



Évaluation de quatre rapports annuels de la Direction de santé publique de Montréal, 1998-2001



**LA PRÉVENTION
EN ACTIONS**

*Garder notre
monde en santé*

Évaluation de quatre rapports annuels de la Direction de santé publique de Montréal 1998-2001

Natalie Kishchuk, PhD, consultante
Évaluation de programmes et recherche sociale appliquée

Lynda Thibeault, MD, MSc
Résidente en santé communautaire

Février 2004

Une publication de la
Direction de santé publique
Agence de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : (514) 528-2400
<http://www.santepub-mtl.qc.ca>

*Depuis le 30 janvier 2004, et en vertu de l'article 2 de la Loi
sur les agences de développement de réseaux locaux de services
de santé et de services sociaux, la nouvelle appellation de la Régie
régionale est L'Agence de développement de réseaux locaux de services
de santé et de services sociaux de Montréal.*

Infographie
Manon Girard
Julie Milette

© **Direction de santé publique**
Agence de développement de réseaux locaux de santé et
de services sociaux de Montréal (2004)

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2004
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-89494-410-1

Table des matières

Sommaire	4
1. Contexte	5
2. Cadre conceptuel et objectifs	5
3. Méthodologie	6
<i>Procédure et échantillon</i>	6
<i>Mesures et analyses</i>	6
4. Résultats	7
<i>Les rapports annuels sont-ils connus et lus par les audiences-cibles?</i>	7
<i>Les principaux messages des différents rapports annuels sont-ils compris?</i>	8
<i>Les différents messages sont-ils utilisés, et de quelle façon?</i>	9
<i>Quel ou quels rôles devraient jouer les rapports annuels à titre d'intervention de santé publique?</i>	10
<i>Améliorations potentielles et thématiques futures</i>	11
5. Discussion et conclusion	12
<i>Limites de l'étude</i>	12
<i>Niveaux et formes d'utilisation</i>	13
<i>Rôles des rapports annuels à titre d'intervention de santé publique</i>	14
<i>Améliorations et changements souhaités</i>	14
<i>Conséquences pour l'évaluation future</i>	15
<i>Conclusion</i>	15
6. Références	15
Annexe 1 : Grille d'entrevue	17
Annexe 2 : Commentaires regroupés relatifs aux changements souhaités	27

Sommaire

Depuis 1998, la Direction de santé publique de Montréal (DSP) publie annuellement des rapports sur la santé de la population. Ce document fait état d'une évaluation des quatre premiers rapports (1998, 1999, 2000, 2001) réalisée dans le but d'aider la DSP à mieux articuler le rôle et les impacts de ses rapports, tout en fournissant des renseignements permettant d'améliorer les produits comme tels. Le champ conceptuel général dans lequel s'inscrit l'évaluation est celui du transfert et de l'utilisation des connaissances; les rapports annuels ont été évalués à titre d'intervention de santé publique visant l'application des connaissances transmises.

Méthodologie

Trente entrevues individuelles standardisées ont été réalisées auprès des responsables (informateurs clés) d'organismes compris dans les audiences-cibles qui ont reçu les rapports annuels. L'échantillon a compris des acteurs clés (décideurs) des systèmes d'intervention publique dont, santé et services sociaux, éducation, développement social et économique ainsi que les médias.

Résultats

Les résultats indiquent que les rapports annuels de la DSP sont grandement appréciés par leurs audiences-cibles et que les deux tiers des répondants les ont lus. La compréhension des principaux messages varie selon le rapport et le message, soit entre 40 % et 100 % des lecteurs. Les rapports ont influencé l'orientation du quart des répondants, et ils ont servi à la prise de décision dans environ 16 % des cas. Plusieurs exemples d'utilisations concrètes ont été fournis, suggérant que l'impact potentiel des rapports annuels sur la santé de la population montréalaise pourrait être important. L'évaluation a également permis de confirmer que les acteurs clés appuient les rôles de la DSP lors de la production des rapports annuels, et de l'identification de plusieurs pistes d'amélioration pour les prochains numéros, notamment un besoin de suivi et d'arrimage avec l'allocation des ressources et la programmation. Globalement, les résultats confirment la valeur des rapports annuels à titre d'intervention de santé publique.

1. Contexte

Depuis 1998, la Direction de santé publique de Montréal (DSP) publie annuellement des rapports sur la santé de la population. La DSP considère que les rapports sont « un outil pour influencer la santé et les politiques publiques » (Roy, 2003). Portant sur des thèmes spécifiques et des enjeux de santé dans la région, les rapports sont diffusés aux audiences-cibles comprenant des utilisateurs potentiels de l'information, ainsi que les médias et les partenaires de la DSP. Les cinq rapports publiés à ce jour s'intitulent :

- Inégalités sociales de la santé (1998)
- Prévenir, guérir, soigner : les défis d'une société vieillissante (1999)
- Les impacts de la transformation du réseau montréalais sur la santé (2000)
- Garder notre monde en santé, un nouvel éclairage sur la santé mentale des adultes montréalais (2001)
- La santé urbaine (2002)

Le moment étant propice pour la DSP d'examiner l'impact de ces rapports annuels afin de mieux positionner le prochain cycle de publication (2003 à 2008), il a été convenu de réaliser une évaluation des rapports annuels¹.

2. Cadre conceptuel et objectifs

Bien qu'elle représente une innovation dans le système de santé publique québécoise, la production de rapports annuels de santé publique constitue une pratique connue des juridictions à l'extérieur du Québec, notamment en Angleterre. Cependant, cette pratique n'est pas sans controverse (Scully, 1997). Une revue de la fonction et de l'impact des rapports produits par les unités de santé publique britannique a remis en question leur contribution réelle à la santé de la population (Davies, 1998). Une évaluation de l'impact des rapports

sur des décideurs du système de santé (Fulop & McKee, 1996) a révélé que 55 % des décideurs ciblés ont lu les rapports au complet et que 66 % d'entre eux les ont trouvés utiles; cependant, l'opinion des Directeurs de santé publique et des décideurs divergeait quant à l'impact sur les décisions concrètes. Ces études ont provoqué des questionnements sur plusieurs aspects fondamentaux des rapports : le rôle indépendant des Directeurs locaux de santé publique comme porteurs de messages qui peuvent déplaire aux autorités gouvernementales; l'audience-cible des rapports, soit le public ou les preneurs de décision du système de santé; l'utilité des données locales dans le contexte de déterminants macrosociaux de la santé et, enfin, l'utilité d'une périodicité annuelle (Fulop & McKee, 1996; Scally et al., 2001).

Dans ce contexte, l'évaluation des rapports annuels de la DSP de Montréal vise à aider la DSP à mieux articuler le rôle et les impacts voulus de ses rapports en matière d'aide à la prise de décision, tout en fournissant de l'information permettant d'améliorer les produits comme tels. Le champ conceptuel général dans lequel s'inscrit l'évaluation est celui du transfert et de l'utilisation des connaissances (Huberman, 1994; Lavis et al., 2002; Hanney et al., 2003). Quatre modèles de l'utilisation des connaissances prédominent dans la littérature de recherche : un modèle de poussée de la science (science push), un modèle de traction de la demande (user pull), un modèle de diffusion et un modèle d'interaction sociale. Nous envisageons les rapports annuels comme produit de transfert de connaissances fondé sur un modèle d'interaction sociale, sous-entendant une interaction soutenue et intense entre l'utilisateur et les producteurs des connaissances qui permet une négociation des idées maîtresses véhiculées dans les produits (Huberman, 1994). Sous cette optique, nous pouvons évaluer les rapports annuels à deux niveaux : 1) à titre d'intervention en santé publique; 2) en matière d'impact de leur contenu sur l'application des connaissances transmises.

1. L'évaluation a débuté au même moment que la parution du cinquième rapport; elle se concentre donc sur les quatre premiers numéros.

Landry et ses collègues (2001) ont développé un modèle d'utilisation des connaissances en sciences sociales qui postule une hiérarchie d'utilisation, débutant par la simple transmission et réception d'information, passant par l'assimilation d'information à un niveau non spécifique, allant vers l'utilisation directe de connaissances dans la prise de décision. Les six stades de ce modèle sont :

- La transmission et la réception (stade 1)
- La connaissance (stade 2)
- La référence (stade 3)
- Les efforts (stade 4)
- L'influence (stade 5)
- La mise en application (stade 6)

Dans le contexte de santé publique, la compréhension actuelle de la santé comme produit de déterminants économiques et sociaux (ACPH, 1994, 1999) fait tourner notre regard évaluatif vers l'utilisation des connaissances véhiculées dans les rapports annuels par les acteurs clés (décideurs) des systèmes d'intervention publics, dont santé et services sociaux, éducation, développement social et économique. Si on tient compte des rapports annuels comme intervention de santé publique dont les messages clés sont négociés par les acteurs, nous pourrions apprécier le degré et la nature du progrès hiérarchique des messages des rapports annuels sur cette hiérarchie d'utilisation parmi ces acteurs.

