, celle de la diffusion de l'ICSC, sur le renforcement de la capacité. Cela est conforme aux ouvrages publiés, dans lesquels on laisse entendre qu'il faudrait acquérir de nouvelles connaissances sur les divers aspects de la capacité (Hawe *et al.*, 1997; Goodman *et al.*, 1998), sur les façons de la mesurer, particulièrement au niveau organisationnel (Steckler *et al.*, 1997) et sur les moyens de la renforcer (Schwartz *et al.*, 1993; Jackson *et al.*, 1994).

Au cours de l'étape de démonstration, on a conçu et mis à l'essai des programmes de promotion de la santé cardiovasculaire axés sur la population et adaptés au Canada.

L'utilisation de stratégies axées sur la population à des fins de prévention de la maladie et de promotion de la santé constitue une nouvelle approche (Rose, 1992; Pederson *et al.*, 1994). Il est donc prioritaire de définir des stratégies de mise en œuvre efficaces. On reconnaît de plus en plus que les stratégies de promotion de la santé axées sur la population doivent être choisies et adaptées de manière à s'harmoniser au contexte dans lequel elles sont mises en œuvre (Green *et al.*, 1996). L'étape de démonstration de l'ICSC constitue un premier pas vers l'élaboration de programmes de santé cardiovasculaire axés sur la population qui conviennent aux divers emplacements et aux diverses structures de prestation des services de santé au Canada. Ce bassin de programmes devient la matière première à partir de laquelle cerner les meilleures pratiques en vue d'adopter une approche axée sur la santé de la population vis-à-vis de la prévention des MCV (Cameron *et al.*, 1998).

L'étape de démonstration a établi une plate-forme pour la recherche liée à la mise en œuvre.

La recherche sur les programmes communautaires de prévention des MCV a mis l'accent avant tout sur les résultats liés aux comportements et aux facteurs de risque (Ebrahim et Smith, 1997; Sellers *et al.*, 1997). Cela n'englobe pas le processus de mise en œuvre, qui est de plus en plus reconnu comme facteur de réussite déterminant (Mittelmark *et al.*, 1993; Johnson *et al.*, 1996). L'étape de démonstration de l'ICSC, reconnaissant cette lacune au niveau des connaissances, a surtout mis l'accent sur le processus de mise en œuvre. Elle a permis d'en tirer beaucoup de leçons, qui sont décrites en détail au chapitre quatre. L'une des résultantes de ces leçons est une série préliminaire de facteurs de réussite déterminants pour la mise en œuvre des programmes provinciaux et communautaires de santé cardiovasculaire énumérés dans l'encadré 5.1. Ces facteurs soutiennent les approches socio-écologiques en matière de promotion de la santé (Green *et al.*, 1996) étant donné qu'ils démontrent la forte influence des facteurs contextuels ainsi que des facteurs agissant à de multiples niveaux (p. ex., individuel, organisationnel, communautaire, contextuel global).

Encadré 5.1 – Facteurs de réussite

Selon les répondants, les facteurs suivants contribuent au succès des initiatives en santé cardiovasculaire :

- « Appartenance » communautaire des projets
- But, orientation et rôles clairement définis
- Processus d'évaluation participative bien planifié
- Programmes de formation flexibles et soutien technique conçu pour profiter à long terme à la communauté
- Cadre stratégique favorable
- Conditions économiques liés à la santé
- Accessibilité au plan géographique
- Utilisation avisée des services bénévoles
- Contributions sous forme de ressources non financières
- Accès à du financement à long terme
- Normes et critères écrits de financement

L'étape de démonstration a permis de définir des orientations claires en ce qui a trait à la recherche et aux politiques requises pour améliorer encore davantage la promotion de la santé (cardiovasculaire) au Canada et ailleurs.

L'une des principales leçons tirées de l'étape de démonstration de l'ICSC est qu'il faut prévoir un délai long et flexible pour la mise en œuvre à l'échelle nationale d'une approche axée sur la santé publique vis-à-vis de la prévention des MCV. D'après les résultats de l'étape de démonstration, il y aurait lieu de donner la priorité aux orientations suivantes.

- a) *Continuer de renforcer la capacité.* Bien que l'étape de démonstration fasse ressortir une mobilisation considérable, la « dose préventive » n'a pas été atteinte. Il faut rejoindre plus de gens, plus d'organismes et plus de communautés.
- b) *Examiner des moyens de mieux intégrer la promotion de la santé cardiovasculaire à l'actuel système de santé.* À la fin de la période de référence, le système de santé publique n'était pas pleinement mobilisé en tant que plateforme de prestation de services de santé cardiovasculaire. Malgré les nombreuses leçons apprises au sujet de l'importance des facteurs contextuels, l'objectif de l'ICSC visant à intégrer la promotion de la santé cardiovasculaire au système de santé publique n'a été atteint que partiellement, en raison notamment de la réforme du système de santé qui s'est produite dans la plupart des provinces durant toute l'étape de démonstration.
- c) *Tabler sur le programme de recherche liée à la mise en œuvre.* L'étape de démonstration de l'ICSC a donné lieu à la définition de nouveaux programmes de recherche sur les MCV et a mis en lumière l'importance d'étudier le processus entourant la mise en œuvre de stratégies efficaces de prévention des maladies chroniques à l'échelle nationale. Cela devrait nous permettre de mieux comprendre les résultats à court terme significatifs (p. ex., capacité, mise en œuvre de programme) qui favoriseront des retombées à plus long terme en matière de santé de la population. L'étape de démonstration de l'ICSC a commencé à combler cette lacune sur le plan de la recherche et à stimuler le programme de recherche et d'activité en vue de l'étape suivante, celle de la diffusion.

BIBLIOGRAPHIE

Cameron R, Walker R et Jolin MA. International best practices in heart health. Toronto, ON : Heart Health Resource Centre/Association pour la santé publique de l'Ontario, 1998.

Carleton RA, Lasater TM, Assaf AR *et al.* The Pawtucket Heart Health Program: Community changes in cardiovascular risk factors and projected disease risk. *American Journal of Public Health* 1995; 85(6): 777-785.

Déclaration de Catalogne – Investing in heart health. Déclaration du Conseil consultatif de la Deuxième conférence internationale sur la santé cardiovasculaire, Barcelone, Catalogne (Espagne), 1^{er} juin 1995. Autonomous Government of Catalonia Department of Health and Social Security, 1996.

Déclaration d'Osaka – Health, economics and political action: stemming the global tide of cardiovascular disease. Déclaration du Conseil consultatif de la Quatrième conférence internationale sur la santé cardiovasculaire, Osaka, Japon, mai 2001

Déclaration de Singapour – Forging the will for heart health in the next millennium. Déclaration du Conseil consultatif de la Troisième conférence internationale sur la santé cardiovasculaire, Singapour (2 septembre 1998. Singapore National Heart Association, 1999).

Déclaration de Victoria 2000 – Women, heart diseases and stroke, science and policy in action. Déclaration du Conseil consultatif de la Première conférence internationale sur les femmes, les maladies du cœur et les accidents vasculaires cérébraux, Victoria (8-10 mai 2000). Santé Canada, Ottawa, Canada.

Déclaration de Victoria sur la santé cardiovasculaire : déclaration du Conseil consultatif à la Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire. Victoria, Canada, 29 mai 1992. Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, Canada, 1993.

Ebrahim S et Smith GD. Systematic review of randomised controlled trials of multiple risk factor interventions for preventing coronary heart disease. *British Medical Journal* 1997; 314(7095): 1666-1674.

Elliott S *et al.* Assessing public health capacity to support community based heart health promotion: The Canadian Heart Health Initiative Ontario Project (CHIOP). *Health Education Research* 1998; 13:607-622.

Fortmann SP et Varady AN. Effects of a community-wise health education program on cardiovascular disease morbidity and mortality. *American Journal of Epidemiology* 2000; 152: 316-323

Goodman RM, Speers MA, McLeroy K *et al.* Identifying and defining the dimensions of community capacity to provide a basis for measurement. *Health Education and Behavior* 1998; 25(3): 258-278.

Green LW, Richard L et Potvin L. Ecological foundations of health promotion. *American Journal of Health Promotion* 1996; 10(4): 270-281.

Hawe P, Noort M, King L *et al.* Multiplying health gains: The critical role of capacity building within health promotion programs. *Health Policy* 1997; 39: 29-42.

Fondation des maladies du cœur du Canada. Les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux au Canada. Ottawa, Canada, 1997.

Fondation des maladies du cœur du Canada. Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada. Ottawa, Canada, 1999.

Jackson C, Fortmann SP, Flora JA *et al.* The capacity building approach to intervention maintenance implemented by the Stanford Five-City Project. *Health Education Research* 1994; 9(3): 385-396.

Johnson JL, Green LW, Frankish CJ *et al.* A dissemination research agenda to strengthen health promotion and disease prevention. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique* 1996; 87(2): S5-S10.

Luepker RV, Murray DM, Jacobs DR *et al.* Community education for cardiovascular disease prevention: risk factor changes in the Minnesota Heart Health Program. *American Journal of Public Health* 1994; 84: 1383-1393.

Mittelmark MB, Hunt MK, Heath GW *et al.* Realistic outcomes: lessons from community-based research and demonstration programs for the prevention of cardiovascular disease. *Journal of Public Health Policy* 1993; 14(4): 437-462.

Orlandi M. Health promotion technology transfer: organizational perspectives. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique* 1996; 87:S28-S33.

Pederson A, O'Neill M, Rootman I. Health promotion in Canada: provincial, national and international perspectives. Toronto: W.B. Saunders, 1994.

Promotion de la santé cardio-vasculaire au Canada : rapport du groupe de travail sur la prévention et le contrôle des maladies cardio-vasculaires présenté au Comité consultatif fédéral-provincial de la santé communautaire. Ottawa, Canada, juin 1987.

Puska P, Nissinen A et Tuomilehto J. The community-based strategy to prevent coronary heart disease: conclusions from the ten years of the North Karelia Project. *Annual Review of Public Health* 1985; 6: 147-193.

Rose G. The strategy of preventive medicine. New York: Oxford University Press, Inc., 1992.

Schwartz R, Smith C, Speers MA *et al.* Capacity building and resource needs of state health agencies to implement community-based cardiovascular disease programs. *Journal of Public Health Policy* 1993; 14(4): 480-494.

Sellers DE, Crawford SL, Bullock K *et al.* Understanding the variability in the effectiveness of community heart health programs: A meta-analysis. *Social Science and Medicine* 1997; 44(9): 1325-1339.

Stachenko S. Evaluation guidelines for heart health, Santé Canada, Ottawa, Canada, 1991.

Steckler A, Goodman RM et Alciati MH. Collecting and analysing organizational level data for health behavior research (Editorial). *Health Education Research* 1997; 12(3): i-iii.

Taylor SM *et al.* Heart health promotion: predisposition, capacity and implementation in Ontario public health units, 1994-96. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique* 1998; 89:406-409.

