Health Canada Santé Canada

Évaluation du Programme de contribution pour la santé des femmes

Rapport final

Soumis par :

EKOS Research Associates Inc.

Presenté à

Santé Canada
Comité ministériel de vérification et d'évaluation

4 mars 2004

Canada

Table de matières

Page

Plan d'action basé sur l'évaluation *1*

Recommandation 1 . . . . . *1*

Recommandation 2 . . . . . *2*

Recommandation 3 . . . . . *3*

Recommandation 4 . . . . . *4*

Recommandation 5 . . . . . *6*

Recommandation 6 . . . . . *7*

Recommandation 7 . . . . . *8*

Recommandation 8 . . . . . *9*

Plan d'action basé sur l'évaluation

Révisé le 17 novembre 2003

Recommandation 1 : Établir un programme de recherche avec des priorités communes tout en maintenant une certaine latitude à l'échelle régionale.

Contexte/Réponse

Les Centres d'excellence participent à des projets de recherche intercentres qui sont axés sur des questions spécifiques liées à la santé des femmes et qui forment un ensemble national de données. Un grand nombre de ces initiatives et les activités des groupes de travail reflètent les priorités nationales (par exemple, la privatisation des soins de santé, la santé des femmes autochtones, le renouveau de la législation en matière de protection de la santé).

Bien que les centres se situent dans les régions et que leurs recherches soient axées sur les communautés, la majorité des résultats de recherche ont une application et une pertinence à l'échelle nationale.

Plan d'action

Le BSF étudie la faisabilité d'une collaboration avec le Groupe de travail sur la recherche en politiques de Santé Canada dans le but de contribuer à l'élaboration d'un programme de recherche du PCSF avec des domaines prioritaires communs.

On pourrait inviter les centres, le RCSF et les groupes de travail à rencontrer le Groupe de travail sur la recherche en politiques pour discuter des priorités de recherche et pour échanger de l'information.

Recommandation 2 : Encourager plus de liens entre les recherches quantitatives et qualitatives afin de combler les besoins relatifs à la politique fédérale.

Contexte/Réponse
Les centres se sont engagés à utiliser des méthodologies mixtes (quantitative et qualitative) comme principe de base et de travailler en partenariat avec d'autres organisations (par exemple, les universités, Statistique Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et avec les données provinciales d'utilisation de soins de santé) pour s'assurer que la recherche quantitative est utilisée avec la recherche qualitative, s'il y a lieu. La covalidation se produit lorsqu'un mélange de méthodologies est utilisé de façon appropriée et complémentaire.

Plan d'action
Les centres continueront à chercher des possibilités de travailler en partenariat avec d'autres organisations (par exemple, les universités, Statistique Canada, l'ICIS, et les données provinciales d'utilisation de soins de santé), s'il y a lieu, pour les besoins en cueillette de données des projets individuels.

Recommandation 3 : Promouvoir et augmenter la visibilité du PCSF à l'intérieur de SC.

Contexte/Réponse

En juin 2003, le BSF a créé une affiche du PCSF et un CD-ROM des documents et des rapports de recherche que les centres et les groupes de travail ont effectués. L'affiche et le CD-ROM seront distribués à l'intérieur de Santé Canada.

Plan d'action

Les centres, le RCSF et les groupes de travail se sont engagés à développer et à renforcer les relations et les partenariats existants avec les bureaux de santé régionaux.

Le BSF affichera des annonces dans les Nouvelles de Santé Canada six fois par année pour mettre en évidence les nouveaux documents et rapports de recherche qui proviennent des centres et des groupes de travail.

On a révisé la page du PCSF dans le site du BSF. Elle comprend maintenant des liens aux sites Web des centres, du RCSF et des groupes de travail.

Une évaluation du *Bulletin de recherche* des centres et de leur magazine *RÉSEAU* sera entreprise pour déterminer, notamment, si ces documents conviennent pour décrire la recherche ou les documents provenant des centres et des groupes de travail. Cette évaluation sera complétée d'ici janvier 2004.

Toute entente de contribution comprend une clause exigeant aux centres, aux groupes de travail et au RCSF de souligner l'aide financière obtenue de Santé Canada. Le BSF surveillera les produits pour s'assurer qu'ils sont conformes à cette clause.