L'objectif de cette évaluation a donc été d'évaluer les impacts des messages contenus dans les rapports annuels sur le transfert des connaissances, à titre d'intervention de santé publique :

- La pénétration des audiences clés, la compréhension et rétention des messages, et leur crédibilité
- L'utilisation des messages par les décideurs dans des secteurs et domaines connexes aux déterminants de la santé

2. Seul le Rapport 2000 comprenait un plan de diffusion précisant les objectifs et les cibles. Les responsables du projet ont défini l'échantillon selon leurs connaissances du plan de diffusion de chaque rapport.

3. Méthodologie

Procédure et échantillon

Trente entrevues individuelles standardisées ont été réalisées auprès des responsables (informateurs clés) d'organismes compris dans les audiences-cibles et auprès desquels des rapports annuels ont été diffusés². Les entrevues ont été réalisées par téléphone ou en personne. L'échantillon a compris des informateurs clés provenant d'organismes partenaires de la DSP (ex. : CLSC, ministère), d'organismes spécifiques visés par les différents rapports annuels traitant d'une problématique particulière (ex. : vieillissement, santé mentale) ainsi que les médias.

Tableau 1 : Provenance des informateurs clés

Types d'organisme	Nombre d'entrevues
Direction de santé publique de Montréal	4
Direction de santé publique, hors de Montréal	2
Régie régionale	2
Ministère et agences, et leurs consultants	3
CLSC	4
Communautaire (bailleurs de fonds et regroupements)	4
Professionnels/syndicats/associations	4
Intersectoriel, régional, municipal	3
Universités	2
Médias	1

Des tentatives de recrutement ont été réalisées auprès de 12 autres répondants potentiels qui n'ont pas retourné les appels (9) ou qui se sont dits insuffisamment familiers avec les rapports pour répondre (3). Ces personnes appartenaient aux types d'organismes suivants : Régie régionale (3); Ministère de la santé ou agence affiliée (2); CLSC (2); médias (3) et politiciens provinciaux ou municipaux (2).

Mesures et analyses

Les entrevues ont été réalisées à l'aide d'une grille d'entrevue structurée (Annexe 1) abordant quatre principales questions :

- Les rapports annuels sont-ils connus et lus par les audiences-cibles?

- Les lecteurs comprennent-ils les principaux messages des différents rapports annuels?
- Les différents messages sont-ils utilisés, et de quelles façons?
 - La mesure de l'impact des messages véhiculés dans les différents rapports annuels sur les décideurs et la prise de décisions a été fondée sur les travaux de Landry et collègues qui travaillent à l'aide d'une échelle validée de Knott et de Wildavsky (1980).
- Quel ou quels rôles devraient jouer les rapports annuels à titre d'intervention de santé publique?

Des points identiques ont été soulignés aux trois premières questions de chacun des rapports. La quatrième question portait sur l'ensemble des rapports, et sollicitait l'opinion des répondants.

Les entrevues ont également compris des questions sur les formes de diffusion préférées, les améliorations possibles et les thématiques futures.

Les données ont été analysées à l'aide de SPSS. Vu le petit nombre de répondants et le caractère dirigé de l'échantillon, la plupart des résultats descriptifs sont présentés en nombres bruts plutôt qu'en proportions.

4. Résultats

Les rapports annuels sont-ils connus et lus par les audiences-cibles?

Il faut d'abord remarquer que l'échantillon a compris des informateurs clés qui seraient plus intéressés à certains rapports, selon la thématique traitée, ainsi que des informateurs clés qui auraient eu, en principe, un intérêt plus général à l'ensemble des rapports. Comme le Tableau 2 l'indique, tous les répondants n'ont pas, effectivement, lu tous les rapports.

Tableau 2 : Répondants ayant lu chaque rapport

	Nombre de répondants ayant lu ce rapport		
	Non	En partie	Au complet
Inégalités sociales de la santé	10	9	11
Prévenir, guérir, soigner	12	8	10
Impacts de la transformation du réseau montréalais sur la santé	13	5	12
Nouvel éclairage sur la santé mentale des adultes	6	9	15

Quatorze des trente répondants ont lu les quatre rapports, huit n'en ont lu qu'un seul, alors que les autres en ont lu deux ou trois.

Méthodes de diffusion

Nous avons demandé aux répondants d'indiquer la façon dont ils ont pris connaissance des rapports : réception du document écrit, assistance à une conférence de presse, assistance à une présentation du rapport, transmission par un collègue, par le site électronique, dans un forum ou à une table ronde, ou par leur collaboration ou consultation lors de l'élaboration du rapport. La méthode de diffusion qui a atteint ces répondants le plus souvent a été la transmission du document écrit, suivie de l'assistance aux présentations PowerPoint du Directeur de santé publique ou d'un des auteurs du rapport.

Tableau 3 : Méthodes de transmission des rapports au répondant (Réponses multiples permises)

	Reçu le document écrit	Assisté à une présentation	Autres
Inégalités sociales de la santé	21	10	5
Prévenir, guérir, soigner	18	9	9
Impacts de la transformation du réseau montréalais sur la santé	20	9	5
Nouvel éclairage sur la santé mentale des adultes	21	7	12

Lorsqu'un répondant a reçu les rapports, il ne les a pas nécessairement diffusés dans son organisme. Le Tableau 4 indique qu'environ la moitié des répondants a diffusé le rapport dans leur milieu, souvent passivement par les canaux habituels (ex.: circulation aux cadres et coordonnateurs à l'interne).

Tableau 4 : Diffusion des rapports au sein des milieux

	Nombre de répondants		
	Aucune diffusion supplémentaire	Diffusion par processus interne habituel	Diffusion active
Inégalités sociales de la santé	13	8	9
Prévenir, guérir, soigner	18	8	4
Impacts de la transformation du réseau montréalais sur la santé	17	6	7
Nouvel éclairage sur la santé	14	9	7

Entre le quart et le tiers des répondants ont participé activement à la diffusion d'un rapport dans leur communauté professionnelle ou de pratique (Tableau 5); ce sont des formes de diffusions secondaires qui mériteraient d'être examinées à fond, à titre d'effet mobilisateur extra-sectoriel.

Tableau 5 : Types de diffusions actives réalisés

Le répondant a activement diffusé le ou les rapports auprès :
• de collègues et médecins de famille qui travaillent avec les adolescents
• de chercheurs universitaires
• du conseil d'administration de l'organisme
• du CLSC de la région
• d'organismes collaborateurs et partenaires
• d'étudiants universitaires
• de stagiaires et contractuels de l'organisme
• du Centre de documentation, avec annonce à l'interne d'une nouvelle parution
• de partenaires d'une Commission spéciale
• de l'association des CLSC
• de la chronique radiophonique
• du comité provincial
• des collègues psychiatres
• du regroupement sectoriel

Appréciation des rapports et importance de leurs caractéristiques

Les répondants ont fait part de leur appréciation des rapports sous plusieurs dimensions. Le Tableau 6 indique la moyenne des résultats d'appréciation pour l'ensemble des rapports lus par chaque répondant. La dimension scientifique des rapports, leur facilité de compréhension et leur crédibilité sont significativement plus appréciées que leur utilité dans l'organisation.

Tableau 6 : Appréciation des rapports

	Moyenne (sx) 0 = Complètement en désaccord, 4 = Très en accord
Intéressant sur le plan scientifique	3,40* (1,0)
Facile à comprendre	3,20* (1,2)
Répond à mes interrogations sur le sujet traité	2,99 (1,1)
Crédible	3,30* (1,3)
Utile dans le travail de mon organisation	2,72 (1,2)

*Significativement plus élevé que l'utilité perçue (contrastes simples : $F(1,24) : \text{plan scientifique c. utilité}, F = 10,44, p < ,01$; facilité à comprendre c. utilité, $F = 6,09, p < ,05$; crédibilité c. utilité, $F = 9,04, p < ,01$).