World Health Organization, Regional Office for Europe. Positioning CINDI to meet the challenges. Copenhagen, Denmark, 1992.

PUBLICATIONS

Angel, A., Reeder, B.A., Chen, Y., Senthilselvan, A., Depres, J.P., Leiter, L. et Rabkin, S. (1994). Clustering of cardiovascular disease risk factors with abdominal obesity in Canada. (résumé). *International Journal of Obesity*. 18(Suppl. 2):100.

Balram, C., Connelly, P., Gelskey, D.E., Hogan, K. *et al.* (1992). Canadian heart health surveys: A profile of cardiovascular risk. *Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association médicale canadienne*, juin (Suppl.):1-56.

Barnett, T., O'Loughlin, J., Paradis, G. et Renaud, L. (1997). Reliability of proxy reports of parental smoking by elementary school children. *Annals Epidemiology*. 7:396-399.

Bernatchez, R.(1995). Un coeur en santé! *La Presse*, 2 avril 1995: C1-C3.

Brown, M.G., Langille, D.B. et MacLean, D.R. (1992). High-risk of multifactorial public health strategies to reduce CVD. *The Canadian Journal of Cardiology = Journal canadien de cardiologie*, 9 mai (Suppl. D).

Brunt, H., Reeder, B.A., Stephenson, P., Love, E. et Chen, Y. (1995). The Hutterite and rural Saskatchewan heart health surveys: A comparison of physical and laboratory measures. Dans : McDuffie, H., Dosman, J., Semchuk, K., Olenchok, S. et Senthilselvan, S. (éds.): *Agricultural Health and Safety: Workplace, Environment, Sustainability*. CRC Press Inc., Lewis Publishers, Boca Raton. Florida, 1995; Chapitre 6.1:513-20.

Brunt, H., Reeder, B.A., Stephenson, P., Love, E. et Chen, Y. (1994). The Hutterite and rural Saskatchewan heart health surveys: A comparison of physical and laboratory measures. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*. 85(5):299-302.

Burn, G.E., Naylor, P.J., Green, L.W., Frankish, J., MacLeod-Williams, H. et O'Connor, B. (sous presse). Assessment of a worksite-based lifestyle screening programme with reference to motivation to change behavior. *American Journal of Health Promotion*.

Cameron, R., Jolin, M.A., Walker, R., McDermott, N., Gough, M. (sous presse). Linking science and practice: Towards a system for enabling communities to adopt best practices for chronic disease prevention. *Health Promotion Practice*.

Cameron, R., Walker, R., Gough, M., McDonald, P. (sous presse). Linking public health science and practice: an example from the Canadian Heart Health Initiative. *Leadership in Health Services = Leadership dans les services de santé*.

Cameron, R., Walker, R., Jolin, M.A. (1998). Public policy project, Newfoundland and Labrador heart health project. *International Best Practices in Heart Health*. Heart Health Resource Centre, Ontario. pp. 78-83.

Cameron, R., Brown, K.S. et Best, J.A. (1996). The dissemination of chronic disease prevention programs: Linking science and practice. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*. 87(S2):S50-S53.

Cameron, R., Walker, R., Elliott, S.J. et Taylor, S.M. (1996). Update on the Canadian Heart Health Initiative – Ontario Project (CHHIOP). *Public Health and Epidemiology Report Ontario*, 7(1):10-12.

The Canadian Heart Health Survey's Research Group (Reeder, B.A., co-author). (1992). The Federal-Provincial Canadian Heart Health Initiative. Éditorial. *Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association médicale canadienne*. 146(11):1915-1916.

Chen, Y., Reeder, B.A., Joffres, M., Young, T.K., MacDonald, S. et Gelskey, D. (1995). Cardiovascular risk factors in rural and urban residents of the Canadian Prairies. Dans : McDuffie, H., Dosman, J., Semchuk, K., Olenchok, S. et Senthilselvan, S. (éds.): *Agricultural Health and Safety: Workplace, Environment, Sustainability*. CRC Press Inc., Lewis Publishers, Boca Raton. Florida, 1995;Chapitre 6.2:521-524.

Chen, Y., Rennie, D.C. et Reeder, B.A. (1995). Age-related association between body mass index and blood pressure: The Humboldt Study. *International Journal of Obesity*. 19:825-835.

- Chen, Y., Rennie, D. et Reeder, B.A. (1994). Stronger relationship between body mass index and blood pressure in children and young adults than older persons: The Humboldt Study. *International Journal of Obesity*. 18(Suppl. 2):139.
- Chevalier, S., Dedobbeleer, N. et Tremblay, M. (1995). Identification des leaders d'une communauté. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*. 86(2):137-140.
- Chockalingam, A., Reeder, B., MacLean, D.R. et al. (1997). Prevalence of elevated serum cholesterol (LDL-C) and triglycerides (TG): The Canadian heart health data. *The Canadian Journal of Cardiology = Journal canadien de cardiologie*, 13 juin (Suppl. B):215B.
- Choinière, R., Lafontaine P., Edwards A.C. (2000). Distribution of cardiovascular risk factors by socioeconomic status among Canadian adults. *Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association médicale canadienne*, 162 (9 Suppl.): S5-S11.
- Cogdon, A. (1997). The heart health partnership project: Discovering new ways to enhance health in the Western Region. Health Promotion Atlantic Newsletter. Septembre, 3:3.
- Cogdon, A. (1996). Partnerships: Creating a win-win situation. Health Promotion Atlantic Newsletter. Summer Special Edition.
- Colin, C.(1996). L'expérience du Québec en promotion de la santé. *La Santé de l'Homme*. 1996:23-27.
- Connelly, P.W., MacLean, D.R., Horlick, L., O'Connor, B., Petrasovits, A. et Little, J.A. (1992). Plasma lipids and lipoproteins and the prevalence of risk of coronary heart disease in Canadian adults. *Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association médicale canadienne*. 146 (11 Suppl.):1977-1987.
- Damestoy, N., Renaud, L., Lampron, G., Kishchuk, N., Sylvestre, M., O'Loughlin, J. et Perreault, R. (1994). L'interdiction de la vente de tabac aux mineurs: Une concertation est nécessaire. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*. 85:85-88.
- Davidson, K., MacGregor, M.W., MacLean, D.R., McDermott, N. et Farquharson, J. (1996). Gender and potential for hostility ratings. *Health Psychology*. 15(4):298-302.
- Donovan, C. (1997). The Newfoundland and Labrador heart health program. Worldwide efforts to improve heart health. Centers for Disease Control and Prevention, Stanford, California. 28.
- Eastwood, J.A., Gregor, R.D., MacLean, D.R. et Wolf, H.K. (1996). Effects of recruitment strategy on response rates and risk factor profile in two cardiovascular surveys. *International Journal of Epidemiology*. 25(4):763-769.
- Ebbesen, L.S., Ramsden, V.R., Reeder, B.A. et Hamilton, T., -Beechy Program Team. (1997). Heart health in rural Saskatchewan. *L'Infirmière canadienne*. 93(2):27-30.
- Ebbesen, L.S., Ding, Y., Reeder, B.A. et Haennel, R.G. (1994). The relationship between physical activity and major CVD risk factors in a Canadian prairie population. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 26(5):S60.
- Ebbesen, L.S., Reeder, B.A., Knox, L.J., Neilson, S.D., Mansour, A., Steer S.L. et Rutherford, L. Community-based stroke and CVD prevention in Saskatchewan. Health Reports (Supplément) – Compte rendu de la Conférence internationale sur la prévention et l'épidémiologie des accidents cérébrovasculaires (janvier 1994).
- Elliott, S.J., Jolin, M.A., Walker, R. (2000). Partnering in and for heart health promotion: Findings from a survey of community organizations. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, 91(3):229-233.
- Elliott, S.J., Taylor, S.M., Wilson, K., Robinson, K., Riley, B. et Walker, R. (2000). Restructuring public health in Ontario: Implications for heart health. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, 91(2):94-97.
- Elliott, S.J., Taylor, S.M., Cameron, R. et Schabas, R. (1998). Assessing public health capacity to support community-based heart health promotion: The Canadian Heart Health Initiative, Ontario Project (CHHIOP). *Health Education Research*. 13(4): 607-18.
- Elliott, S.J., Taylor, S.M., Cameron, R. et Schabas, R. (1996). The meaning and priority of heart health promotion - A Canadian Heart Health Initiative – Ontario Project (CHHIOP) update. *Public Health and Epidemiology Report Ontario*, 7(5):295-297.
- Farquharson, J., MacLean, D., Heath, S., McDermott, N. (1997). Worksite heart health: Process and results of a pilot program. *The Canadian Journal of Cardiology = Journal canadien de cardiologie*, 13 juin (Suppl. B):78B.
- Fisher, L., Soubhi, H., Mansi, O., Paradis, G., Gauvin, L. et Potvin, L. (1998). Family process in health research: Extending a family typology to a new cultural context. *Health Psychology*. 17(4):358-366.