Recommandation 4 : Traiter des lacunes dans la santé des femmes et dans la recherche sur la santé des femmes qui vivent dans les régions rurales et éloignées, des femmes francophones au Québec, des femmes francophones minoritaires et des femmes autochtones, y compris celles qui demeurent dans les régions nordiques.

Contexte/Réponse

Le RCSF considère déjà ces domaines comme étant des sujets prioritaires de recherche. Il importe de mentionner que le programme de recherche et les activités des Centres d'excellence sont définis en grande partie par la communauté. Pour amasser un ensemble de connaissances sur les questions de santé des femmes, les centres élaborent des plans stratégiques sur trois ans, mais gardent une certaine souplesse quant à l'initiative de recherches sur de nouvelles questions.

Plan d'action

En ce qui concerne les lacunes spécifiques que les participants à l'évaluation ont identifiées, les centres étudient les stratégies qui pourraient aider les communautés à mettre en oeuvre les recommandations provenant d'une initiative intercentres échelonnée sur deux ans (2001/02, 2002/03) et évaluée à 345 000 $ au sujet des orientations de recherche et de programme d'action sur la santé des femmes en régions rurales et éloignées. Cette initiative comprend les femmes francophones minoritaires ainsi que les femmes autochtones et du Grand Nord (les femmes inuites et métisses et celles des Premières Nations). De plus, le Centre de la région Atlantique entreprend un programme de recherche échelonné sur cinq ans pour étudier les relations entre la santé des femmes, la vie familiale et la façon de gagner sa vie. La recherche comprend la géographie (par exemple, les régions rurales, éloignées ou nordique) comme un des déterminants de la santé.

Le PCSF continuera à fournir du financement pour les projets aux universités et aux organisations communautaires afin d'appuyer la recherche sur les besoins et les préoccupations en matière de santé des femmes demeurant au Québec. De plus, le Programme entreprendra un exercice de mise en correspondance pour mieux connaître les initiatives de recherche sur la santé des femmes mises sur pied au Québec. Les résultats seront utilisés, en partie, pour déterminer des modèles afin d'établir une présence accrue au Québec.

Par l'entremise du RCSF, le PCSF maintient une présence continue au Québec en distribuant des matériels d'information bilingues sur la santé des femmes.

En ce qui concerne les besoins et les préoccupations des femmes francophones minoritaires, le Programme étudiera les possibilités d'utiliser davantage l'ensemble existant de connaissances.

On a fourni un montant additionnel de 20 000 $ aux centres pour 2003/04 pour la traduction de l'anglais vers le français de certains sommaires exécutifs des rapports. Par contre, encore aujourd'hui, de nombreux documents portant sur la recherche ou les politiques que les centres, le RCSF ou les groupes de travail ont produits ne sont disponibles qu'en anglais.

Plan d'action
Le Programme fournit de l'aide financière au Groupe de recherche sur la santé et la guérison des femmes autochtones avec le but à long terme d'élaborer un programme de recherche national sur la santé des femmes autochtones. Actuellement, le CESFP appuie le groupe en lui fournissant des conseils et des services administratifs. De plus, le Centre de la région des Prairies se concentre surtout sur la santé des femmes autochtones depuis deux ans et continue à favoriser la recherche communautaire sur la santé des femmes autochtones. Le CESFBC étudie actuellement les meilleures pratiques relativement aux politiques sur le contrôle du tabac pour les populations vulnérables, y compris les autochtones. Lorsque le financement sera disponible, il propose plusieurs initiatives, axées sur l'identité du genre, l'identité ethnique et l'usage du tabac des adolescentes autochtones, les questions de soins maternels des autochtones en milieu rural et l'élaboration d'un plan détaillé pour un partenaire viable en soins maternels, qui comprendrait un important élément autochtone.

Recommandation 5 : Améliorer la stratégie de diffusion des résultats de recherche à l'échelle nationale.

Contexte/Réponse

Le RCSF maintient un certain nombre de bases de données bilingues qui contiennent de nombreux rapports et matériels provenant du PCSF auxquels le public a accès. En juin 2003, le RCSF a produit un CD-ROM de tous les rapports disponibles du PCSF.