Le Tableau 7 résume l'importance perçue par les répondants de certaines caractéristiques clés des rapports annuels de la DSP. Selon ces données, les aspects les plus importants sont l'accessibilité par ordinateur (document téléchargeable) et la pratique de distribution d'emblée auprès des partenaires. Ces aspects ont significativement plus d'importance que la présentation orale accompagnatrice, l'aspect esthétique ou la périodicité annuelle.

Tableau 7 : Importance des caractéristiques des rapports

	Moyenne (sx) 0 = pas du tout important, 3 = très important, voire essentiel
Aspect esthétique	1,96 (.81)
Périodicité annuelle	1,96 (.90)
Accessibilité par ordinateur (téléchargeable)	2,63* (.63)
Présentation orale accompagnatrice	1,88 (1,03)
Présentation du contenu par le Directeur	2,40 (.87)
Consultation préalable auprès de partenaires	2,54 (.65)
Distribution d'emblée auprès de partenaires	2,62* (.70)

*Significativement plus importante que la présentation orale accompagnatrice ($t(25) = 3,05, p < ,01$) l'aspect esthétique ($t(26) 3,46, p < ,01$) et la périodicité annuelle ($t(26) = 3,61, p < ,01$).

Les principaux messages des différents rapports annuels sont-ils compris?

Nous avons demandé aux répondants de décrire, dans leurs propres mots, les principaux messages de chaque rapport. Les réponses ont été comparées aux messages transmis par la DSP, selon les principaux

auteurs des rapports. Les résultats (voir le Tableau 8) indiquent que : 1) la plupart des répondants ont compris presque tous les messages, et 2) certains messages ont été plus difficiles à décoder (ex.: l'importance des maladies chroniques dans une société vieillissante [Rapport 1999]; les hôpitaux ont tenu le coup durant la transformation du réseau [Rapport 2000]).

Tableau 8 : Compréhension des principaux messages de chaque rapport

	N ^{bre} de répondants qui ont compris le message comparativement à ceux qui ont lu ce rapport
Inégalités sociales de la santé Message : <i>Relation entre inégalités sociales et inégalités en matière de santé</i>	20/20
Prévenir, guérir, soigner : Message 1 : <i>Pyramide de morbidité</i> Message 2 : <i>Importance des maladies chroniques</i>	14/18 8/18
Les impacts de la transformation du réseau montréalais sur la santé : Message 1 : <i>Importance d'évaluer les impacts</i> Message 2 : <i>Conséquences positives (hôpitaux)</i> Message 3 : <i>Conséquences négatives (prévention, première ligne, ressources humaines)</i> Message 4 : <i>Résultats du monitoring</i>	14/17 7/17 10/17 11/17
Nouvel éclairage sur la santé mentale des adultes montréalais Message 1 : <i>Inadéquation des besoins et services</i> Message 2 : <i>Importance des troubles transitoires</i>	15/24 11/24

Les différents messages sont-ils utilisés, et de quelle façon?

L'évaluation a examiné à fond la façon dont les répondants ont utilisé l'information et les messages des rapports. Les répondants ont indiqué la façon dont ils ont utilisé les rapports; les résultats de ces analyses sont présentés au Tableau 9.

En tenant compte de ces données et de celles déjà présentées sur la lecture et la compréhension des rapports, nous pouvons recréer l'échelle hiérarchique de Landry et al. (les stades 4 et 5 étant combinés) et

Tableau 9 : Utilités des rapports annuels

	Moyenne (sx) 0 = Pas du tout utile, 3 = Très utile
À titre de renseignements généraux	2,21 (.83)
À titre de référence, lors de travaux ou de présentations que vous avez préparés	1,94 (.87)
Pour valider ou confirmer votre orientation ou vos actions existantes	1,84 (.86)
Pour orienter ou influencer votre planification stratégique	1,32 (.97)
Pour orienter ou influencer des décisions spécifiques que vous aviez à prendre	1,44 (.94)
À titre d'outil d'aide à la prise de décision	1,14 (.94)

examiner le niveau d'utilisation des rapports. Dans le contexte de cette évaluation, nous avons défini les stades comme suit :

Stade 1 - Transmission

Transmission de l'information aux répondants

Stade 2 - Compréhension

Compréhension de l'information par les répondants

Stade 3 - Référence

Utilisation ou citation de l'information dans les présentations ou documents préparés par les répondants

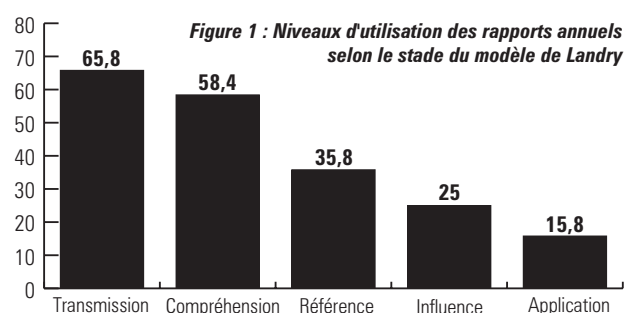
Stades 4 et 5 - Influence

Utilisation de l'information pour influencer ou orienter la planification

Stade 6 - Application

Application directe de l'information dans la prise de décision par les répondants

Ces données sont présentées au Tableau 10 et illustrées à la Figure 1. Il est évident que, telle que prévue dans le modèle de Landry, la proportion des répondants utilisant les rapports est de moins en moins importante lorsqu'il s'agit de l'application



directe des résultats au cours des prises de décisions. Les deux tiers des répondants ont lu les rapports; les rapports ont influencé l'orientation du quart, et environ 16 % des répondants les ont utilisés lors des prises de décisions.

Tableau 10 : Niveaux d'utilisation des rapports annuels selon le stade du modèle de Landry

	% des répondants (moyenne des rapports sur l'ensemble de l'échantillon)
Transmission : Proportion moyenne des répondants ayant lu les rapports	65,8 %
Compréhension : Proportion moyenne des répondants ayant compris au moins un message du rapport	58,4 %
Référence : Proportion moyenne des répondants pour qui les rapports ont été utiles, ou très utiles, lors de la préparation de documents ou présentations	35,8 %
Influence : Proportion des répondants pour qui les rapports ont été utiles, ou très utiles, à influencer leur orientation	25,0 %
Application : Proportion des répondants pour qui les rapports ont été utiles, ou très utiles, lors de la prise de décisions	15,8 %

Les répondants ont fourni, dans la mesure du possible, des exemples d'utilisation des rapports annuels. Leurs réponses ont identifié six genres d'utilisation distincte, indiqués avec exemples-types au Tableau 11.

En répondant aux questions sur l'utilisation, quelques répondants ont mentionné des entraves à l'utilisation des rapports annuels. Ces entraves sont notées au tableau 12.

Quel ou quels rôles devraient jouer les rapports annuels à titre d'intervention au niveau de la santé publique?

Dans le but de mieux situer les rapports annuels comme intervention de la DSP, nous avons demandé aux répondants d'indiquer à quel point ils trouvaient approprié que ces rapports jouent certains rôles. Les rôles proposés ont compris la diffusion de renseignements scientifiques sur les problèmes de santé, de renseignements au public sur l'état du système de santé (mandat légal de la santé publique) ainsi que des stratégies

Tableau 11 : Exemples d'utilisation des messages ou données

Types d'utilisation et exemples-types
Planification stratégique, définition de mission, orientation et mise en place des services (20 exemples fournis) « Définir la mission; planification stratégique » « Pour donner des orientations au CA » « A servi d'outil dans le cadre des travaux de planification 1998-2002 » « Mise en place de stratégies de dépistage dans les CLSC pour les jeunes anxieux » « Revoir notre planification en santé mentale pour aller vers la prévention et les plus jeunes »
Soutenir, appuyer des orientations; ajouter de la crédibilité aux décisions (9 exemples fournis) « Permet de légitimer le développement des services de base, orientation des ressources vers les services de jour » « Utilisation de l'information générale; le rapport confirmait de façon scientifique certains faits connus » « A permis de confirmer et de donner de la crédibilité à nos propos sur des éléments tangibles auprès de la RRSSS » « Le rapport n'apporte pas de nouveau message, en ce sens, les concepts étaient déjà véhiculés dans notre milieu »
Pour aider à la réflexion, mieux comprendre des situations, fournir des pistes (5 exemples fournis) « Utilisé lors d'un Lac à l'Épaulé avec le CA, pour réflexion » « Le rapport donne les pistes qu'on a poursuivies avec nos propres données » « La réalité des inégalités sociales de la santé est devenue plus vraie (ex.: champ de la déficience intellectuelle »
Pour aider à la préparation de soumissions, etc. (5 exemples fournis) « Outil pour le comité de rédaction de la commission Clair, a influencé le dossier de la prévention au Québec » « Présentation d'un mémoire à la Commission Clair » « Préparation à une soumission à la Commission parlementaire »
Création d'instances ou d'événements (5 exemples fournis) « Création d'un comité multidisciplinaire » « Création d'un groupe de travail » « A inspiré l'organisation d'un colloque »
Orienter des décisions de financement (3 exemples fournis) « Décisions par rapport au financement des populations vulnérables » « Pour obtenir du financement spécifique » « Répondre à des demandes de financement »
Dans le cadre de l'enseignement ou des études (3 exemples fournis) « Présentations en classe lors de cours donnés à l'université » « Utilisé lors de l'enseignement d'un de mes cours »

d'influence pour agir sur les déterminants de la santé. Les réponses à ces questions (Tableau 13) indiquent que les répondants ont trouvé tous les rôles proposés appropriés, notamment celui de sensibiliser les autres secteurs aux déterminants de la santé.