- Gelskey, D.E., Fox, J.G. et Hammond, G.W. (1989). Determining lipid risk factors for coronary heart disease [letter; comment]. *Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association médicale canadienne*. 149(5):493.
- Gelskey, D.E., Young, T.K. et Macdonald, S.M. (1994). Screening with total cholesterol: Determining sensitivity and specificity of the National Cholesterol Education Program's Guidelines from a population survey. *Journal of Clinical Epidemiology*. 47(5):547-553.
- Gray-Donald, K., O'Loughlin, J., Richard, L. et Paradis, G. (1997). Validation of a short telephone-administered questionnaire to evaluate dietary interventions in low-income communities. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 51:326-331.
- Green, K., Cameron, R., Polivy, J., Cooper, K., Liu, L., Leiter, L. et Heatherton, T., The Canadian Heart Health Surveys Research Group. (1997). Weight dissatisfaction and weight loss attempts among Canadian adults. *Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association médicale canadienne*. 157(1 Suppl.):S17-25.
- Heath, S., Dickinson, M., Cogdon, A., Hood, R., Farquharson, J., Salley, L. et MacLean, D. (1998). Organizational capacity for heart health promotion: Heart Health Nova Scotia. Dans : Susan J. Elliott (éditeur), *Qualitative Analysis in Process Evaluation for Heart Health Promotion*. Proceedings of a Workshop, Montréal, Québec, 25-27 février 1998.
- Heath, S., Farquharson, J., MacLean, D. *et al.* (1997). Evaluation of a women's centre smoking cessation program. *The Canadian Journal of Cardiology = Journal canadien de cardiologie*, 13 juin (Suppl. B):58B.
- Herbert, R. et White, R.E. (1995). Healthy hearts at work: Prince Edward Island Heart Health Program worksite pilot project. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing = Journal canadien du nursing cardiovasculaire*. 7(2):12-18.
- Hood, R., Farquharson, J., Heath, S., Cogdon, A. et MacLean, D.R. (1997). Heart health dissemination and its research in Nova Scotia. *The Canadian Journal of Cardiology = Journal canadien de cardiologie*, 13 juin (Suppl. B):132B.
- Joffres, M. (1993). The Alberta Heart Health Survey: Methods and results. *Canadian Journal of Cardiology = Journal canadien de cardiologie*. 9(4):330-308.
- Joffres, M. (1992). La santé cardiovasculaire : questions et défis de demain. *Promotion de la santé*, printemps 30(4).
- Joffres, M., Hamet, P., Rabkin, S.W., Gelskey, D.E., Hogan, K. et Fodor, G. (1992). Prevalence, control and awareness of high blood pressure among Canadian adults: Canadian Heart Health Surveys Research Group. *Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association médicale canadienne*. 146(11):1997-2005.
- Johnson, J.L., Green, L.W., Frankish, C.J., MacLean, D.R. et Stachenko, S. (1996). A dissemination research agenda to strengthen health promotion and disease prevention. *The Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*. 87 (Suppl. 2):S5-S10.
- Johnson-Down, L., O'Loughlin, J., Koski, K., Gray-Donald, K. (1997). High prevalence of obesity in low-income and multiethnic schoolchildren: a diet and physical activity assessment. *Journal of Nutrition*; 127: 2310-5.
- Le projet St-Louis du Parc a été décrit comme projet utilisant l'approche globale à la santé en milieu scolaire. Encart spécial de *Sélection Santé ACSF*, hiver 1993-1994:17(4).
- Ledoux, M., Lambert, J., Despres, J.P. et Reeder, B.A., The Canadian Heart Health Surveys Research Group. (1997). Correlation between cardiovascular risk factors and simple anthropometric measures. *Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association médicale canadienne*. 157(1 Suppl.):S46-S53.
- Ledoux, M., Lambert, J., Reeder, B.A., Despres, J.P., The Canadian Heart Health Surveys Research Group. (1997). A comparative analysis of weight to height and waist to hip circumference indices as indicators of the presence of cardiovascular disease risk factors. *Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association médicale canadienne*. 157(1 Suppl.):S32-S38.
- Ledoux, M., Lambert, J., Depres, J.P., Reeder, B.A., Angel, A. et Chen, Y. (1994). Measurement of obesity as predictor of cardiovascular disease (CVD) risk factors. (résumé). *International Journal of Obesity*. 18(Suppl. 2):100.
- Lessard, R., Lachance, B., Paradis, G., Potvin, L., Renaud, L., O'Loughlin, J., Pelletier, J. et Cameron, S. (1996). La santé du coeur, les habitudes de vie. *Actualité médicale*. 1996, mai, 2(1 Suppl.):1-15.
- Liu, L., Shuaib, A. et Reeder, B.A. (1991). Risk factors for ischemic stroke: Saskatchewan Heart Health Survey. Annual Meeting of the Canadian Congress of Neurological Sciences, Halifax, 19-22 juin (résumé). *Canadian Journal of Neurological Sciences = Journal canadien des sciences neurologiques*.
- Lowe-Wickens, W. et Maloff, B. (1997). CSHHP update (testimonials), Calgary Catholic School District *Reflections Bulletin*, Juin 1997.

- Lowe-Wickens, W. et Maloff, B. (1997). CSHHP physical activity interventions, Calgary Catholic School District *Reflections* Bulletin, Janvier 1997.
- Lowe-Wickens, W. et Maloff, B. (1996). CSHHP overview/update, *Calgary Regional Health Authority Bulletin*, Septembre 1996.
- Lowe-Wickens, W. et Maloff, B. (1996). CSHHP updates, Calgary Catholic School District *Reflections* Bulletin, Juin 1996.
- Lowe-Wickens, W. et Maloff, B. (1996). CSHHP updates, Calgary Catholic School District *Reflections* Bulletin, Avril 1996.
- Lowe-Wickens, W. et Maloff, B. (1995). Interventions, Calgary Catholic School District *Reflections* Bulletin, Décembre, 1995.
- Lowe-Wickens, W. et Maloff, B. (1994). CSHHP overview, *Schools come alive* newsletter (Health and Physical Education Council-Alberta Teachers Association), Septembre 1994.
- Lowe-Wickens, W. et Maloff, B. (1994). AHHP in a community near you. Dans : *Alberta Heart Health Project Bulletin*, Juin 1994.
- Lowe-Wickens, W. et Maloff, B. (1994). CSHHP report to the Calgary Catholic Board of Education, Mai 1994.
- Lowe-Wickens, W. et Maloff, B. (1993). Rapport du CSHHP au Calgary Board of Health, Décembre 1993.
- Lowe-Wickens, W. et Maloff, B. (n.d). Articles du CSHHP dans les bulletins scolaires d'intervention, jusqu'à une fois par mois dans deux écoles, sur 4 ans.
- Lowe-Wickens, W. et Maloff, B. (n.d). CSHHP in the Alberta Heart Health Project *Heartlines*, 6 articles sur 4 ans.
- Lowe-Wickens, W. et Maloff, B. (n.d.). Mises à jour du CSHHP dans le cadre de l'Alberta Heart Health Project « Backgrounder Package », (annuellement).
- Macdonald, S., Reeder, B.A., Chen, Y. et Despres, J.P., The Canadian Heart Health Surveys Research Group. (1997). Obésité in Canada – a descriptive analysis. *Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association médicale canadienne*. 157(1 Suppl.):S3-S9.
- Macdonald, S.M., Reeder, B.A., Chen, Y. et Depres, J.P., - Canadian Heart Health Surveys Research Group. (1994). Obesity in Canada – a descriptive analysis of the Canadian Heart Health Survey (résumé). *International Journal of Obesity*. 18(Suppl. 2):99.
- MacDonald, S., Joffres, M.R., Stachenko, S., Horlick, L., Fodor, G. (1992). Multiple cardiovascular disease risk factors in Canadian adults. Canadian Heart Health Surveys Research Group. *Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association médicale canadienne*. 146(11):2021-9.
- MacLean, D., Cogdon, A., Farquharson, J., Hood, R., Travers, K. et Petrasovits, A. (1997). Food for health: A nutritional initiative of the Nova Scotia Heart Health Program. Dans : *Implementing Dietary Guidelines for Healthy Eating*. Verner Wheelock (Ed). London: Chapman and Hall.
- MacLean, D.R. et Tan, M.H. (1997). Macrovascular disease. Dans : *Surveying and Preventing the Complications of Diabetes in Nova Scotia*. Diabetes Care Program of Nova Scotia.
- MacLean, D., Farquharson, J., Hood, R., Cogdon, A. et Kephart, G. (1997). What a difference a decade makes: Estimating change in CVD risk in the Nova Scotia Population. *The Canadian Journal of Cardiology = Journal canadien de cardiologie*. 13 (Suppl. B):248B.
- MacLean, D.R. et Glasunov, I., (Eds.): (1995). Cardiovascular disease prevention and control in diabetes. The WHO CINDI Programme Guidelines for Intervention. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 1995. EUR/ICP/CIND 94 03/PB01.
- MacLean, D.R., Petrasovits, A., Nargundkar, M. *et al.* (1992). Canadian Heart Health Surveys: A profile of cardiovascular risk: Survey methods and data analysis. *Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association médicale canadienne*. 146 (11 Suppl.):1969-1974.
- Mayo, N.E., Neville, D., Kirkland, S., Ostby, T., Mustard, C., Reeder, B.A., Joffres, M., Brauers, G. et Levy, A. (1996). Hospitalization and case-fatality rates for stroke in Canada from 1982 through 1991. The Canadian Collaborative Study Group of Stroke Hospitalizations. *Stroke*. 27(7):1215-20.
- McDowell, N., McKenna, J. et Naylor, P.J. (1997). Factors that influence practice nurses to promote physical activity. *British Journal of Sports Medicine*, Décembre.
- McLean, S., Ebbesen, L.S., Green, K., Reeder, B., Butler-Jones D., Steer S. (2000). Continuing education for health promotion: A case study of needs assessment practice. *Canadian Journal of University Continuing Education = Revue canadienne de l'éducation permanente universitaire*. 26(1)11-29.

- Mitchell, T. et Gyorfí-Dyke, E. (1998). Prince Edward Island Heart Health Project – an integrated data analysis strategy. Publié par Susan J. Elliott. Proceedings from Qualitative Analysis in Process Evaluation for Heart Health Promotion Workshop, Montreal, February 25-27 1998.
- Mitchell, T. and Gyorfí-Dyke, E. (1997). Awareness doesn't mean action. *Health Promotion Atlantic*. 3(4):3.
- Mitchell, T. (1997). PEI Heart Health Project update. *Health Promotion Atlantic*. 3(3):2.
- Muhajarine, N., Mustard, C., Roos, S.W., Young, T.K. et Gelskey, D.E. (1997). Comparison of survey and physician claims data for detecting hypertension. *Journal of Clinical Epidemiology*. 50(6):711-8.
- Nguyen, M.N., Béland, F. et Otis, J. (1998). Is the intention to quit smoking influenced by the adoption of other heart-health lifestyle habits in 30 to 60 year old men? *Addictive Behavior*. 23:23-30.
- Nguyen, M.N., Potvin, L. et Otis, J. (1997). Regular exercise in 30 to 60 year old men: Combining the stages-of-change model and the theory of planned behavior to identify determinants for targeting heart health interventions. *Journal of Community Health*. 22:233-246.
- Nguyen, M.N., Potvin, L., Philibert, L., O'Loughlin, J., Moisan, J. et Paradis, G. (1996). La vente de tabac aux mineurs et la disponibilité d'aliments sains dans les dépanneurs des milieux rural, de banlieue et urbain du Québec. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*. 86(6):377-379.
- Nguyen, M.N., Béland, F., Potvin, L. et Otis, J. (1996). Diet and exercise profiles of 30 to 60 year-old male smokers: Implications for community heart health programs. *Journal of Community Health*. 21:107-119.
- Nguyen, M.N., Otis, J., Potvin, L. (1996). Determinants of intention to adopt a low-fat diet in men 30 to 60 years of age. Implication for heart health promotion. *American Journal of Health Promotion*. 10(3):201-207.
- Nguyen, M.N., Grignon, R., Tremblay, M. et Delisle, L. (1995). Behavioral diagnosis of 30 to 60 year-old men in the Fabreville Heart Health Program. *Journal of Community Health*. 20:257-269.
- Nguyen, M.N., Potvin, L. et Otis, J. (1995). Le règlement municipal régissant l'usage du tabac est-il appliqué à Laval, Québec? *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*. 86:266-268.
- Nguyen, M.N., Potvin, L., O'Loughlin, J., Philibert, L., Moisan, J., Paradis, G. et Tremblay, M. (1995). L'épicerie aide-t-elle le consommateur à choisir les aliments qui favorisent la santé du coeur? Une étude exploratoire. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*. 86(3):185-187.
- Nolan, C., Gray-Donald, K., Shatenstein, B. et O'Loughlin, J. (1996). Dietary patterns leading to high fat intake. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*. 86:389-91.
- O'Connor, B.A. (1993). Heart health for all: A science and policy agenda for cardiovascular disease prevention – North American perspective. Proceedings of the First International Heart Health Conference. *The Canadian Journal of Cardiology = Journal canadien de cardiologie*, 9 mai (Supplément D).
- O'Loughlin, J., Kishchuk, N., Tremblay, M., McDonald, P., Bujold, M., Paradis, G. (sous presse). The hardest thing is the habit: a qualitative investigation of adolescent smokers' experience of nicotine dependence. Tobacco Nicotine Research.
- O'Loughlin, J., Elliott, S., Cameron, R., Eyles, J., Harvey, D., Robinson, K., Hanusaik, N. (sous presse). From diversity comes understanding – An overview of nine provincial initiatives for health promotion capacity-building and dissemination research in Canada. Promotion and Education.
- O'Loughlin, J., Makni, H., Tremblay, M., LaCroix, C., Gervais, A., Dery, V., Paradis, G. (sous presse). Smoking cessation-counseling practices of general practitioners in Montreal. Preventive Medicine.
- O'Loughlin, J., Paradis, G., Meshfedjian, G., Gray-Donald, K. (2000). A five-year trend of increasing obesity among elementary schoolchildren in multiethnic, low-income, inner-city neighborhoods in Montreal, Canada. *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord*; 24:1176-82.
- O'Loughlin, J., Gray-Donald, K., Paradis, G., Meshfedjian, G. (2000). One and two-year predictors of excess weight gain among elementary schoolchildren in multiethnic, low-income, inner-city neighborhoods. *American Journal of Epidemiology*; 152:739-46.
- O'Loughlin, J., Paradis, G., Gray-Donald, K., Renaud, L. (1999). The impact of a community-based heart disease prevention program in a low-income, inner-city neighborhood. *American Journal of Public Health*; 89:1819-1826.