Les centres, le RCSF et les groupes de travail utilisent actuellement diverses formes de présentation (par exemple, des feuillets de documentation, des brochures) pour rendre leurs informations accessibles à un grand public. Le manque de ressources financières empêche les centres, le RCSF et les groupes de travail de réaliser une diffusion systématique et à grande échelle des résultats de recherche, des documents politiques, etc. Il importe de mentionner que si l'on veut que les résultats soient utiles, on doit les traduire dans divers documents bilingues (c'est à dire, des documents politiques, des feuillets de documentation, etc.)

Les centres, le RCSF et les groupes de travail diffusent aussi les rapports de recherche lors des conférences, des ateliers, etc., et répondent aux demandes de renseignements.

Plan d'action

On entreprend une évaluation du *Bulletin de recherche* et du magazine *RÉSEAU* publiés par le RCSF pour déterminer si le lectorat, l'utilisation et la présentation actuels sont les mieux adaptés aux objectifs des magazines. Dans l'évaluation qui sera complétée en janvier 2004, on trouvera des recommandations pour diverses autres formes et mécanismes servant à diffuser la recherche et les matériels produits par les centres, le RCSF et les groupes de travail.

Le BSF travaillera avec les centres, le RCSF et les groupes de travail pour élaborer une stratégie de diffusion nationale fondée sur les résultats de l'évaluation. Cette stratégie comprendra l'identification des rôles et des responsabilités.

Les centres, le RCSF et les groupes de travail étudieront de concert avec le BSF la possibilité d'organiser tous les ans une *Semaine de recherche sur la santé des femmes*, qui décrirait le travail des chercheurs dans le domaine des politiques sur la santé des femmes. Les participants comprendraient des parlementaires, des décideurs et des responsables des politiques, des universitaires, etc.

Recommandation 6 : Établir du financement pluriannuel.

Contexte/Réponse
Voir ci-dessous.

Plan d'action
Le renouvellement du PCSF prévoit des ententes de financement pluriannuelles, dont une nouvelle responsabilisation et de nouvelles exigences en matière de présentation de rapports. Les ententes sont sujettes à l'approbation des plans de travail, des prévisions budgétaires, et des comptes-rendus semestriels des résultats en termes de conclusions et de réalisations attendues.

Recommandation 7 : Augmenter les niveaux de financement accordé aux Centres d'excellence.

Contexte/Réponse

Les centres ont réussi à obtenir du financement provenant d'autres niveaux de gouvernement et d'organismes subventionnaires (c'est à dire, les IRSC, le Conseil de recherche en sciences humaines) pour appuyer la recherche et d'autres activités. Par contre, les ressources additionnelles sont surtout sous forme de financement de projets. Ce genre de financement ne convient pas à l'emploi des chercheurs ni à la planification à long terme. Le financement additionnel que le PCSF fournit aux centres, au RCSF et aux groupes de travail n'a pas suivi les coûts de l'inflation.

Une augmentation du financement servirait à soutenir ce qui suit, y compris d'autres résultats et recommandations :

- La traduction de tous les rapports et les documents vers le français, l'anglais et les autres langues, au besoin;
- La traduction systématique des rapports dans un langage clair;
- Une amélioration de la capacité de communication, plus spécifiquement auprès des médias;
- L'entreprise d'une étude longitudinale sur la santé des femmes au Canada.
- L'entreprise d'études transnationales à long terme qui effectueraient des comparaisons d'un pays à un autre;
- L'organisation d'une conférence nationale sur la santé des femmes;
- Une amélioration de l'accès, des consultations, des partenariats et de la recherche avec les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones;
- L'organisation de réunions communautaires pour partager les connaissances et les incidences sur les politiques;
- Davantage de recherche et de subventions de démarrage à l'échelle communautaire;
- Une plus grande participation (représentation de toutes les provinces) dans les opérations des centres, les projets de recherche, les stratégies de communication et la diffusion des politiques;
- Une amélioration de la capacité des ressources humaines à gérer l'information sur la santé (données qualitatives et quantitatives);
- Une amélioration de la capacité à déterminer le public visé et la diffusion pour des domaines spécifiques de recherche;
- Une augmentation des voyages dans les régions nordiques (au nord du 53e parallèle).

Plan d'action

Le BSF étudiera des sources de financement à l'intérieur de Santé Canada et aidera les centres, le RCSF et les groupes de travail à établir des partenariats avec les bureaux régionaux de Santé Canada et d'autres ministères fédéraux (par exemple, Développement des ressources humaines Canada, Affaires indiennes et du Nord Canada).