Tableau 12 : Entraves à l'utilisation (mentions spontanées)

Il est difficile d'importer la lecture des rapports annuels de la DSP Montréal sur une échelle provinciale (ex.: milieux ruraux, etc.)
Nous avons besoin de données sur le Québec dans son ensemble
Très montréalais
Nous avons de la difficulté de travailler avec le découpage par le CLSC
Le concept de la pyramide a été utilisé à toutes les sauces. Il y avait dans ce rapport moins de réponses concrètes aux besoins relatifs à la problématique de la société vieillissante; pas d'idées nouvelles
Document (rapport 2000) moins utile et moins apprécié car on sentait une proximité avec la Régie régionale dans la production de ce document
Un regard critique sur les conséquences de la transformation du réseau de la santé quoique les conséquences sur le réseau social aient été peu discutées (Rapport 2000)
Si le rapport (2001) avait été plus large, touchant plus de paramètres, on aurait pu l'utiliser pour nos dossiers de représentation

Tableau 13 : Perception des rôles appropriés des rapports annuels

	Moyenne (sx) 0 = Pas du tout approprié, 3 = Très approprié, voire essentiel
Diffusent la dernière information scientifique sur les problèmes de santé	2,50 (.84)
Informent le public de l'état de santé de la population montréalaise	2,60 (.74)
Sensibilisent les autres secteurs aux déterminants de la santé	2,82* (.61)
Tentent d'accroître la capacité des décideurs d'autres secteurs à tenir compte des enjeux de santé lors de prise de décision	2,64 (.73)
Fournissent une analyse critique des politiques, pratiques et orientations des autres secteurs qui peuvent affecter l'état de santé de la population	2,43 (.88)

* Significativement plus approprié que « fournissent une analyse critique », (contraste simple; $F(1,27 = 7,95, p < .01)$).

Améliorations potentielles et thématiques futures

Changements souhaités

Nous avons demandé aux répondants d'indiquer tous les changements souhaités dans les rapports annuels futurs. Une analyse de contenu a permis de regrouper les points les plus souvent mentionnés³; ils sont énumérés dans les paragraphes suivants. L'annexe 2 présente les commentaires complets.

3. Nous avons recueilli des commentaires sur les améliorations du cycle de production des rapports à l'intérieur de la DSP; la n'étant pas la cible de cette évaluation.

Besoin de suivi et d'arrimage avec l'intervention

Une dizaine de répondants ont exprimé le désir que les messages véhiculés par les rapports annuels se concrétisent au cours d'interventions sur le terrain, et que les ressources en découlent. Selon leur avis, cela nécessitera un suivi systématique des rapports : « Qui a le mandat de s'assurer d'orienter les décisions régionales et le suivi des recommandations? »; « La santé publique a laissé tomber son propre rapport, il n'y a pas eu de suivi. Qui est responsable de s'assurer que les recommandations seront suivies? Il faudrait maintenir un suivi pour faire avancer les idées »; « Des programmes d'intervention devraient découler de ce qui est véhiculé ».

Accessibilité du contenu et allure générale

Une douzaine de suggestions ont été offertes pour faciliter l'accès au contenu. Plusieurs répondants ont signalé le besoin d'un résumé ou d'un feuillet accompagnateur, pour le public ou pour les décideurs : « Feuillet accompagnateur pour digérer l'information (pour le public) ». « Un sommaire plus schématique qui donnerait les idées maîtresses et le contenu du rapport annuel pourrait être rédigé à part, car nous n'avons pas le temps de tout lire ». Bien que plusieurs répondants aient trouvé l'aspect esthétique du rapport important (Tableau 7), deux répondants ont critiqué l'apparence trop belle des rapports « Facture trop luxueuse : photos, graphisme, etc. »; « Il est indécent de produire des documents aussi coûteux (papier glacé, etc.) pour parler de la pauvreté ».

Partenaires et partenariat

Des répondants ont souligné l'importance des partenaires et du partenariat dans la production et l'appropriation des rapports : « Maintenir la pratique de tenir compte de l'avis des partenaires et experts du milieu AVANT de le sortir »; « Il faudrait préalablement se concerter avec les partenaires pour que l'outil soit récupéré »; surtout dans le contexte intersectoriel : « Une approche concertée à l'analyse des problématiques

et déterminants est importante dans une optique de partage de préoccupations intersectorielles ».

Approche synthétique et comparative

Quelques commentaires portaient sur l'approche générale pour souligner l'importance de l'approche synthétique (« Ces publications sont bien reçues dans notre milieu car elles donnent toujours une bonne articulation du problème au niveau conceptuel »), mais aussi afin d'approfondir l'approche comparative/normative (« On aimerait les comparaisons entre les régions du Québec »; « Présentez davantage d'analyses différentielles selon le sexe dans le texte, et pas juste des chiffres dans des tableaux »).

D'autres commentaires ont porté sur la crédibilité de la DSP, non seulement à cause du statut perçu d'indépendance de la Régie régionale et du MSSS, mais aussi des difficultés de différenciation de la DSP et la Régie régionale lors des sorties publiques. Des répondants ont suggéré de s'éloigner de l'approche perçue comme trop « santé » ou « médicale » pour adopter plutôt une approche moins axée sur les « problèmes » et centrée davantage sur les forces de la population, et inclure la dimension sociale de la santé publique. Quelques commentaires additionnels ont indiqué des divergences d'opinion sur la périodicité et sur les audiences-cibles.

Thématiques futures

À la toute fin des entrevues, nous avons demandé aux répondants d'identifier les thématiques qu'ils trouveraient pertinentes pour les numéros futurs des rapports annuels.

Ils ont suggéré des thèmes spécifiques ou ont fourni des suggestions pour les processus de choix de thèmes ou leur traitement. Les suggestions sont regroupées dans le Tableau 14; il y a peu de convergences parmi les réponses, sauf possiblement pour la santé environnementale.

Tableau 14 : Suggestions de thématiques pour des numéros futurs

Suggestions spécifiques
• Problématiques émergentes de santé publique : jeu, infections
• Persistance de problèmes et recherche de solutions : périnatalité, pauvreté, conditions de vie
• Aller plus loin sur les questions d'environnement pour avoir un impact sur les décideurs
• Santé environnementale
• Liens santé-environnement : qualité air et eau, structures bâties, pollution
• Populations marginalisées : santé des réfugiés et immigrants
• La consommation de médicaments (type, coût, éthique, etc.)
• Impacts de la première ligne sur la santé. Impacts de la promotion-prévention sur la santé
• Accessibilité des services de santé
• La performance du système de santé : impacts sur l'amélioration de la santé
• La santé mentale au travail
• Diabète et maladies cardiovasculaires avec des analyses explicatives sur la prévalence élevée dans certaines populations
• Maladies chroniques et vieillissement dans une approche globale (non seulement habitudes de vie)
• Jeunes, sexualité et MTS
Commentaires sur le choix des thèmes et de la structure des rapports
• Les thèmes déjà abordés ont été figés dans la mémoire.
• Le choix des thèmes a toujours été très innovateur.
• Première partie : Il faudrait retenir des indicateurs pour garder le rôle de vigie, de surveillance de la santé publique, et les maintenir à jour d'un rapport à l'autre. Traiter d'une problématique dans la deuxième partie.
• Continuer à choisir des thèmes qui débordent du concept (description de l'état de santé); continuer à faire un traitement transversal d'un problème; prendre des thèmes opportunistes.
• Continuer d'avoir des données spécifiques pour documenter la population montréalaise... regarder toutes les étapes de la vie pour garder une vision complète. Consulter plus souvent les partenaires sociaux.
• Dans le choix des thèmes, il faut arrimer les productions avec celles du MSSS pour faire le lien entre l'analyse de la connaissance-surveillance.
• Les informations scientifiques ne doivent pas rester isolées entre les experts de la santé. Il faut, avec un bon fondement scientifique, que les informations soient vulgarisées pour que les acteurs d'autres secteurs fassent des choix sociaux en regard des problématiques.
• Ne pas remplacer les rapports annuels par un portrait de santé... on est déjà bombardé de données, c'est intéressant de recevoir un document avec des analyses et un oeil critique.
• Les thèmes sont parfois difficiles à comprendre, ils s'adressent à un public averti. Il y a trop de thèmes sociaux, peu en protection.