- O'Loughlin, J., Paradis, G., Kishchuk, N., Barnett, T., Renaud, L. (1999). Prevalence and correlates of physical activity behaviours among elementary schoolchildren in multiethnic, low income, inner-city neighbourhoods. *Annals Epidemiology*;7:397-407. (Éditorial d'accompagnement : *Annals Epidemiology*; 98:394-396).
- O'Loughlin, J., Masson, P., Déry, V., Fagnan, D. (1999). The role of community pharmacists in health education and disease prevention: a survey of their interests and needs in relation to cardiovascular disease. *Preventive Medicine*;28:324-31.
- O'Loughlin, J., Paradis, G., Renaud, L., Meshefedjian, G. et Gray-Donald, K. (1998). Prevalence and correlates of overweight among elementary school children in multiethnic, low income, inner-city neighbourhoods in Montreal, Canada. *Annals Epidemiology*. 8:422-432.
- O'Loughlin, J., Renaud, L., Paradis, G., Meshefedjian, G. et Zhou, X. (1998). Prevalence and correlates of early smoking among elementary school children in multiethnic, low income, inner-city neighbourhoods: Implications for smoking prevention. *Annals Epidemiology*. 8:308-318.
- O'Loughlin, J., Paradis, G., Renaud, L. et Sanchez Gomez, L. (1998). One-year predictors of smoking initiation and progression among elementary school children in multiethnic, low income, inner-city neighbourhoods. *Tobacco Control* .7:268-275.
- O'Loughlin, J., Paradis, G., Meshefedjian, G. et Kishchuk, N. (1998). Evaluation of an eight-week mailed healthy weight intervention. *Preventive Medicine*. 27:288-295.
- O'Loughlin, J., Renaud, L., Richard, L., Sanchez-Gomez, L. et Paradis, G. (1998). Correlates of the sustainability of community-based heart health promotion interventions. *Preventive Medicine*. 27:702-712.
- O'Loughlin, J., Paradis, G., Renaud, L., Meshefedjian, G. et Barnett, T. (1997). The "Yes I Quit" smoking cessation course: Does it help women in a low-income community quit? *Journal of Community Health*. 22:451-468.
- O'Loughlin, J., Paradis, G. et Meshefedjian, G. (1997). Evaluation of two strategies for heart health promotion by direct mail in a low-income urban community. *Preventive Medicine*. 26:745-753.
- O'Loughlin, J., Ledoux, J., Barnett, T. et Paradis, G. (1996). La commande du coeur (Shop for your heart): A point-of-choice nutrition education campaign in a low-income, low education urban neighbourhood. *American Journal of Health Promotion*. 10(3):192-195.
- O'Loughlin, J., Renaud, L. et Paradis, G. (1996). Screening school personnel for cardiovascular disease risk factors: Short term impact on behaviour and perceived role as promoters of heart health. *Preventive Medicine*. 25:660-667.
- O'Loughlin, J., Paradis, G., Kishchuk, N., Gray-Donald, K., Renaud, L., Fines, P. et Barnett, T. (1995). Evaluation of the Coeur en Santé St-Henri Heart Health Promotion Program: Design and methods. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 49:495-502.
- Palaniappan U, Jacob Starkey L, O'Loughlin J, Gray-Donald K. (2001). Dietary patterns of smokers and non-smokers in the Foods Habits of Canadians study. *Journal of Nutrition*. 131:1952-8.
- Paradis, G., Dagenais, G.R. et Chockalingam, A. (1997). Disheartening developments on the world stage. *Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association médicale canadienne*. 157(12): 1659-1660.
- Paradis, G., O'Loughlin, J., Elliott, M., Masson, P., Renaud, L., Sacks Silver, G. et Lampron, G. (1995). Coeur en santé St-Henri: A heart health programme in a low income, low education urban neighborhood in Montreal, Canada: Theoretical model and early field experience. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 49:503-512.
- Paradis, G., O'Loughlin, J. et Potvin, L. (1995). La promotion de la santé du coeur au Québec et au Canada : L'influence toujours présente du modèle de la Carélie du Nord. *Union Med Canada*. 124(2):1-6.
- Pelletier, J., Moisan, J., Roussel, R. et Gilbert, M. (1997). Heart health promotion: A community development experiment in a rural area of Quebec, Canada. *Health Promotion International*. 12:291-298.
- Potvin, L., Richard, L., Edwards, A.C. (2000). Knowledge of cardiovascular risk factors among the Canadian population: Relationships with indicators of socioeconomic status. *Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association médicale canadienne*, 162 (9 Suppl.): S13-S24, 2000.
- Potvin, L., Gauvin, L. et Nguyen, N.M. (1997). Prevalence of stages of change for physical activity in rural, suburban and inner-city communities. *Journal of Community Health*. 22:1-13.
- Potvin, L., Paradis, G. et Lessard, R. (1994). Le paradoxe de l'évaluation des programmes communautaires multiples de promotion de la santé. *Ruptures*. 1:45-57.

- Potvin, L., Paradis, G., Laurier, D., Masson, P., Pelletier, J. et Lessard, R. (1992). Le cadre d'intervention du projet québécois de démonstration en santé du coeur. *Hygie*. XI:17-23.
- Rabkin, S., Chen, Y., Leiter, L., Liu, L. et Reeder, B.A., The Canadian Heart Health Surveys Research Group. (1997). Risk factor correlates of body mass index. *Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association médicale canadienne*. 157(1 Suppl.):S26-S31).
- Rabkin, S., Chen, Y., Leiter, L. et Reeder, B.A. (1994). Risk factor correlates of body mass index in Canada. (résumé). *International Journal of Obesity*. 18(Suppl. 2):100.
- Reeder, B.A., Chen, Y., Macdonald, S., Angel, A. et Sweet, L., The Canadian Heart Health Surveys Research Group. (1997). Rural urban differences in obesity in Canada. *Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association médicale canadienne*. 157(1 Suppl.):S10-S16).
- Reeder, B.A., Senthilselvan, A., Despres, J.P., Angel, A., Liu, L., Wang, H. et Rabkin, S., The Canadian Heart Health Surveys Research Group. (1997). The association of cardiovascular disease risk factors with abdominal obesity in Canada. *Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association médicale canadienne*. (1 Suppl.):S39-S45.
- Reeder, B.A., Khachatourians, L., Liu, L. et Horlick, L., - Saskatchewan Heart Health Advisory Committee. (1996). Saskatchewan Heart Health Program: I. Saskatchewan Heart Health Survey. *Saskatchewan Medical Journal*. 7(4):4-8.
- Reeder, B.A., Liu, L. et Horlick, L. (1996). Selective screening for dyslipidemia in a Canadian population. *Journal of Clinical Epidemiology*. 49(2):217-22.
- Reeder, B.A., Liu, L. et Horlick, L. (1996). Socio-demographic variation in the prevalence of cardiovascular disease in Saskatchewan: Results from the Saskatchewan heart health survey. *Canadian Journal of Cardiology = Journal canadien de cardiologie*. 12:271-77.
- Reeder, B.A., Chen, Y., Macdonald, S. et Angel, A. (1994). Rural-urban difference in obesity in Canada (abstract). *International Journal of Obesity*. 18(Suppl. 2):100.
- Reeder, B.A., Angel, A., Ledoux, M., Rabkin, S.W., Young, T.K. et Sweet, L., The Canadian Heart Health Surveys Research Group.(1992).Obesity and its relationship to cardiovascular disease risk factors in Canadian adults. *Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association médicale canadienne*. 146(11): 2009-19.
- Renaud, L., O'Loughlin, J., Paradis, G., Chevalier, S. (1998). Description d'un programme de promotion de la santé cardiovasculaire auprès des enfants 9-12 ans et de la communauté de St. Louis du Parc, Québec. *Santé publique*, 10:1-22.
- Renaud, L. (1997). Coeur en santé St-Louis du Parc, une collaboratrice-clé : l'infirmière. *Actualités professionnelles*. 1997 (février), 20:5.
- Renaud, L., Chevalier, S., Dufour, R., O'Loughlin, J., Beaudet, N., Bourgeois, A. et Ouellet, D. (1997). Évaluation de l'implantation d'un curriculum scolaire: Pistes d'interventions pour optimiser l'adoption et l'implantation de programmes d'éducation à la santé dans les écoles primaires. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*. Septembre-octobre, 88(5): 351-353.
- Renaud, L., Chevalier, S. et O'Loughlin, J. (1997). L'institutionnalisation des programmes communautaires : Revue des modèles théoriques et proposition d'un modèle. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*. 88(2):109-113.
- Renaud, L., Dufour, R. et O'Loughlin, J. (1997). Intervenir localement selon les cinq axes de la Charte d'Ottawa: Défi de la Promotion de la Santé. *Ruptures*. 4:23-34.
- Renaud, L. et Mannoni, C. (1997). Étude exploratoire sur la participation des parents dans les activités scolaires et parascolaires. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*. 88(3):184-192.
- Renaud, L., O'Loughlin, J., Lampron, G., Bonney, D., Silver, G., Frangedakis, H. et Paradis, G. (1995). Un concours incite-t-il une communauté défavorisée à s'abstenir de fumer pendant 6 semaines? *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*.86(3):170-175.
- Renaud, L., Lampron, G., Kishchuk, N., O'Loughlin, J., Paradis, G., Sacks-Silver, G., Tapia, M., Bourgeois, A. et Sylvestre, M. (1994). Réflexions critiques au sujet d'un modèle conceptuel transposé dans le design d'un programme communautaire et multifactoriel en promotion de la santé auprès des enfants. Promouvoir la Santé : Réflexions sur les théories et les pratiques. Collection PARTAGE. Réseau francophone international pour la promotion de la santé, Québec, 1994.
- Richard, L., O'Loughlin, J., Masson, P., Devost, S. (1999). Promoting heart healthy menus in restaurants in low-income neighbourhoods: A field experience. *J Nutr Educ*; 31:54-9.
- Riley, BL (sous presse 2001) Dissemination of heart health promotion in Ontario. Doctoral dissertation, School of