Les centres, le RCSF et les groupes de travail continueront à miser sur le financement provenant d'autres sources.

Recommandation 8 : Renforcer les relations existantes entre les centres, le RCSF, les groupes de travail, le BSF et Santé Canada.

Contexte/Réponse

Voir ci-dessous.

Plan d'action

Des téléconférences mensuelles au cours de 2003/04 entre le Bureau pour la santé des femmes, les centres, le RCSF et les groupes de travail sont planifiées pour permettre l'échange d'information et l'établissement de liens entre les divers éléments du Programme. De plus, le Programme organisera des rencontres triennales afin de discuter des questions qui le touchent à tous les niveaux.

Une stratégie de communication pour le Programme, qui comprendra les rôles et les responsabilités, sera élaborée en 2003/04.

Évaluation du Programme de contribution pour la santé des femmes

Rapport final

Le 30 juin 2003

Soumis au :

Bureau pour la santé des femmes
Direction générale de la santé et des communications
Santé Canada
3e étage, Édifice Jeanne Mance
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

Soumis par :

EKOS Research Associates Inc.

Bureau chef : 99, rue Metcalfe, bureau 1100, Ottawa (Ontario) K1P 6L7 — Tél : (613) 235-7215, Téléc : (613) 235-8498
Succursale de Toronto : 145, rue King Ouest, bureau 1000, Toronto (Ontario) M5H 3X6 — Tél: (416) 214-1424
Succursale d'Edmonton : 9925, 109e rue Nord-Ouest, bureau 606, Edmonton (Alberta) T5K 2J8 –
Tél : (780) 408-5225 – Téléc : (780) 408-5233
Adresse courriel : Pobox@ekos.com

TABLE DES MATIÈRES

Page

LISTE D'ACRONYMES III

SOMMAIRE EXÉCUTIF V

1. INTRODUCTION 1
- 1.1 Le Programme de contribution pour la santé des femmes 1
- 1.2 Objectifs et questions d'évaluation 7
- 1.3 But et organisation du présent rapport 10

2. MÉTHODOLOGIE 11
- 2.1 Aperçu 11
- 2.2 Revue de la documentation et de la littérature 12
- 2.3 Entrevues avec les intervenants 13
- 2.4 Entrevues avec les experts 14
- 2.5 Sondage des bénéficiaires de financement 15
- 2.6 Analyse intégrée 18

3. OPÉRATIONS ET ÉLABORATION DU PROGRAMME 19
- 3.1 Adéquation de l'approche d'exécution du Programme 19
- 3.2 Relations entre les éléments du Programme 22
- 3.3 Partenariats 23
- 3.4 Autres mécanismes d'exécution possibles 25

4. RÉPERCUSSIONS DU PROGRAMME 27
- 4.1 Développement des connaissances 27
- 4.2 Qualité de la recherche 30
- 4.3 Diffusion des connaissances 31
- 4.4 Utilisation des connaissances 34
- 4.5 Influence des connaissances 36
- 4.6 Impacts différentiels et viabilité 41

5. PERTINENCE SOUTENUE 43
- 5.1 Pertinence du mandat et des objectifs du Programme 43
- 5.2 Changements au contexte de recherche et de politique sur la santé des femmes 47
- 5.3 Complémentarité avec d'autres programmes ou agences 47
- 5.4 Connaissances pertinentes sur le plan des politiques 49
- 5.5 Positionnement stratégique du Programme 51

TABLE DES MATIÈRES

Page

6. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS 53
6.1 Opérations et élaboration du Programme 53
6.2 Répercussions du Programme 54
6.3 Pertinence soutenue 55
6.4 Recommandations 58