5. Discussion et conclusion

Limites de l'étude

Cette étude comporte une limitation importante : la composition de l'échantillon. L'échantillon est d'abord restreint; mais, fait encore plus important, nous ne pouvons pas dire avec certitude jusqu'à quel point il représente la population-cible de cette intervention, et ce, pour deux raisons. Premièrement, un certain nombre d'individus a été sollicité pour l'évaluation, mais n'ont pas fait suite à la demande ou se sont déclarés incapable de répondre. Cela pourrait suggérer que ces répondants sont parmi les acteurs les plus familiers avec les rapports, et que le niveau d'utilisation des rapports est surestimé par rapport à l'utilisation au sein de la population des membres des audiences-cibles. Deuxièmement, aucun suivi systématique du plan de diffusion n'existe au sein de la DSP, ce qui nous permettrait d'identifier les organismes effectivement ciblés à qui nous n'avons pas transmis le rapport, soit par copies papiers, soit par registres de l'assistance aux conférences et de présentations. La procédure d'échantillonnage a donc pu exclure des audiences qui auraient dû être comprises, ou encore inclure des audiences considérées moins importantes au moment d'un rapport en particulier. Cela dit, les entrevues ont été réalisées avec un groupe d'individus qui, en principe et en réalité, sont des consommateurs de rapports et qui occupent des postes décisionnels au sein de l'univers des décideurs que la DSP veut influencer par son intervention.

Une autre limitation de l'étude découle de la nature même du phénomène à l'étude : l'utilisation des connaissances. Lavis et al. (2002) suggèrent que lorsque nous cherchons à comprendre l'influence de la recherche sur les politiques de santé, il serait pertinent de mesurer non seulement le niveau d'utilisation des connaissances spécifiques mais également la façon dont la recherche façonne la formulation de politiques plus généralement. Ces arguments font écho d'études des processus décisionnels des décideurs qui ont souligné

la nature graduelle et indirecte de l'intégration des connaissances dans les attitudes et les orientations des décideurs (Weise & Bucuvalas, 1980; Weiss, 1980). Sous cette optique, il est possible que notre approche, visant à apprécier l'utilisation directe, ait sous-estimé l'influence totale des rapports annuels, surtout lorsqu'il s'agit des rapports les plus récents.

Niveaux et formes d'utilisation

Les rapports annuels de la DSP ont été lus par les deux tiers des répondants; ils ont influencé directement les orientations du quart, et ils ont été utilisés dans la prise de décision d'environ 16 % des répondants. Il est très difficile de conclure si la DSP devrait se féliciter des résultats ou s'en désoler. D'une part, les résultats ressemblent à ceux trouvés dans d'autres études. Bien que ces études aient été réalisées auprès de produits différents (ex.: des résultats de recherche proprement dits : Landry et al. (2001); Lavis et al. (2002) ou de contextes (Angleterre [Fulop & McKee, 1996]), les résultats confirment qu'on ne peut pas s'attendre à ce que tous les destinataires lisent les rapports et appliquent les résultats. Par contre, l'impact potentiel sur la santé de la population ainsi que sur les quelques applications directes des messages peut être un point très important. Si un rapport contribue à la réorientation d'une politique, d'un programme ou d'un service (par exemple, allocation de plus de ressources pour les troubles transitoires de santé mentale, l'investissement accru dans la prévention chez les personnes âgées; le re-examen des plans d'accessibilité en fonction d'inégalités sociales) il pourrait, en principe, toucher des secteurs importants de la population. Cette évaluation a permis d'identifier plusieurs exemples d'utilisation qui pourraient effectivement avoir des impacts importants.

Nous pouvons nous poser la question sur les moyens possibles de rentabiliser l'investissement dans la production des rapports annuels par l'amélioration du taux de lecture et de la compréhension des messages (premiers stades de modèle de Landry, et pré-conditions pour toutes les étapes subséquentes). Landry et al.

(2001) ont reconnu que l'adaptation des produits de recherche, tenant compte des audiences-cibles, influence positivement l'utilisation. Des consultations plus approfondies ou des études pré-production auprès de ces audiences (ce qui précisera encore plus la définition des audiences-cibles) pourraient provoquer une adaptation encore plus efficace. À un autre niveau, les décideurs s'empressent davantage à utiliser des résultats de recherches qui comportent des conséquences dans leur propre sphère d'influence (Weiss & Bucuvalas, 1980). Quant aux futurs rapports, il serait peut-être pertinent de revoir la communication des messages pour s'assurer que les conséquences pour les décideurs locaux soient claires, notamment dans le cas des messages qui semblent porter des répercussions plutôt macro-sociales (ex.: inégalités sociales structurelles). Enfin, les participants à l'évaluation ont suggéré plusieurs pistes pour améliorer la facilité d'utilisation des rapports, notamment des résumés et des feuillets accompagnateurs.

Rôles des rapports annuels à titre d'intervention de santé publique

Les rapports annuels de la santé publique veulent aller au-delà de la simple transmission des données de surveillance de l'état de santé de la population pour fournir une analyse multidimensionnelle et synthétique des enjeux reliés à la santé de la population montréalaise. Les audiences-cibles ont grandement apprécié cette approche. Les informateurs clés ont également été très confortables à l'idée que les rapports tentent de jouer un rôle d'influence auprès d'autres secteurs pour élargir la compréhension et renforcer l'action sur les déterminants de la santé. Les objectifs généraux des rapports sont donc validés par cette évaluation, confirmant l'intérêt de la DSP à maintenir cette approche.

Les données qualitatives indiquent que plusieurs organismes ont trouvé les rapports utiles parce qu'ils justifiaient ou légitimaient leurs orientations existantes, suggérant que cette forme d'influence indirecte soit assez répandue. Ce résultat

confirme l'importance du partenariat dès le début du processus dans la production et la diffusion des rapports, pour connaître et comprendre les orientations des partenaires et pour véhiculer des messages communs. Par contre, ces résultats pourraient exiger que nous nous questionnions sur la façon de négocier et d'actualiser les messages à contre-courant des pratiques et des politiques actuelles. Plus précisément, bien que les acteurs interrogés se soient dit d'accord que la DSP assume un rôle critique face aux autres secteurs, les rapports jusqu'à maintenant ont eu plutôt tendance à appuyer les intérêts des secteurs touchés. Trouver le juste milieu entre l'appui et l'influence continuera certainement à être un défi pour la DSP.

Améliorations et changements souhaités

Certains changements souhaités par les informateurs clés ont des répercussions assez importantes pour la DSP et même pour la conception des rapports annuels comme intervention de santé publique. Le premier changement requis est certainement le besoin exprimé d'un suivi post-diffusion et de liens entre les messages, l'allocation des ressources et la programmation. Au pis-aller, nous pourrions concevoir les rapports annuels comme documents d'appui pour des orientations opérationnelles de la DSP (et, par extension, de la Régie régionale). Tout au moins, il est évident que les acteurs internes et externes cherchent et valorisent la cohérence entre les messages et les actions.

Tel que mentionné ci-dessus, les changements souhaités ont compris des moyens et des outils pour rendre les rapports annuels plus accessibles aux décideurs; ils ont aussi compris des demandes pour une approche encore plus analytique et comparative. Il y a, entre autres, un intérêt pour des renseignements qui permettent de comparer Montréal aux autres régions québécoises et aux autres grandes villes canadiennes (créé sans doute par le cinquième rapport [2002 : La santé urbaine], son approche comparative a suscité plusieurs commentaires). Les acteurs au niveau national (gouvernemental et autres) partagent également le désir de

données qui permettraient de situer Montréal dans l'ensemble des régions du Québec. Il faudra certainement parvenir à des compromis pour satisfaire à la fois les besoins de synthèse et d'approfondissement analytique. La venue anticipée des rapports nationaux pourrait fournir une occasion de réexaminer les approches analytiques en fonction des besoins des décideurs locaux.