- Geography and Geology, McMaster University, Hamilton, Ontario
- Riley, BL, Taylor, SM, Elliott, SJ (sous presse). Determinants of implementing heart health promotion activities in Ontario public health units: a social ecological perspective. *Health Education Research*.
- Robinson, J.R., Young T.K., Roos, L.L. et Gelskey, D.E. (1997). Estimating the burden of disease: comparing administrative data and self-reports. *Medical Care*. 35(9):932-47.
- Robinson, K. et Elliott, S.J. (2000). The practice of community development approaches in heart health promotion. *Health Education Research*, 15(2):219-231.
- Robinson, K. et Elliott, S.J. (1999). Community development approaches to heart health promotion: A geographical perspective. *Professional Geographer*. 51(2): 283-295.
- Roos, L.L. et Gelskey, D.E. (1993). Exploration of cardiovascular surgery outcomes in Manitoba and New England. *Canadian Journal of Cardiology = Journal canadien de cardiologie*. 9:196D.
- Saskatchewan Heart Health Coalition. (1997) Saskatchewan Heart Health Program: II. Demonstration Phase. *Saskatchewan Medical Journal*. 8(1):13-16.
- Schabas, R. (1996). Promoting heart health promotion. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*. 87(S2):S54-S56.
- Schabas, R., Cameron, R. et Taylor, S.M. (1994). Ontario Federal-Provincial Heart Health Project. Public Health and Epidemiology Report Ontario. 5(9):218-219.
- Sevenhuysen, G., Fieldhouse, P., Young T.K., McNeil, C., Gelskey, D.E. et Macdonald, S.M. (1993). The Manitoba Nutrition Survey: Fat consumption data. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*. 84(6): 389-393.
- Single Parent Association Heart Health Project (1995). Community Cooks (Profile of Cookbook). *Chatelaine Magazine*, September 1995 Issue.
- Stachenko, S. (1996). The Canadian Heart Health Initiative: A countrywide cardiovascular disease prevention strategy. *Journal of Human Hypertension*. 10(Suppl. 1):S5-8.
- Stachenko, S. (1996). The Canadian Heart Health Initiative: Dissemination perspectives. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*. 87(Suppl. 2):S57-9.
- Stachenko, S. (1994). National opportunities for health promotion: The Canadian Experience. *International Health Promotion Journal*. 9(2):105-10.
- Stachenko, S. et Petrasovits, A. (1993). [The Canadian Heart Health Initiative: From policy to putting into practice] La iniciativa de salud cardiovascular canadiense : desde la politica a la puesta en practica. *Revista de sanidad e higiene publica*. 67(2):117-23.
- Stachenko, S. (1992). Vers un système pour la santé : la composante cardio-vasculaire. *Promotion de la santé. Santé et Bien-être social Canada*, 30:4.
- Stachenko, S.J., Reeder, B.A., Lindsay, E., Donovan, C., Lessard, R. et Balram, C., The Canadian Heart Health Surveys Research Group. (1992). Smoking prevalence and associated risk factors in Canadian adults. *Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association médicale canadienne*. 146(11):1989-96.
- Steer, S., Hasselback, P., Knox, J.L., Mahaffey, S., Neilson, S., Reeder, B.A., Waterer, D. et Khachatourians, L. (1995). The Saskatchewan Heart Health Coalition: a journey towards heart Health. Dans : McDuffie, H., Dosman, J., Semchuk, K., Olenchok, S., Senthilselvan, S. (éds.): *Agricultural Health and Safety: Workplace, Environment, Sustainability*. CRC Press Inc., Lewis Publishers, Boca Raton. Florida, 1995(Suppl.):277-81.
- Taylor, S.M., Elliott, S.J. et Riley, B. (1998). Heart health promotion: Predisposition, capacity and implementation in Ontario Public Health Units, 1994-96. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*. 89(6): 410-414.
- Taylor, S.M., Elliott, S.J., Robinson, K. et Taylor, S.J. (1998). Community-based heart health promotion: Facilitators and barriers. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*. 89(6): 406-409.
- Thompson, D., Baugh Littlejohns, L. et Smith, N. with the Alberta Heart Health Project Team. (2000, sous presse). Caught in the web: Piloting a methodology to assess community capacity in a rural heart health project. *Canadian Journal of Program Evaluation = Revue canadienne d'évaluation de programme*.
- Tremblay M, Gervais A, Lacroix C, O'Loughlin J, Makni H, Paradis G. (sous presse). Physicians taking action against smoking: an intervention program to optimize smoking cessation counseling by Montreal practitioners. *CMAJ = JAMC*.

Walker, R., Jolin, M.A., Elliott, S.J. et Taylor, S.M. (1997). Summary and implications of CHHIOP's main findings about heart health promotion in Ontario Public Health Units in 1994-95. Public Health and Epidemiology Report. Ontario Special Issue, 97(1):1-25.

Wang, H., Senthilselvan, A., Reeder, B.A. et Liu, L. (1994). Abdominal fat distribution and the clustering risk factors for cardiovascular disease. (résumé). *International Journal of Obesity*. 18(Suppl. 2):122.

Wharf-Higgins, J. (1997). Who participates? Citizen participation in health reform in B.C. community organizing: Canadian experiences. Toronto, Ontario: Oxford University Press. 273-301.

Wharf-Higgins, J. (1996). Innovating Change: Applying the stages of change and diffusion of innovation theories to leisure programming, part II. *Recreation Canada*. 54(1), 2-5, 28.

Wharf-Higgins, J. (1995). Innovating change: applying the stages of change and diffusion of innovation theories to leisure programming, part I. *Recreation Canada*. 53(2), 22-24.

Wharf-Higgins, J. et Green, L. (1994). The APHA criteria for development of health promotion programs applied to four healthy community projects in British Columbia. *Health Promotion International*. 9(4), 311-320.

White, R.E., Shaffer, L. et MacLeod, E.B. (1993). PEI Heart Health: A framework for action. Proceedings of the International Heart Health Conference, Victoria, B.C. *Canadian Journal of Cardiology = Journal canadien de cardiologie*, mai (Supplément D): 68D-69D.

Young, T.K. et Gelskey, D.E. (1995). Is non-central obesity metabolically benign? Implications for prevention from a population survey. *Journal of the American Medical Association*. 274:1939-1941.

RAPPORTS

Alberta Heart Health Project Team. (en cours de rédaction). Creating healthy school communities through comprehensive school heart health: A school implementation guide.

Alberta Heart Health Project Team. (en cours de rédaction). Heart health in the workplace: Program development guide.

Alberta Heart Health Project Team. (en cours de rédaction). Handbook for heart health strategies in rural communities.

Alberta Heart Health Project Team. (en cours de rédaction). Handbook for building community capacity.

Alberta Heart Health Project Team. (en cours de rédaction). Handbook for assessing community capacity.

Alberta Heart Health Project Team. (1998). Evaluation Report: The Alberta Heart Health Project (Juillet 1998)

Alberta Heart Health Project Team. (1998). The Bonnyville Climbing Wall Project: A community partnership to promote heart health (Septembre 1998).

Alberta Heart Health Project Team. (1998). The Activity Zone – exercise your options: A community partnership to promote heart health (Septembre 1998).

Baugh-Littlejohns, L. et Thompson, D. (1997). Final Report of Heart of the Land: An Alberta Heart Health Project. October 1993 – June 1997, Red Deer, Alberta.

Blair, L. et O'Connor, B. (1997). The British Columbia Heart Health Demonstration Project. Worldwide Efforts to Improve Heart Health: A Follow-up to the Catalonia Declaration – Selected Program Descriptions.

Blair, L.E., O'Connor, B., Naylor, P.J., Green, L.W., Frankish, J. et Rees, R. (1996). The British Columbia Heart Health Demonstration Project Evaluation: 1995/96 Coalition Report.

Blair, L.E., O'Connor, B., Naylor, P.J., Green, L.W., Frankish, J. et Rees, R. (1996). The British Columbia Heart Health Demonstration Project Evaluation: 1995/96 Provincial and Community Report.

Blair, L.E., DeMooy, J.M., Naylor, P.J., Green, L.W., Frankish, J., MacLeod-Williams, H. et O'Connor, B. (1996). Heart Health Information System: A tool for project management. Proceedings of the 4th International Conference on Information Technology and Community Health, University of Victoria, Victoria, BC. Pp 169-175.

Santé Canada. (1995). Les Canadiens et la santé cardio-vasculaire : réduire le risque. Ottawa: Santé Canada, 1995.

Donovan, C., Laing, E., Neville, D., Swanson, E. (1996). Newfoundland and Labrador Heart Health Program Annual Report to NHRDP. Juin 1996.

Donovan, C., Laing, E., Neville, D., Swanson, E. (1996). Newfoundland and Labrador Heart Health Demonstration Phase Report. Décembre 1996.

Elliott, S.J. (Ed.) (1998). Qualitative analysis in process evaluation for heart health promotion. Compte rendu d'un atelier, Montréal, Québec, 25-27 février 1998.

Elliott, S.J., Taylor, S.M., Wilson, K., Robinson, K. et Jolin, M.A. (1998). A qualitative study of factors affecting implementation of heart health promotion activities in Ontario Public Health Units. Juin 1998.

Elliott, S.J., Taylor, S.M., Robinson, K. et Taylor, S. (1996). A qualitative study of heart health promotion in Ontario Public Health Units. Juillet 1996.

Groupe de travail fédéral-provincial sur la prévention et le contrôle des maladies cardio-vasculaires. (1987). Promotion de la santé cardio-vasculaire au Canada. Santé et Bien-être social Canada.

Gelskey, D., Harvey, D., Hook, E. et Cepanec, D. (1998). Manitoba Heart Health Project progress and preliminary technical report. Manitoba Heart Health Project, University of Manitoba.

Gelskey, D.E., Macdonald, S.M. et Young T.K. (1991). Highlights report of the Manitoba Heart Health Survey. April, 1991. Department of Community Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Manitoba.