LISTE D'ACRONYMES

ACDI	Agence canadienne de développement international
BSF	Bureau pour la santé des femmes, Santé Canada
CCP	Conseil consultatif provisoire
CESAF	Centre d'excellence pour la Santé des Femmes (région de Québec)
CESF	Centre d'excellence pour la santé des femmes
CESFA	Centre d'excellence pour la santé des femmes - région de l'Atlantique
CESFCB	Centre d'excellence pour la santé des femmes - région de la Colombie-Britannique
CESFP	Centre d'excellence pour la santé des femmes - région des Prairies
CLSC	Centres locaux des services communautaires
CRSH	Conseil de recherche en sciences humaines du Canada
DRHC	Développement des ressources humaines Canada
FCANS	Family Caregivers Association of Nova Scotia [Association des soignants membres de la famille de la Nouvelle-Écosse]
HAAC	Health Association of African Canadians [Association pour la santé des Canadiens Africains]
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
ISFH	Institut de la santé des femmes et des hommes, IRSC
ITAO	Interview téléphonique assistée par ordinateur
IWK	Hôpital Izaak Walton Killam, Halifax, Nouvelle Écosse
NWAWHR	National Workshop on Aboriginal Women's Health Research [Atelier national sur la santé des femmes autochtones]
OIT	Organisation internationale du travail
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PCESF	Programme des Centres d'excellence pour la santé des femmes
PCSF	Programme de contribution pour la santé des femmes
RAP	Recherche active participative
RCSF	Réseau canadien pour la santé des femmes
RPSFM	Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu
SAF	Syndrome d'alcoolisme foetal
SC	Santé Canada
UNIFEM	Fonds de développement des Nations Unies pour la femme

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Historique

Le gouvernement fédéral a désigné la santé des femmes et la recherche sur la santé des femmes comme priorités et a établi les Centres d'excellence pour la santé des femmes (CESF) et un partenariat avec le Réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF) par l'entremise du Programme de contribution pour la santé des femmes (PCSF). Le PCSF, géré par le Bureau pour la santé des femmes (BSF) à la Direction générale de la politique de la santé et des communications de Santé Canada (SC), a été prolongé jusqu'en 2008.

Les objectifs[1] du Programme de contribution pour la santé des femmes sont les suivantes :

- fournir des conseils au sujet des programmes et des politiques associés à la santé des femmes et à l'approche stratégique de SC relativement à la santé des femmes;
- améliorer l'étendue et le champs d'application de la recherche sur les questions de santé des femmes en élaborant et en favorisant la recherche multidisciplinaire et multisectorielle qui traite des facteurs déterminants de la santé, l'impact de la reforme du système de santé et autres questions de politique pertinentes;
- améliorer la réceptivité du système de santé canadien, largement défini, relativement aux besoins et aux préoccupations en matière de santé des femmes; et
- développer et promouvoir une compréhension du sexe de la personne comme variable critique en matière de santé.

Le Programme de contribution distribue environ 2,95 millions de $ annuellement sous forme de contributions aux bénéficiaires admissibles selon les modalités.

Il y a quatre Centres : le Centre d'excellence pour la santé des femmes - région de la Colombie-Britannique (CESFCB) basé à Vancouver; le Centre d'excellence pour la santé des femmes - région des Prairies (CESFP) basé à Winnipeg avec des bureaux satellites à Regina et à Saskatoon; le Centre d'excellence pour la santé des femmes - région de l'Atlantique (CESFA) (anciennement nommé le Centre d'excellence - région des Maritimes) basé à Halifax; et le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu (RPSFM) qui est un réseau de partenaires universitaires et communautaires à travers le Canada basé à Toronto. Ces centres, dont le domaine d'intérêt particulier est la recherche en matière de politique, fonctionnent comme des partenariats communautaires-universitaires. L'ancien centre québécois, Centre d'excellence pour la santé des femmes - région du Québec (CESAF) basé à Montréal,

1 Il s'agit d'objectifs du PCSF récemment mis à jour tels qu'ils ont été présentés en février 2003 dans un cadre de gestion et de responsabilisation fondé sur les résultats. Dans la présente évaluation, nous avons demandé aux intervenants et aux experts d'émettre leurs commentaires sur la pertinence soutenue de l'objectif du Programme, qui était d'améliorer l'état de santé des Canadiennes en améliorant la compréhension et la réceptivité du système de santé relativement aux questions de santé des femmes; d'aborder les lacunes en ce qui a trait aux connaissances sur la santé des femmes; et d'influer sur les politiques de santé relatives aux femmes.

est fermé depuis le mois de juillet 2001. Le BSF continue à appuyer and à consolider le réseau à partir de projets au Québec.

Le RCSF, une organisation bénévole nationale basée à Winnipeg, fournit un lien vital entre le PCSF, les autres activités reliées à la recherche et à la politique, et les Canadiennes grâce à ses programmes de communication et de sensibilisation, dont un centre d'échange d'informations bilingue national, un site Web, des bases de données en ligne, un magazine, un bulletin électronique, et des activités de conseil stratégique.