Conséquences pour l'évaluation future

Cette évaluation a voulu mettre l'accent sur les impacts des rapports annuels, et non sur les processus de production interne. Cependant, les évaluations d'impacts et de processus auraient avantage à ce que les renseignements internes, portant sur les rapports, soient plus systématisés; cela pourrait être accompli par le biais des :

- Objectifs clairs et mesurables pour la diffusion et l'obtention des impacts voulus, idéalement soutenus par un cadre logique de l'intervention
- Outils de monitoring pour la gestion par résultats de l'intervention :
 - comprenant des systèmes du suivi de la diffusion : envois, assistance aux présentations et conférences de presse, couverture médiatique
 - qui fournissent également de l'information de gestion tout au long du processus de production, notamment sur les processus de consultation et de concertation, et sur l'utilisation des ressources internes (coût de l'intervention)
- Mécanismes de rétroaction continue et d'évaluation formative auprès des partenaires des secteurs concernés par les messages, pour permettre la vérification de la compréhension des messages en cours de production

Conclusion

Cette évaluation a voulu examiner à quel point les rapports annuels de la DSP de Montréal ont réussi à transférer des connaissances aux acteurs clés des systèmes d'intervention, et de quelle façon. Les résultats indiquent

que les audiences clés ont grandement apprécié les rapports annuels et qu'ils ont atteint un certain niveau d'influence. L'évaluation a également confirmé que les acteurs clés ont joué les rôles souhaités par la DSP vis-à-vis les rapports annuels, et a permis d'identifier plusieurs pistes d'amélioration pour les prochains numéros. Les résultats affirment, sous tous leurs aspects, la valeur des rapports annuels à titre d'intervention de santé publique.

6. Références

ACPH (Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health) (1994) *Strategies for Population Health: Investing in the Health of Canadians*.

ACPH (1999) *Second Report on the Health of Canadians*.

Davies, A. (1998) The use or uselessness of public health reports - Letter. *BMJ*, 316, 1994.

Fulop, N., McKee, M. (1996) What impact do annual public health reports have? *Public Health*, 110, 307-311.

Hanney, S., Gonzalez-Block, M., Buxton, M., Kogan M. (2003) The utilization of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment. *Health Research Policy and Systems*, 1(2), www.health-policy-systems.com/content/1/1/2.

Huberman, M. (1994) Research utilization: The state of the art. *Knowledge and Policy: The International Journal of Knowledge Transfer and Utilization*, 7(4), 13-33.

Knott, J., Wildavsky, A. (1980) If dissemination is the solution, what is the problem? *Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization*, 1(4), 537-578.

Landry, R., Amara, N., Lamari, M (2001) Utilization of social science research knowledge in Canada. *Research Policy* 30, 333-49.

Lavis, J., Ross, S., Hurley, J. et al. (2002) Examining the role of health services research in public policy-making. *Milbank Quarterly*, 80(1), 125-154.

Roy, D. (2003) Annual reports on public health: purpose, methods, process and impact. Presentation, 13 janvier 2003, Toronto.

Scally, G. (1997) The use or uselessness of annual public health reports. *British Medical Journal*, 313, 1178-1179.

Seely Brown, J., Duguid, P. (2001) Knowledge and organization: a social-practical perspective. *Organization Science*, 12(2), 198-213.

Weiss, C. (1980) Knowledge creep and decision accretion. *Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization*, 1, 381-404.

Weiss, C., Bucuvalas, M. (1980) Truth tests and utility tests: Decision makers' frames of reference for social science research. *American Sociological Review*, 45, 302-313.

Annexe 1: Grille d'entrevue auprès des informateurs clés représentants d'organismes ciblés par les rapports annuels de la DSP

Nous procédons actuellement à l'évaluation des rapports annuels de la DSP de Montréal. Nous avons produit le cinquième cet automne intitulé La Santé urbaine ; une condition nécessaire à l'essor de Montréal. Nous désirons connaître votre opinion concernant l'impact qu'ont pu avoir les différents rapports annuels sur votre réflexion face aux diverses problématiques abordées et voir si cet outil fut utile pour la prise de décision dans votre organisation.

Pour débiter, pourriez-vous vous présenter et donner votre fonction au sein de l'organisme que vous représentez?

Nom _____

Titre _____

Nom de l'organisme représenté et mission _____

Date de l'entrevue _____

Téléphonique ☐ Rencontre ☐

Connaissez-vous les rapports annuels de la DSP de Montréal ?

Tous versus plusieurs versus aucun. Si plus qu'un, le ou lesquels?

1^{er} _____

2^e _____

3^e _____

4^e _____

5^e _____

1^{er} Rapport - Inégalités sociales de la santé

Comment avez-vous pris connaissance du rapport?

Réception du document écrit ☐

Conférence de presse ☐

Présentation (power point) ☐

Transmission par un collègue ☐

Site électronique ☐

Forum - Table ronde ☐

Collaboration - Consultation ☐

Autre (Expliquer) _____

J'ai lu le rapport :

OUI ☐ NON ☐

Si oui

• En partie ☐

• Au complet ☐

Messages principaux retenus : _____

Message principal

Positionner la DSP de Montréal au sujet des inégalités sociales de la santé et du bien-être.

Messages spécifiques ou plus ciblés

- Décrire l'ampleur du phénomène de pauvreté à Montréal
- Démontrer le lien entre la santé et la pauvreté peu importe les conditions, les étapes du cycle de la vie....
- Les inégalités sociales sont le principal déterminant expliquant les déficits observés dans la santé des Montréalais lorsqu'on la compare à d'autres régions que ce soit en terme de nombres d'années de vie (vivre en milieu défavorisé signifie une espérance de vie en bonne santé de huit ans de moins que les milieux favorisés) qu'en terme de qualité de vie.

Avez-vous diffusé ce rapport dans votre milieu?

OUI ☐ NON ☐

Si oui, comment et à qui? Si non, pourquoi pas?

Concernant le premier rapport, êtes-vous en accord avec les affirmations suivantes?

	Très en accord	En accord partiellement	Neutre	En désaccord	Très en désaccord
Le rapport est intéressant sur le plan scientifique					
Le rapport est facile à comprendre					
Le rapport répond à mes interrogations sur le sujet traité					
Le rapport est crédible					
Le rapport est utile dans le travail de mon organisation					

À quel point ce rapport a-t-il été utile pour votre organisation?

	Très en accord	En accord partiellement	Neutre	En désaccord	Très en désaccord
À titre de renseignements généraux?					
À titre de référence lors de travaux ou de présentations que vous avez préparés?(stade 3)					
Pour valider ou confirmer vos orientations ou vos actions existantes?					
Pour orienter ou influencer des décisions spécifiques que vous aviez à prendre? (stade 5)					
Pour orienter ou influencer votre planification stratégique?					
À titre d'outil d'aide à la prise de décision? (stade 6)					

Pouvez-vous donner des exemples de comment vous avez utilisé les concepts ou messages développés dans le premier rapport sur votre travail?

2^e Rapport - Prévenir, guérir, soigner les défis d'une société vieillissante

Comment avez-vous pris connaissance du rapport?

Réception du document écrit ☐

Conférence de presse ☐

Présentation (power point) ☐

Transmission par un collègue ☐

Site électronique ☐

Forum - Table ronde ☐

Collaboration - Consultation ☐

Autre (Expliquer) _____

J'ai lu le rapport :

OUI ☐ NON ☐

Si oui

• En partie ☐

• Au complet ☐

Messages principaux retenus : _____

Objectif général

Montrer les enjeux relatifs au vieillissement de la société Montréalaise... intégration du modèle prévenir, guérir et soigner.