Harvey, D. et Cepanec, D. (1998). Community-wide adult heart health behaviour survey: Ashern Report. Automne 1998. Manitoba Heart Health Project, University of Manitoba.

Harvey, D. et Cepanec, D. (1998). Community-wide adult heart health behaviour survey: Southwest Report. Automne 1998. Manitoba Heart Health Project, University of Manitoba.

Harvey, D. et Cepanec, D. (1998). Community-wide heart health behaviour survey: Springfield Report. Automne 1998. Manitoba Heart Health Project, University of Manitoba.

- Harvey, D. et Cepanec, D. (1998). Community-wide heart health behaviour survey: Whitemouth Report. Automne 1998. Manitoba Heart Health Project, University of Manitoba.
- Harvey, D. et Cepanec, D. (1998). Youth heart health behaviour survey: Springfield Report. Printemps 1998. Manitoba Heart Health Project, University of Manitoba.
- Harvey, D. et Cepanec, D. (1998). Youth heart health behaviour survey: Whitemouth Report. Printemps 1998. Manitoba Heart Health Project, University of Manitoba.
- Harvey, D. et Cepanec, D. (1997). Youth heart health behaviour survey: Ashern Report. Automne 1997. Manitoba Heart Health Project, University of Manitoba.
- Harvey, D. et Cepanec, D. (1997). Youth heart health behaviour survey: Southwest Report. Automne 1997. Manitoba Heart Health Project, University of Manitoba.
- Heart Health Nova Scotia. (1995). Report of the Program Demonstration Phase: 1989-1995. Programme national de recherche et développement en matière de santé, Santé Canada.
- Heart Health Nova Scotia. (1994). The Working With Heart Worksite Program: Overview and Research Finding. Halifax, N.-É.
- Heart Health Nova Scotia. (1992). Scientific rationale and recommendations for improving the cardiovascular health of Nova Scotian adults. Report of the Expert Risk Factor Message Group, Public Education Working Group.
- Hogan, K., Donovan, C., Swanson, E., Laing, E. (1995). Newfoundland and Labrador Heart Health Program Annual Report to NHRDP. Mai 1995.
- Hogan, K., Donovan, C., Swanson, E., Laing, E. (1994). NLHHP Annual Report to NHRDP. Mai 1994.
- Hogan, K., Donovan, C., Swanson, E., Thompson, G. (1993). NLHHP Annual Report to NHRDP. Mars 1993.
- Jolin, M.A. et Walker, R. (1998). Selected results from the 1997 CHHIOP SCAN of Public Health Units: A Report for the Ontario Heart Health Resource Centre.
- Jolin, M.A. et Walker, R. (1997). A Report of selected results from the 1996 CHHIOP SCAN of Public Health Units for the Ontario Heart Health Resource Centre. Août 1997.
- Laing, E., Swanson, E. (1997). NLHHP activity update for annual health promotion division report. Mars 1997.
- Laing, E., Swanson, E. (1996). NLHHP activity update for annual health promotion division report. Mars 1996.
- Laing, E., Swanson, E. (1995). NLHHP activity update for annual health promotion division report. Mars 1995.
- Laing, E. (1995). Highlights of NLHHP for 1994-1995. Septembre 1995.
- Laing, E., Donovan, C., Hogan, K., Swanson, E., Neville, D., Doyle, G. (1995). Report of NLHHP's publications, presentations, products. Octobre 1995.
- Laing, E., Donovan, C. (1995). NLHHP progress report. Octobre 1995.
- Laing, E. (1994). Highlights of NLHHP activities 1993-1994. Septembre 1994.
- Lowe-Wickens, W. et Maloff, B. Rapports annuels, 1993-1994, 1994-1995, 1996-1997.
- Lowe-Wickens, W. et Maloff, B. (1994). CSHHP report to the Calgary Catholic Board of Education. Mai 1994.
- Lowe-Wickens, W. et Maloff, B. (1993). CSHHP report to the Calgary Board of Health. Décembre 1993.
- Lowe-Wickens, W. et Maloff, B. (n.d). Quarterly reports for the Alberta Heart Health Project, 4 par année pendant 4 années d'intervention.
- MacDonald, C. et Holmes, P. (2000). Dissemination research project report, April 1999 to March 2000: NLHHP Annual Report to NHRDP. Mars 2000
- MacLean, D.R. et Petrasovits, A. (1990). Cost effectiveness of population and high risk strategies for the control of blood lipids. Background paper prepared for the Federal Provincial Working Group on Cardiovascular Disease Prevention and Control. Faculty of Medicine, Dalhousie University. Halifax, N.-É.
- McCarville, R., Cameron, R., Madill, C. et Walker, R. (1996). Social marketing of heart health: A literature review, report to Health Canada, March 21, 1996.
- McCarville, R., Cameron, R., Jolin, M.A., Madill, C. et Walker, R. (1996). The role of social marketing in improving the heart health of Canadians, report to Health Canada, August 1996.
- Neville, D., Donovan, C., Laing, E., Swanson, E. (1996). Newfoundland and Labrador Heart Health Final Evaluation Report. Décembre 1996.

- Neville, D., Hogan, K., Donovan, C., Swanson, E., Laing, E., Doyle, G. (1995). Newfoundland and Labrador Heart Health Program 4th year report and evaluation plan. Octobre 1995.
- Neville, D., Hogan, K., Donovan, C., Swanson, E., Laing, E. (1994). NLHHP Diffusion Plan. Septembre 1994.
- Newfoundland and Labrador Heart Health Program (1999). 1999 Benchmark Study: NLHHP. Mars 1999
- Nova Scotia Department of Health, Health and Welfare Canada, Nova Scotia Heart Health Program. (June 1992). Report of the Nova Scotia Nutrition Survey. Halifax, N.-É.
- Prince Edward Island Heart Health Project. 1999. Healthy communities in action. A plan for sustainability. Charlottetown: Department of Health and Social Services.
- Prince Edward Island Heart Health Program (1997). Eastern Kings Health Study. Internal Technical Report, October 1997.
- Groupe de travail fédéral-provincial sur la prévention et le contrôle des maladies cardio-vasculaires, Comité consultatif fédéral-provincial de la santé communautaire, Santé et Bien-être social Canada. (Février 1992). Promotion de la santé cardio-vasculaire au Canada : pleins feux sur le cholestérol.
- Riley, B., for the CHHIOP Research Group (1995). 1994 SCAN: Implementation of heart health activities, June 1995.
- Saskatchewan Heart Health Program. (1998). Technical Report 1 – Partnerships. Saskatoon: University of Saskatchewan, 1998.
- Saskatchewan Heart Health Program. (1998). Technical Report 2 – Effective community strategies. Saskatoon: University of Saskatchewan, 1998.
- Saskatchewan Heart Health Program. (1998). Technical Report 3 – Evaluation strategies. Saskatoon: University of Saskatchewan, 1998.
- Saskatchewan Heart Health Program. (1998). Technical Report 4 – Dissemination strategies. Saskatoon: University of Saskatchewan, 1998.
- Sooley, J., Swanson, E., Donovan, C., Laing, E. (1995). Newfoundland and Labrador Heart Health communications plan. March 1995.
- Walker, R. et Jolin, M.A. for the CHHIOP Research Group (1998). Heart health promotion activity in community agencies: Results of the CHHIOP Survey, April 1998.
- Walker, R. et Jolin, M.A. for the CHHIOP Research Group (1998). 1997 SCAN: heart health promotion activities in Ontario, September 1998.
- Walker, R. et Jolin, M.A. for the CHHIOP Research Group (1997). 1996 SCAN: Implementation of heart health activities, July 1997.
- Walker, R. et Jolin, M.A. for the CHHIOP Research Group (1997). 1996 SCAN: Public health practices supporting heart health, December 1997.
- Walker, R. (1996). Summary Notes: Workshop on comparative analysis of dissemination research protocols, report to Health Canada, March 30, 1996.
- Walker, R., for the CHHIOP Research Group (1996). 1994 SCAN: public health practices supporting heart health, June 1996.
- Walker, R. et Elliott, S.J. (1996). Comparative analysis of heart health dissemination research protocols of four Canadian provinces, report to Health Canada, March 28, 1996.
- White, R. (2000). Annual Report to NHRDP. Présenté le 30 juin 2000.
- Young, T.K., Gelskey, D.E., Macdonald, S.M., *et al.* (1991). The Manitoba Heart Health Survey: Technical Report. Department of Community Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Manitoba.

MÉMOIRES ET THÈSES

Barnett, Tracie. (1997). Predictors of physical inactivity among elementary school children. Mémoire de M.Sc., Département d'épidémiologie et biostatistique, Université McGill.

Bennell, Jane. (1994). An analysis of medical and non-medical factors of hypertension in women from the Manitoba Heart Health Survey. Thèse de PhD., University of Manitoba.

Blair, T. (1996). Relationship of physical activity to selected cardiovascular disease risk factors in women. Mémoire de M.Sc., University of Saskatchewan.

Chevalier, Sylvie. (1993). Analyse pré-intervention du Projet « Fabreville, un environnement pour ton cœur » : Identification des leaders d'une communauté. Mémoire de M.Sc., Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal.

Filion, Gilbert. (1995). Évaluation de l'impact du jeu partie sur la lune. Département de Sociologie, UQUAM, cours de méthodologie.

Heath, S. (1998). a study to describe weight preoccupation among women. mémoire de maîtrise, Department of Community Health and Epidemiology, Halifax, N.-É., juin 1998.

Hobeika, C. (1997). knowledge, behaviours, perceived barriers and facilitators in university females regarding heart health. Mémoire de M.Sc., Memorial University of Newfoundland. Août 1997.

Jack, L. (1995). Physical activity in Saskatchewan's older population. Mémoire de M.Sc., University of Saskatchewan.

Johnson-Down, Louise. (1996). A nutritional assessment of low-income and multi-ethnic children 9-12 years old and validation of alternative tools to measure fat intake. Mémoire de M.Sc., École de diététique et de nutrition humaine, Université McGill.

Langille, D. (1995). Evaluation of stop smoking: A program for women. Master's Thesis, Department of Education, Dalhousie University, Halifax, N.-É. Décembre 1995.

Langlois, Sylvain. (1995). Développement du jeu: Partie sur la lune, destiné aux organismes communautaires. Mémoire de M.Sc., Département de l'Éducation, Université de Montréal.

Mackie, C. (1996). A study to investigate the factors contributing to the sustainability of community-based health promotion programs. Mémoire de maîtrise, Department of Community Health and Epidemiology, Halifax, N.-É. Décembre 1996.

Malinowski, C. (1996). A process evaluation of a self-directed volunteer coordinating cardiovascular worksite health promotion program. Mémoire de M.Sc., University of Saskatchewan.

Mannoni, Chantal. (1996). Étude sur la participation des parents dans les activités scolaires et para-scolaires. Mémoire de M.Sc., Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal.