Depuis 1998, le PCSF appuie deux groupes de travail : le Comité coordonnateur des femmes et la réforme en santé, dont le mandat est de coordonner certaines recherches sur la réforme des soins de santé et les femmes à travers les centres, d'identifier les lacunes dans ces recherches, d'élaborer des stratégies pour combler ces lacunes, et de lier la recherche à la politique en utilisant divers moyens; et le regroupement Action pour la protection de la santé des femmes, dont le mandat est de suivre la politique et les réglements fédéraux concernant les produits pharmaceutiques surtout et d'y réagir, avec un intérêt particulier porté à l'impact sur la santé des femmes.

Objectifs et méthodologie de l'évaluation

Une évaluation du PCSF a été effectuée entre les mois d'octobre 2002 et de mars 2003 pour satisfaire aux exigences de la présentation au Conseil du Trésor de 1997. Les objectifs de cette évaluation étaient de consolider à partir des résultats d'une revue mi-programme (complétée en mars 2000), ainsi que d'examiner certaines questions relatives à la pertinence soutenue du PCSF, des répercussions du programme, ainsi que des opérations et de l'élaboration du programme.

La méthodologie comprenait les éléments suivants :

- une revue de la documentation sur d'autres programmes ou agences provinciaux ou territoriaux et fédéraux axés dans une certaine mesure sur la santé des femmes, ainsi qu'une revue de la documentation concernant le besoin et la pertinence soutenus de programmes pour traiter des questions de santé des femmes;
- une revue de la documentation, y compris les modalités pour le PCSF; les rapports et les produits de recherche des centres, du RCSF et des groupes de travail; les comptes-rendus de réunions; la revue de mi-programme (mars 2000); un rapport sur la base de données des projets de recherche (janvier 2003); les sites Web des centres et du RCSF; et les matériels connexes;
- des entrevues détaillées avec 33 intervenants, y compris des administrateurs de SC et du PCSF, des analystes de politique du BSF, et des représentants anciens et actuels des centres, du RCSF et des groupes de travail;
- des entrevues avec 16 experts qui connaissent bien le PCSF, sans y être directement associés, soit des chercheurs en milieu universitaire, des représentants des gouvernements fédéraux et provinciaux, des consultants ou chercheurs privés, et des représentants d'organisations de femmes autochtones; et

- un sondage téléphonique de 57 bénéficiaires de financement de projets provenant des centres, y compris des chercheurs en milieu universitaire, des organisations communautaires et des consultants ou chercheurs privés.

La méthodologie d'évaluation incorporait de multiples méthodes et données provenant de diverses sources afin d'assurer la validité des résultats, et la mise en évidence de tous les points de vue sur le PCSF. Il y a risque d'une certaine partialité du côté positif de la part des intervenants et des bénéficiaires de financement associés directement au Programme puisque ces participants pourraient bénéficier du financement soutenu du PCSF. Par contre, une telle partialité semble peu probable, puisque ces participants étaient très disposés à identifier les forces et les faiblesses du Programme et ont fourni des exemples pour appuyer leurs opinions. De plus, nous avons réduit ce risque en effectuant des entrevues sur tous les points de vue pertinents, y compris des entrevues avec des experts bien renseignés mais sans liens directs avec le Programme; et par l'examen de la documentation et de la littérature disponibles au sujet du Programme afin de confirmer les opinions exprimées pendant les entrevues avec les intervenants et les experts. Les résultats provenant des différentes sources de données étaient très cohérents et appuient donc la validité des résultats de l'évaluation.