Objectifs spécifiques

- Analyser les déterminants du phénomène de vieillissement de la population Montréalaise (en terme de structure de population) et de ses conséquences prévisibles (impacts).
- Projeter le phénomène de vieillissement selon divers aspects d'un environnement social et physique en mutation, notamment les dynamiques familiales, la tendance à une retraite hâtive ainsi que l'influence de l'environnement physique et des milieux de vie.
- Démontrer comment, malgré une amélioration constante de la santé de la population, nous devons au même moment paradoxalement faire face à une augmentation significative des maladies du vieillissement qui sont et demeureront en croissance (rôle des maladies chroniques dans la société vieillissante).
- Combattre le préjugé selon lequel une population vieillissante est nécessairement en mauvaise santé. (Ce n'est pas l'âge qui compte, c'est d'abord l'état de santé.)
- Rééquilibrer les efforts entre le préventif et le curatif (qui se divise en guérir et soigner). La prévention n'est pas le seul secteur qu'il faut cibler. C'est la responsabilité du système de santé de guérir, en utilisant les découvertes médicales, les découvertes technologiques,....autant que la situation est réversible. Lorsque la situation n'est

plus réversible, il faut composer avec les déficits et mettre l'accent sur des approches plus relationnelles (relation d'aide, valorisation de la qualité des interrelations, soins palliatifs, soins à domicile, réadaptation (ergothérapie, physiothérapie,...)). Ainsi le rapport met de l'avant une approche de gestion préventive qui consiste à prévenir, guérir ou soigner selon qu'il s'agit de l'un ou l'autre des sous-groupes de population considérés.

- Opposer une vision d'action positive à une approche trop souvent fataliste du phénomène du vieillissement.

Avez-vous diffusé ce rapport dans votre milieu?

OUI ☐ NON ☐

Si oui, comment et à qui? Si non, pourquoi pas?

Concernant le deuxième rapport, êtes-vous en accord avec les affirmations suivantes?

	Très en accord	En accord partiellement	Neutre	En désaccord	Très en désaccord
Le rapport est intéressant sur le plan scientifique					
Le rapport est facile à comprendre					
Le rapport répond à mes interrogations sur le sujet traité					
Le rapport est crédible					
Le rapport est utile dans le travail de mon organisation					

À quel point ce rapport a-t-il été utile pour votre organisation?

	Très en accord	En accord partiellement	Neutre	En désaccord	Très en désaccord
À titre de renseignements généraux?					
À titre de référence lors de travaux ou de présentations que vous avez préparés?(stade 3)					
Pour valider ou confirmer vos orientations ou vos actions existantes?					
Pour orienter ou influencer des décisions spécifiques que vous aviez à prendre? (stade 5)					
Pour orienter ou influencer votre planification stratégique?					
À titre d'outil d'aide à la prise de décision? (stade 6)					

Pouvez-vous donner des exemples de comment vous avez utilisé les concepts ou messages développés dans le premier rapport sur votre travail?

3^e Rapport - Les impacts de la transformation du réseau montréalais sur la santé

Comment avez-vous pris connaissance du rapport?

Réception du document écrit ☐

Conférence de presse ☐

Présentation (power point) ☐

Transmission par un collègue ☐

Site électronique ☐

Forum - Table ronde ☐

Collaboration - Consultation ☐

Autre (Expliquer) _____

J'ai lu le rapport :

OUI ☐ NON ☐

Si oui

- En partie ☐
- Au complet ☐

Messages principaux retenus : _____

Objectif général

Faire la synthèse et voir l'impact véritable sur la santé de l'ensemble des grands changements apportés au réseau montréalais depuis 1995.

Objectifs spécifiques

- Faire un résumé des différentes mesures de changements apportés au réseau montréalais de la santé depuis 1995 dans les champs d'activités relatifs à la santé physique et mentale, à l'adaptation sociale ainsi qu'à la prévention des maladies et à la promotion de la santé.
- Faire connaître le résultat du programme de monitoring qui regroupe un ensemble d'indicateurs pour monitorer un certain nombre de situations potentiellement problématiques, pour repérer tout phénomène inattendu et pour identifier les questions méritant une évaluation plus approfondie.
- Présenter les principaux résultats de recherche des différents chercheurs provenant de milieux universitaires et du réseau sur la performance du système.
- Dresser un résumé des principales conséquences Positives et Négatives démontrées par les différentes études montréalaises et le monitoring Les trois conséquences plus « négatives » sont :
 - la prévention a été délaissée
 - la première ligne a été affaiblie
 - les ressources humaines du réseau ont beaucoup souffert.

- La conséquence positive est que les hôpitaux ont tenu le coup
- Tenter de donner des pistes pour les décideurs concernant les préoccupations futures découlant de ces changements.

Avez-vous diffusé ce rapport dans votre milieu?

OUI ☐ NON ☐

Si oui, comment et à qui? Si non, pourquoi pas?

Concernant le troisième rapport, êtes-vous en accord avec les affirmations suivantes?

	Très en accord	En accord partiellement	Neutre	En désaccord	Très en désaccord
Le rapport est intéressant sur le plan scientifique					
Le rapport est facile à comprendre					
Le rapport répond à mes interrogations sur le sujet traité					
Le rapport est crédible					
Le rapport est utile dans le travail de mon organisation					

À quel point ce rapport a-t-il été utile pour votre organisation?

	Très en accord	En accord partiellement	Neutre	En désaccord	Très en désaccord
À titre de renseignements généraux?					
À titre de référence lors de travaux ou de présentations que vous avez préparés?(stade 3)					
Pour valider ou confirmer vos orientations ou vos actions existantes?					
Pour orienter ou influencer des décisions spécifiques que vous aviez à prendre? (stade 5)					
Pour orienter ou influencer votre planification stratégique?					
À titre d'outil d'aide à la prise de décision? (stade 6)					

Pouvez-vous donner des exemples de comment vous avez utilisé les concepts ou messages développés dans le premier rapport sur votre travail?

4^e Rapport - Garder notre monde en santé, un nouvel éclairage sur la santé mentale des adultes montréalais

Comment avez-vous pris connaissance du rapport?

Réception du document écrit ☐

Conférence de presse ☐

Présentation (power point) ☐

Transmission par un collègue ☐

Site électronique ☐

Forum - Table ronde ☐

Collaboration - Consultation ☐

Autre (Expliquer) _____

J'ai lu le rapport :

OUI ☐ NON ☐

Si oui

• En partie ☐

• Au complet ☐

Messages principaux retenus : _____

Objectif général

Le rapport souligne la difficulté d'assurer en tout temps une bonne adéquation entre les besoins des Montréalais et les services rendus.

Objectifs spécifiques

- Démontrer l'importance des incapacités attribuables aux troubles transitoires de santé mentale car ils sont trop souvent ignorés tant par les personnes qui en souffrent que par un réseau dont la prise en charge des troubles graves et persistants constitue toujours la principale raison d'être (par exemple : schizophrénie, patients institutionnalisés... extension du modèle psychiatrique d'hébergement institutionnel).
- Les troubles transitoires sont les principaux problèmes responsables de la charge des maladies associées aux troubles mentaux.
- Il y a une hausse significative de détresse psychologique en milieu de travail et des invalidités qui est associées.

Avez-vous diffusé ce rapport dans votre milieu?

OUI ☐ NON ☐

Si oui, comment et à qui? Si non, pourquoi pas?

Concernant le quatrième rapport, êtes-vous en accord avec les affirmations suivantes?

	Très en accord	En accord partiellement	Neutre	En désaccord	Très en désaccord
Le rapport est intéressant sur le plan scientifique					
Le rapport est facile à comprendre					
Le rapport répond à mes interrogations sur le sujet traité					
Le rapport est crédible					
Le rapport est utile dans le travail de mon organisation					

À quel point ce rapport a-t-il été utile pour votre organisation?

	Très en accord	En accord partiellement	Neutre	En désaccord	Très en désaccord
À titre de renseignements généraux?					
À titre de référence lors de travaux ou de présentations que vous avez préparés?(stade 3)					
Pour valider ou confirmer vos orientations ou vos actions existantes?					
Pour orienter ou influencer des décisions spécifiques que vous aviez à prendre? (stade 5)					
Pour orienter ou influencer votre planification stratégique?					
À titre d'outil d'aide à la prise de décision? (stade 6)					

Pouvez-vous donner des exemples de comment vous avez utilisé les concepts ou messages développés dans le premier rapport sur votre travail?

Aspects généraux

À quel point accordez-vous de l'importance aux différents aspects suivants des rapports annuels de la DSP de Montréal?