McFarlane, A. (1996). Changes in CVD risk, factors and overall CVD risk status in a cohort of patients attending a multiple cvd risk factor reduction clinic. M.Sc. Thesis, University of Saskatchewan.

Nguyen, Nguyet M. (1995). Théorie du comportement planifié et planification des programmes de promotion en santé du coeur. Thèse de doctorat, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal.

Palaniappan, U., (1997). Efficacy of heart health intervention as assessed by dietary methodology. Mémoire de M.Sc., University of Saskatchewan.

Robinson, K. (1997). The role of community development in heart health promotion in Ontario. Mémoire de M.A., School of Geography and Geology, McMaster University, Hamilton, Ontario.

Sletter, M. (1998). A qualitative evaluation of "On the Move." Mémoire de M.Sc., Department of Community Health and Epidemiology, University of Saskatchewan, Saskatoon, Saskatchewan.

Zhou, Xiaojie. (1996). Prevalence and correlates of early smoking among elementary school children. Projet spécial, Département d'épidémiologie et biostatistique, Université McGill.

PRÉSENTATIONS DANS LE CADRE DE CONFÉRENCES

Barnett, T., O'Loughlin, J., Paradis, G. et Renaud, L. (1997). Reliability of proxy reports of parental smoking by elementary school children. 4th International Conference on Preventive Cardiology = Conférence internationale de cardiologie préventive et 37^e réunion annuelle du Council on Epidemiology and Prevention, American Heart Association, Montréal, 29 juin – 3 juillet 1997.

Blair, L. (1998). Results from the process evaluation of the Canadian heart health initiative. The 3rd International Conference on Heart Health = 3^e Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire, Singapour, 30 août – 2 septembre 1998.

Blair, L., Naylor, P.J., Green, L. et O'Connor, B. (1995). Early lessons in planning and supporting community heart health initiatives. The 2nd International Conference on Heart Health = 2^e Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire, Barcelone, Espagne, 28 mai 1995.

Butler-Jones, D., – Canadian Heart Health Surveys Research Group. (1998). The Canadian Heart Health Database. 3rd International Heart Health Conference = 3^e Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire, Singapour, 29 août – 2 septembre 1998.

Butler-Jones, D., Green, K., McLean, S., Reeder, B., – Saskatchewan Heart Health Program. (1998). Into the next millennium: Disseminating heart health promotion capacity in Saskatchewan, Canada. 3rd International Heart Health Conference = 3^e Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire, Singapour, 29 août – 2 septembre 1998.

Chen, Y. et Reeder, B.A. (1992). Obesity and cardiovascular risk factors in rural and urban adult residents in prairie Canada. 3rd International Symposium: Issues in Health Safety and Agriculture, Saskatoon, Saskatchewan, May 10-15, 1992.

Chockalingam, A., Reeder, B., MacLean, D.R., Stachenko, S., Borkowski, K.R., Krayacich, J. et Edwards, A. (1997). Prevalence of elevated serum cholesterol (LDL-C) and triglycerides (TG): The Canadian Heart Health Data. 4th International Conference on Preventive Cardiology = 4^e Conférence internationale de cardiologie préventive tenue conjointement à la 37^e réunion annuelle du Council on Epidemiology and Prevention, American Heart Association, Montréal, Québec, 29 juin – 3 juillet 1997.

Cogdon, A., Travers, K., Wright, C., McDonald, W. eterson, B., Rideout, L. et MacLean, D.R. (1997). Examining the availability and cost of heart healthy dietary changes in Nova Scotia. 4th International Conference on Preventive Cardiology = 4^e Conférence internationale de cardiologie préventive tenue conjointement à la 37^e réunion annuelle du Council on Epidemiology and Prevention, American Heart Association, Montréal, Québec, 29 juin – 3 juillet 1997.

Ding, Y., Reeder, B.A., Faulkner, R., Bell, R. et Haennel, R. (1993). Physical activity in patients with a history of stroke: Saskatchewan Heart Health Survey, 1989-1990. International Conference on Stroke Prevention and Epidemiology = Conférence internationale sur la prévention et l'épidémiologie des accidents cérébrovasculaires, Saskatoon, Saskatchewan, 14-16 octobre 1993.

Dyck, R.J. (1998). Sustainability of heart health promotion during Reform, 3rd International Heart Health Conference = 3^e Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire, Singapour, août 1998 (accepté mais non présenté).

Ebbesen, L.S., Reeder, B.A., Feather, J., Steer, S.L. et Neilson, S.D. (1995). Saskatchewan heart health program evaluation. 1st International Evaluation Conference, Vancouver, Colombie-Britannique, 1-5 novembre 1995.

Ebbesen, L.S., Steer, S.L., Bailey, D., Lazar, F., Tyerman, E. et Worth, L. (1995). Heart to heart: Canadian style. 2nd International Heart Health Conference = 2^e Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire, Barcelone, Espagne, 28 mai – 1^{er} juin 1995.

Ebbesen, L., Reeder, B.A., Knox, J., Neilson, S., Steer, S.L., Mansour, A. et Rutherford, L. (1993). Community-based cardiovascular disease and stroke prevention in Saskatchewan. International Conference on Stroke Prevention and Epidemiology = Conférence internationale sur la prévention et l'épidémiologie des accidents cérébrovasculaires, Saskatoon, Saskatchewan, 14-16 octobre 1993.

Elliott, S.J., O'Loughlin, J., Petrasovits, A. et Edwards, A.C. (1998). Qualitative standards of documentation of heart health interventions: Development and dissemination of the G7 Heart Health Projects Database. 3rd International Heart Health Conference = 3^e Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire, Singapour, 30 août – 2 septembre 1998.

Elliott, S.J., Cameron, R. et Taylor, S.M. (1998). Dissemination and deployment: The Canadian Heart Health Initiative research agenda. 3rd International Heart Health Conference = 3^e Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire, Singapour, 30 août – 2 septembre 1998.

- Farquharson, J. (1996). The role of the nurse in preventing noncommunicable diseases. Second World Meeting of CINDI, February 14-16, 1996.
- Farquharson, J. (1996). Targeting heart health Nova Scotia. Targeting health and social need school of nursing. The Queen's University of Belfast, Northern Ireland, February 15, 1996.
- Farquharson, J., MacLean, D., Heath, S. et McDermott, N. (1997). Worksite heart health: Process and results of a pilot program. 4th International Conference on Preventive Cardiology = 4^e Conférence internationale de cardiologie préventive tenue conjointement à la 37^e réunion annuelle du Council on Epidemiology and Prevention, American Heart Association, Montréal, Québec, 29 juin – 3 juillet 1997.
- Farquharson, J. (1992). Worksite CVD programs in the Canadian Heart Health Initiative. International Heart Health Conference = Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire, Victoria, Colombie-Britannique, 28 mai 1992.
- Farquharson, J., White, R., White, D., MacLeod, E., Gelskey, D., McDermott, N., Shaffer, L. et MacLean, D. (1992). Canadian Heart Health Initiative workplace programs. The International Heart Health Conference = Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire, Victoria, Colombie-Britannique, mai 1992.
- Gelskey, D.E., Harvey, D. et Hook, E. (1997). Community capacity building Manitoba Style: Manitoba Heart Health Project. 4th International Conference on Preventive Cardiology = 4^e Conférence internationale de cardiologie préventive, Montréal, Québec, 28 juin 1997.
- Heath, S., Dickinson, M., Cogdon, A., Farquharson, J., Hood, R., Salley, L. et MacLean, D.R. (1998). Investigating organizational capacity for heart health promotion. 3rd International Heart Health Conference = 3^e Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire, Singapour, août 1998.
- Heath, S., Farquharson, J., Hoddinott, N., Murphy, G., Cervin, C., Langille, D. et Freeman, A. (1997). Evaluation of a women-centred smoking cessation program. 4th International Conference on Preventive Cardiology = 4^e Conférence internationale de cardiologie préventive tenue conjointement à la 37^e réunion annuelle du Council on Epidemiology and Prevention, American Heart Association, Montréal, Québec, 29 juin – 3 juillet 1997.
- Heath, S., Whitehouse, E., Urquhart, K., MacIntosh, S. et McDermott, N. (1993). Worksite health promotion – Working with Heart program. International Summer School on the Prevention of Noncommunicable Disease, Halifax, N.S., July 1993.
- Hood, R., MacLean, D.R., Neuman, K., Cogdon, A., Heath, S. et Farquharson, J. (1998) Heart Health behavioral risk factor monitoring in Nova Scotia, Canada. 3rd International Heart Health Conference = 3^e Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire, Singapour, août 1998.
- Hood, R., Farquharson, J., Heath, S., Cogdon, A. et MacLean, D. (1997). Heart Health dissemination and its research in Nova Scotia. 4th International Conference on Preventive Cardiology = 4^e Conférence internationale de cardiologie préventive tenue conjointement à la 37^e réunion annuelle du Council on Epidemiology and Prevention, American Heart Association, Montréal, Québec, 29 juin – 3 juillet 1997.
- Hood, R. et Irwin, M. (1997). Urging young men to cut back on fat. 4th International Conference on Preventive Cardiology = 4^e Conférence internationale de cardiologie préventive tenue conjointement à la 37^e réunion annuelle du Council on Epidemiology and Prevention, American Heart Association. Montréal, Québec, 29 juin – 3 juillet 1997.
- Knox, L.J. et Reeder, B.A. (1992). The Saskatchewan Heart Health Program – Community approaches. International Heart Health Conference = Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire, Victoria, Colombie-Britannique, 23-28 mai 1992.
- Lampron, G., O'Loughlin, J., Elliott, M., Masson, P., Silver, G., Paradis, G. et Renaud, L. (1994). « Oui, j'arrête » : Des ateliers pour cesser de fumer spécialement adaptés aux milieux défavorisés. 9th World Conference on Tobacco and Health, Paris, 10-14 octobre 1994.
- Laurier, D., Tremblay, M., Nguyen, N. et Dedobbeleer, N. (1992). Fabreville: An ecological approach. International Heart Health Conference = Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire. Victoria, C.-B., 24-28 mai 1992.
- Liu, L., Reeder, B.A., Shuaib, A. et Mazagri, R. (1993). Validity of stroke diagnosis in Saskatchewan. 3rd International Conference on Preventive Cardiology = 3^e Conférence internationale de cardiologie préventive, Oslo, Norvège, 27 juin – 1^{er} juillet 1993.
- Liu, L., Reeder, B.A. et Khachatourians, L. (1992). The adequacy of screening for total cholesterol. International Heart Health Conference = Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire, Victoria, Colombie-Britannique, 23-28 mai 1992.
- Lowe-Wickens, W. et Maloff, B. (1998). CSHHP implementation model. 3rd International Heart Health Conference = 3^e Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire, Singapour, août 1998.

MacLean, D.R., Farquharson, J., Cogdon, A., Heath, S., Salley, L., Hood, R. et Dickinson, M. (1998). Operationalizing heart health dissemination research. 3rd International Heart Health Conference = 3^e Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire, Singapour, août 1998.