Résultats et conclusions

Pertinence soutenue

Les participants étaient bien d'accord que le mandat et les objectifs du PCSF sont toujours très pertinents. La revue de la documentation et de la littérature a indiqué que les femmes ne sont pas représentées adéquatement en ce qui a trait à l'élaboration de politiques en matière de soins de santé et de la réforme du système de santé. De plus, il serait nécessaire que l'on ait une meilleure compréhension des préoccupations concernant la santé des femmes et que le système de santé y réponde plus adéquatement. Des lacunes clés dans la recherche sur la santé des femmes comprennent : la santé des femmes autochtones (par exemple, le racisme, la toxicomanie et la santé maternelle, les interactions avec le système des soins de santé et l'accès aux services); les femmes en milieu rural et éloigné; les femmes marginalisées, les femmes vivant dans la pauvreté; les fournisseurs de santé; la biotechnologie et la biomédicine; et la recherche sur la santé environnementale dans un contexte écologique. De plus, les résultats provenant de l'examen de la documentation et de la litérature suggéraient qu'il existe encore un manque de connaissances sur la santé des femmes relatives à la promotion de la santé, les soins de santé primaires, les différences entre les sexes dans la prévention et la gestion des maladies chroniques, les questions biomédicales (ex. endocrinologie), les produits pharmaceutiques, le logement, l'environnement, les soins des enfants et le milieu de travail. Bien que les centres veuillent traiter de ces lacunes en matière de connaissances, les niveaux actuels de financement ne sont pas suffisants pour traiter de toutes ces questions.

Dans l'ensemble, on convenait qu'il y a eu des changements dans le contexte de recherche et de politique depuis le début du Programme, par exemple, l'établissement de l'Institut de la santé des femmes et des hommes des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), ainsi qu'un souci croissant de la santé des femmes dans les secteurs public et privé. Les résultats des entrevues et de l'examen de la documentation indiquaient que même si plusieurs organisations partagent un intérêt pour la santé des femmes, le PCSF est unique parce qu'il incorpore un point de vue communautaire; met en application l'analyse des différences entre les sexes; se concentre sur la recherche relative à la politique et sur la mise en application des connaissances dans le secteur de la politique à l'échelle fédérale et provinciale; utilise

des méthodologies de recherche qualitative pour étudier à fond les expériences personnelles des femmes; a établi de vastes réseaux pour partager l'information avec d'autres programmes; et, surtout, se concentre sur les questions de santé des femmes.

L'intérêt particulier que le PCSF porte à la santé des femmes diffère de la recherche financée par l'Institut de la santé des femmes et des hommes (ISFH) du IRSC en ce sens que le ISFH appuie la recherche sur la façon d'aborder la manière dont le sexe (c'est à dire, les facteurs biologiques) et le sexe social (c'est à dire, les expériences socio-culturelles) interagissent avec d'autres facteurs qui influent sur la santé pour créer des conditions et des problèmes qui sont uniques, plus présents, plus graves ou différents en ce qui concerne les facteurs de risque ou les interventions efficaces pour les femmes *et* pour les hommes. À l'inverse, le PCSF examine comment le sexe et le sexe social sont des facteurs déterminants de la santé des femmes et des filles, et il vise principalement l'étude des conditions qui sont plus présents, plus uniques ou plus graves pour les femmes, les filles et les différents groupes de femmes. La recherche financée par le ISFH met comparativement plus l'accent sur les facteurs biomédicaux et leur relation avec la santé des hommes et des femmes, alors que le PCSF est surtout axé sur la recherche des facteurs sociaux ou culturels de la santé des femmes.

Le PCSF et l'Institut de la santé des femmes et des hommes se distinguent de plus par le fait que le PCSF utilise une approche de participation à la recherche, en collaborant étroitement avec la communauté, les unversités, les fournisseur de soins de santé, et les responsables des politiques dans le cadre du processus de recherche et en utilisant les partenariats universitaires-communautaires, alors que le ISFH est une agence subventionnaire impliquée surtout dans la recherche au niveau universitaire et hospitalier.

Les experts consultés dans le cadre de l'évaluation ont rapporté que les questions de santé des femmes doivent être examinées séparément de celles des hommes, et que le travail de l'Institut de la santé des femmes et des hommes est complémentaire à celui du PCSF, mais ne le recoupe pas. La preuve que l'on reconnaît la valeur du travail des Centres d'excellence et du PCSF est la nomination d'un directeur administratif pour les centres au Conseil consultatif provisoire du IRSC et d'un directeur administratif au Conseil consultatif provisoire du ISFS.