	Aucune importance	Plus ou moins important ou neutre	Assez important	En désaccord
Son aspect esthétique (longueur, tableaux, type de papier, etc.)				
La périodicité (diffusion annuelle)				
Le document est téléchargeable				
Une présentation orale accompagne le document				
La présentation du contenu est faite par le directeur de santé publique				
Consultation préalable auprès des organismes et partenaires				
Distribution d'emblée auprès des organismes partenaires				

Pour situer votre perception du rôle d'un rapport annuel provenant de la DSP, à quel point est-ce approprié selon vous que ce document :

	Pas du tout approprié	Plus ou moins approprié	Approprié	Très appropriée voir essentiel
Diffuse les dernières informations scientifiques sur les problèmes de santé				
Informe le public de l'état de santé de la population montréalaise				
Sensibilise les autres secteurs aux déterminants de la santé				
Tente d'accroître la capacité des décideurs d'autres secteurs à prendre en considération les enjeux de santé lors de prise de décision				
Fournisse une analyse critique des politiques, pratiques et orientations des autres secteurs qui peuvent affecter l'état de santé de la population				

Commentaires généraux (ou non abordés lors de l'évaluation) _____

Quels sont les changements que vous souhaiteriez apporter à ce type de produit? _____

Avez-vous des commentaires en ce qui regarde le choix des thèmes ou la séquence des thèmes qui devraient être abordés dans des rapports ultérieurs? _____

Annexe 2 : Commentaires regroupés relatifs aux changements souhaités

Besoin de suivi et d'arrimage avec l'intervention

- Après la sortie et diffusion, on n'y donne plus de suite.
- La santé publique a laissé tomber son propre rapport, il n'y a pas eu de suivi (...) Qui est responsable de s'assurer que les recommandations seront suivies? Il faudrait maintenir un suivi pour faire avancer les idées.
- Les ressources ne vont pas avec le discours qui est mis de l'avant dans les rapports. Les recommandations ne sont pas assez opérationnelles, peu concrètes sur le terrain.
- Il faudrait continuer de l'utiliser pour aller plus loin : où est la DSP pour soutenir?
- Qui a le mandat de s'assurer d'orienter les décisions régionales et d'assurer le suivi des recommandations?
- Il devrait y avoir à la DSP le maintien d'une masse critique pour soutenir les actions qui découlent des discours des rapports annuels.
- Il devrait découler des programmes d'intervention de ce qui est véhiculé.
- Il faudrait trouver un moyen qu'il y ait un pont entre l'organisation des services de la Régie régionale et les recommandations de la DSP : il y a un problème dans le réseau à ce niveau.
- Les liens entre la programmation à la Régie régionale et les messages de la DSP étaient difficiles à faire, surtout à l'époque des deux premiers rapports annuels.
- Il ne devrait pas y avoir de changement de thème ni du type de discours mais peut-être avoir l'audace de donner des orientations validées avec les groupes impliqués sur le terrain. Le dernier chapitre du quatrième est plus faible.
- Les rapports annuels devraient être un outil de travail systématique au lieu d'une réflexion intellectuelle. Si on veut être un agent multiplicateur pour le changement, il faut faire un suivi des recommandations.

Accessibilité du contenu et allure générale

- Fort intéressant mais trop de matériel.
- Les rapports doivent être plus digestibles, avec un résumé qui dirige les lecteurs vers des sections qui vont les intéresser.
- Un résumé plus schématique qui donnerait les idées maîtresses, et le contenu du rapport annuel pourrait être tiré à part car on n'a pas le temps de tout lire.
- Besoin d'un extrait, résumé ou des faits saillants.
- Besoin d'un résumé pour sortir les grandes lignes.
- Feuillet accompagnateur pour digérer les informations (pour le public).
- Un feuillet sommaire serait intéressant.
- Ils sont faciles à lire pour un public averti et plus accessibles au fil du temps, même les graphiques.

- Langage hermétique (de fonctionnaires, de la Régie régionale).
- Facture trop luxueuse : photos, graphisme, etc.
- Il est indécent de produire des documents aussi coûteux (papier glacé, etc.) pour parler de la pauvreté.
- Il serait important de garder l'homogénéité physique intacte.
- Les documents sur le site Web sont lourds à télécharger à cause des graphiques.

Partenaires et partenariat

- Maintenir la pratique de tenir compte de l'avis des partenaires et experts du milieu AVANT de le sortir.
- Il faut aussi consulter les partenaires.
- Il faudrait préalablement faire une concertation avec les partenaires pour que l'outil soit récupéré.
- Une approche concertée à l'analyse des problématiques et déterminants est importante dans une optique de partage de préoccupations intersectorielles.
- Il ne devrait pas y avoir de changement de thème ni du type de discours mais peut-être avoir l'audace de donner des orientations validées avec les groupes impliqués sur le terrain.
- Notre rêve en dix ans c'est d'avoir un seul produit pour l'ensemble des partenaires, pour parler de Montréal dans son ensemble.
- Nous avertir à l'avance.
- La consultation est importante pour ne pas avoir seulement les pistes de santé publique.
- Les collaborations avec d'autres régions du Québec seraient souhaitées pour offrir un partage d'efforts et de compétences.

Approche synthétique et comparative

- La santé publique doit procéder à informer, mâcher et donner des positions en plus du rôle de vigie par le biais du rapport annuel.
- Plus de comparaisons entre Montréal et le reste de la province.
- On aimerait les comparaisons entre les régions du Québec.
- Présenter davantage d'analyses différentielles, selon le sexe, dans le texte.
- Il faudrait que les rapports annuels nous trouvent des indicateurs pour le suivi des problématiques qui serviraient de base à un récapitulatif longitudinal (comparaison interrégionale).
- Information synthétique intéressante. Est-ce le rôle de la santé publique plutôt que INSPQ de diffuser des problématiques d'échelle nationale ou provinciale? Le niveau de décideurs est au-delà de Montréal (...) le niveau d'action n'est pas seulement à Montréal.
- Ces publications sont bien reçues dans notre milieu car elles donnent toujours une bonne articulation sur un problème au niveau conceptuel.
- Les rapports annuels sont de bons outils ciblant un grand public averti et présentant une vision large de certaines problématiques à partir des besoins de la population.

Crédibilité de la DSP; différenciation de la DSP et la Régie régionale

- Les liens ne sont pas clairs entre la Régie et la DSP, et ça se ressent en consultation publique; il y a doublage de l'information.
- La SP est l'organisme le plus respectable concernant la façon dont elle aborde les problématiques malgré son attachement au MSSS; il s'est développé une notoriété autour des rapports annuels.
- Les rapports ont plus d'impact quand le Directeur les présentent, il n'a pas un esprit de fonctionnaire mais quelqu'un qui a la liberté d'exprimer et la crédibilité auprès de la population.
- Les rapports sont très bien faits, très crédibles.
- Pour convaincre les bailleurs de fonds, les messages provenant d'experts nous donnent des munitions. Tous les discours entourant la prévention de la santé sont utiles.

Approche trop « santé » ou « médicale »

- Tous les thèmes sont abordés sur l'angle des « problèmes à régler », imprégnés par un modèle médical qui met de côté la notion de promotion de la santé (partir de forces, redonner le pouvoir aux personnes). La DSP devrait prendre la responsabilité sociale pour agir dans le sens de la promotion de la santé.
- Les rapports annuels présentent un regard intéressant mais le vocabulaire en est toujours un de santé; par exemple, on parle du personnel de la santé lorsqu'on aborde les conséquences de la réforme mais pas le personnel des services sociaux.
- Les dimensions sociales telle la violence, maltraitance, négligence et exclusion auraient dû être présentes dans tous les rapports. Il y a beaucoup de termes médicaux et le lien avec le social peut être difficile à faire.

Périodicité et cycle

- Pas besoin d'être annuel : le plus important c'est d'avoir un dossier fouillé, par thématique.
- Avoir un cycle défini d'avance dans les thèmes : révision périodique aux 4 à 5 ans de l'état de santé de la population en comparant les mêmes données de façon cyclique.

Audience-cible

- Il faut continuer à présenter la réalité de la santé publique de Montréal (urbain/multiculturalisme) et cibler les grands décideurs au sens large (impliqués dans les choix sociaux) tels les syndicats, les grands employeurs, le municipal.
- Choisir la cible (population?).
- Le rôle du rapport annuel est l'appui aux réseaux, pas le public.
- Il est intéressant que le public connaisse les statistiques, ça l'aide à prendre un certain recul face aux problèmes.
- Se questionner mieux sur qui est la cible des rapports annuels (santé publique, régie régionale, quels partenaires) (...) ceci teinte le langage utilisé.

Autres changements suggérés

- En plus d'avoir un esprit critique envers les autres secteurs, être autocritique.
- Je n'ai pas vu une approche critique souvent.
- C'est un outil non-scientifique mais qui veut une certaine rigueur. Il faut être plus systématique dans la citation des références.