MacLean, D.R., Farquharson, J., Hood, R., Cogdon, A. et Kephart, G. (1997). What a difference a decade makes: Estimating change in CVD risk in the Nova Scotia population. 4th International Conference on Preventive Cardiology = 4^e Conférence internationale de cardiologie préventive tenue conjointement à la 37^e réunion annuelle du Council on Epidemiology and Prevention, American Heart Association. Montréal, Québec, 29 juin – 3 juillet 1997.

Mansi, O., Potvin, L., Paradis, G. et Gauvin, L. (1997). Relationship among community contexts, family environments, individual characteristics and smoking patterns. 4th International Conference on Preventive Cardiology = 4^e Conférence internationale de cardiologie préventive et 37^e réunion annuelle du Council on Epidemiology and Prevention, American Heart Association, Montréal, 29 juin – 3 juillet 1997.

Moisan, J., Potvin, L., Philibert, L. et Strychar, I. (1993). Validation of a food frequency questionnaire for assessing dietary fat intake. 3rd International Conference on Preventive Cardiology = 3^e Conférence internationale de cardiologie préventive, Oslo, Norvège, 27 juin – 1^{er} juillet 1993.

Naylor, P.J., Webster, A.L. et Barker, M. (1995). The Impact of a point-of-choice poster campaign on stair-climbing behavior in a work site setting. The 2nd International Conference on Heart Health = 2^e Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire, Barcelone, Espagne, 28 mai 1995.

Nguyen, M.N., Potvin, L. et Otis, J. (1995). Application of the theory of planned behavior and the transtheoretical model in studying physical activity in men aged 30 to 60 years Old. International Heart Health Conference = Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire, Barcelone, Espagne, 28 mai – 1^{er} juin 1995.

O'Connor, B. (2001). The Canadian Heart Health Initiative: Lessons learned. 1st National CDC Prevention Conference on Heart Disease and Stroke, Atlanta, U.S.A., August 22-24.

O'Connor, B. (2001). The Canadian Heart Health Initiative: Policy in action. 4th International Heart Health Conference = 4^e Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire, Osaka, Japon, 27-31 mai.

O'Connor, B. (2001). Promoting Good Heart Health: Practices through telematics. 4th International Heart Health Conference = 4^e Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire, Osaka, Japon, 27-31 mai.

O'Connor, B. (2001). Marketing heart health. 4th International Heart Health Conference = 4^e Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire, Osaka, Japon, 27-31 mai.

O'Connor, B. (2000). Marketing the heart health vision. Pan American Health Organization Workshop, Halifax, Canada, 6-7 novembre.

O'Connor, B. (2000). The preventive dose. 13th Canadian Heart Health Network Meeting = 13^e réunion du Réseau canadien de la santé du coeur, Vancouver, Canada, 30 octobre – 1^{er} novembre.

O'Connor, B. (2000). Blood pressure: The public health challenge. Association canadienne de santé publique, Coalition canadienne pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle, Ottawa, Canada, 22 octobre.

O'Connor, B. (1999). Diabetes and cardiovascular disease. International Conference on Diabetes and Cardiovascular Disease = Conférence internationale sur le diabète et les maladies cardio-vasculaires, Winnipeg, Manitoba, Canada, 3-6 juin.

O'Connor, B. (1999). Mobilizing heart health for the eradication of smoking: British Columbia experience. 2nd European Conference on Tobacco or Health = 2^e Conférence européenne sur le tabac ou la santé, Îles Canaries, Espagne, 23-27 février.

O'Connor, B. (1999). Determinants of health: Implications for heart health. Ontario Heart Health Conference, Toronto, Canada, 1-2 novembre.

O'Connor, B. (1998). The CHHI: Lessons for the U.S. CVD program. 13th National Conference on Chronic Disease Prevention and Control, Atlanta, U.S.A., 7-9 décembre.

O'Connor, B. (1998). Strategies in social marketing in heart health. The 3rd International Conference on Heart Health = 3^e Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire, Singapour, 30 août – 2 septembre, 1998.

O'Connor, B. (1997). The Canadian Heart Health Initiative: A countrywide cardiovascular disease prevention research and demonstration program. 4th International Conference on Preventive Cardiology = 4^e Conférence internationale de cardiologie préventive, Montréal, Canada.

O'Connor, B. (1992). Science, policy and community: The three pillars of heart health. 1st International Heart Health Conference = 1^{ère} Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire, Victoria, Canada.

O'Connor, B. (1992). Heart health for all for the year 2000: A science and policy agenda for cardiovascular disease prevention: North American perspectives. 1st International Heart Health Conference = 1^{ère} Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire, Victoria, Canada.

O'Connor, B. (1992). Focus on cholesterol: The Canadian position. Quebec Symposium – Focus on Cholesterol, Montréal, Canada.

O'Loughlin, J., Paradis, G. et Meshefedjian, G. (1997). Evaluation of two strategies for heart health promotion by direct mail in a low-income community. 4th International Conference on Preventive Cardiology = 4^e Conférence internationale de cardiologie préventive et 37^e réunion annuelle du Council on Epidemiology and Prevention, American Heart Association, Montréal, 29 juin – 3 juillet 1997.

O'Loughlin, J., Paradis, G., Renaud, L., Meshefedjian, G. et Gray-Donald, C. (1997). Prevalence and correlates of overweight and obesity among multi-ethnic school children in low-income, inner-city neighbourhoods. 4th International Conference on Preventive Cardiology = 4^e Conférence internationale de cardiologie préventive et 37^e réunion annuelle du Council on Epidemiology and Prevention, American Heart Association, Montréal, 29 juin – 3 juillet 1997.

O'Loughlin, J., Paradis, G., Stachenko, S., Lessard, R., Balam, C. et Wilson, E. (1997). Motives and methods for weight control among smokers: Implications for smoking cessation interventions. 4th International Conference on Preventive Cardiology = 4^e Conférence internationale de cardiologie préventive et 37^e réunion annuelle du Council on Epidemiology and Prevention, American Heart Association, Montréal, 29 juin – 3 juillet 1997.

O'Loughlin, J., Renaud, L., Paradis, G., Meshefedjian, G. et Zhou, X. (1997). Prevalence and correlates of early smoking among elementary school children in multi-ethnic low-income, inner-city neighbourhoods. 4th International Conference on Preventive Cardiology = 4^e Conférence internationale de cardiologie préventive et 37^e réunion annuelle du Council on Epidemiology and Prevention, American Heart Association, Montréal, 29 juin – 3 juillet 1997.

O'Loughlin, J., Renaud, L., Richard, L., Sanchez, L., Paradis, G. (1997). Correlates of the sustainability of community-based heart health promotion interventions. 4th International Conference on Preventive Cardiology = 4^e Conférence internationale de cardiologie préventive et 37^e réunion annuelle du Council on Epidemiology and Prevention, American Heart Association, Montréal, 29 juin – 3 juillet 1997.

O'Loughlin, J., Renaud, L., Paradis, G., Meshefedjian, G. et Barnett, T. (1996). The “Yes I Quit” smoking cessation course: Does it help women in a low-income community quit? Smokefree Europe, Conference on Tobacco or Health, Helsinki, Finlande, 2-4 octobre 1996.

O'Loughlin, J., Renaud, L., Paradis, G., Meshefedjian, G., Zhou, X. (1996). Prevalence and correlates of early smoking among elementary school children in multiethnic, low-income, inner-city neighbourhoods. Smokefree Europe, Conference on Tobacco or Health. Helsinki, Finlande, 2-4 octobre 1996.

O'Loughlin, J., Paradis, G., Kishchuk, N., Gray-Donald, K., Richard, L. et Houde, M. (1993). Evaluation of a multifactorial, community-based heart promotion program in a low-income urban neighbourhood: Results from the baseline survey. 3rd International Conference on Preventive Cardiology = 3^e Conférence internationale de cardiologie préventive, Oslo, Norvège, 27 juin – 1^{er} juillet 1993.

O'Loughlin, J., Lampron, G., Laforest, S. et Paradis, G. (1992). Oui, j'arrête (a smoking cessation course for the socio-economically disadvantaged). International Heart Health Conference = Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire, Victoria, C.-B., 24-28 mai 1992.

O'Loughlin, J., Lampron, G., Masson, P., Renaud, L., Kishchuk, N., Sacks-Silver, G. et Paradis, (1992). Heart health promotion among multiethnic youth in a low SES urban community. International Heart Health Conference = Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire. Victoria, C.-B., 24-28 mai 1992.

O'Loughlin, J., Masson, P., Elliott, M., Laforest, S. et Paradis, G. (1992). Mangeons en coeur: Heart healthy eating for the socio-economically disadvantaged. International Heart Health Conference = Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire, Victoria, C.-B., 24-28 mai 1992.

O'Loughlin, J., Masson, P., Sacks-Silver, G., Lampron, G. et Paradis, G. (1991). La promotion de la santé du coeur auprès des jeunes d'un milieu multiethnique défavorisé. 2^e Colloque international francophone en promotion de la santé. Montréal, 10-11 octobre 1991.

Paradis, G., O'Loughlin, J., Renaud, L. et Sanchez-Gomez, L. (1998). One-year predictors of smoking onset in elementary school children in multiethnic, low-income, inner-city neighbourhoods. XIII World Congress of Cardiology, Rio de Janeiro, Brésil, 26-30 avril 1998.

Paradis, G., O'Loughlin, J., Elliott, M., Lampron, G., Lapierre, L., Hubert, M., Devost, S., Sylvestre, M. et Houde, M. (1993). Are we preaching to the converted? A comparison of participants and non-participants in community heart health promotion. 3rd International Conference on Preventive Cardiology = 3^e Conférence internationale de cardiologie préventive, Oslo, Norvège, 27 juin – 1^{er} juillet 1993.

Paradis, G., O'Loughlin, J., Kishchuk, N., Renaud, L., Masson, P., Lampron, G. et Sacks Silver, (1992). Community mobilization for heart health: Example from the Coeur en santé St-Henri project. International Heart Health Conference = Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire, Victoria, C.-B., 24-28 mai 1992.

Paradis, G., Potvin, L., Laurier, D., Masson, P., Pelletier, J. et Lessard, R. (1992). The Quebec Heart Health demonstration project: A model of community and family mechanisms for behaviour change. International Heart Health Conference = Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire, Victoria, C.-B., 24-28 mai 1992.

Paradis, G., O'Loughlin, J., Masson, P., Silver, G., Kishchuk, N., Lampron, G. et Elliott, M. (1991). Coeur en santé St-Henri: Un projet multifactoriel de promotion de la santé du coeur en milieu urbain défavorisé. 2^e Colloque international francophone en promotion de la santé. Montréal, 10-11 octobre 1991.

Pelletier, J., Moisan, J. et Bélanger, D. (1992). Heart health promotion in a Quebec rural area: A community concern. International Heart Health Conference = Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire, Victoria, C.-B., 24-28 mai 1992.