Selon les participants aux entrevues et au sondage, le PCSF a généré des connaissances pertinentes sur le plan des politiques à l'échelon provincial et régional et a exercé une certaine influence à l'échelle nationale et internationale. Des exemples spécifiques de conseils stratégiques provenant de la documentation sont :

- Le CESFA a mis sur pied le Black Women's Health Network [Réseau pour la santé des femmes noires], le forum sur la politique de santé et de bien-être des femmes, et la chaire Elizabeth May en santé des femmes et l'environnement qui ont créé de nouveaux réseaux et de nouvelles connaissances qui ont été utilisées;
- Le CESAF a tenu des consultations publiques avec la Régie régionale de la santé de Montréal au sujet des prestations des soins de santé. Ces consultations ont amené l'implantation d'un programme recommandé de formation;
- L'analyse par le RPSFM de la pauvreté et de l'accès à la justice en tant que facteurs déterminants de la santé a généré des demandes d'informations du bureau du Premier Ministre;

- Le CESFP a mené une étude sur les expériences des femmes en milieu rural relatives à la violence familiale. Cette étude a amené des changements de politique, y compris des nouveaux principes directeurs d'admission au niveau des services de santé mentale en Saskatchewan de l'est et du centre;
- Le CESFCB a effectué des recherches sur les mères enceintes et celles qui allaitent et qui utilisent des substances diverses, et la Commission sur les enfants de la Colombie-Britannique s'est servi des résultats du Centre pour faire des recommandations au gouvernement provincial pour la prévention du syndrome d'alcoolisme foetal;
- Le RCSF a fourni et a présenté des mémoires sur le projet de loi C-13 au Comité sénatorial Kirby, à la Commission Romanow, et au Comité permanent de la santé;
- le Comité coordonnateur des femmes et la réforme en santé a effectué des revues et des analyses de l'impact de la privatisation sur la santé des femmes et a soumis des présentations sur la réforme des soins de santé au Comité sénatorial Kirby et à la Commission Romanow; et
- le groupe de travail Action pour la protection de la santé des femmes a passé en revue et a analysé l'impact de la publicité directe au consommateur par l'industrie pharmaceutique et a envoyé un mémoire à ce sujet au Ministre de la Santé fédéral.

Répercussions du programme

Les résultats des entrevues, du sondage et de l'examen de la documentation confirment que le PCSF a contribué à l'enrichissement des connaissances concernant la santé des femmes à l'échelle régionale, nationale et internationale. Les centres ont appuyé à eux seuls plus de 300 projets de recherche liés aux questions de santé des femmes, dont la plupart ciblaient les politiques sur la santé, les déterminants de la santé, et l'état de santé. Les sujets les plus courants ont été la planification, l'équité et l'analyse relatives aux différences entre les sexes; les communautés ethnoculturelles; et la recherche sur la santé génésique.

Les intervenants et les experts ont classé les connaissances générées par le PCSF comme étant de qualité moyenne. Appui additionnel de la qualité de la recherche, 21 des 57 bénéficiaires de financement participant au sondage (ou 37 pour cent) ont indiqué que leur recherche avait été acceptée pour publication dans une revue évaluée par les pairs. Certains intervenants ont suggéré que la qualité et l'influence de la recherche au niveau de la politique pourraient être améliorées par l'incorporation de plus de recherches et d'analyses quantitatives et par l'inclusion d'implications claires en matière de politique avec chaque document de recherche.

Par contre, on reconnaît de plus en plus que les méthodes quantitatives ne s'appliquent pas en toute circonstance. Cela provient surtout du besoin de comprendre comment les expériences en matière de santé des gens sont influencées par leur situation sociale, culturelle, et économique. Bref, les méthodologies qualitatives combinent les méthodes d'interprétation qui peuvent fournir un point de vue différent sur la santé et les soins de santé, ainsi qu'une meilleure compréhension des résultats cliniques. Une approche qualitative est particulièrement importante dans le contexte du PCSF parce qu'elle est bien adaptée pour générer des résultats de recherche pour les populations marginalisées, elle est compatible avec l'orientation action sociale, et elle permet aux participants de développer un sentiment d'appartenance à l'égard de la recherche. Les résultats générés par les études quantitatives, lorsqu'ils sont combinés avec les résultats qualitatives, permettent aux chercheurs d'intégrer les chiffres aux récits derrière ces chiffres,

éclairant ainsi les relations sociales de la santé et des soins de santé.

Les résultats des entrevues, du sondage et de l'examen de la documentation ont indiqué que les centres, les projets financés, les groupes de travail et le RCSF ont utilisé divers méthodes et médias pour diffuser la recherche vers les différents publics. Les analystes des politiques et les décideurs à l'échelle fédérale et provinciale ont trouvé les méthodes seulement relativement efficaces parce qu'ils n'ont pas toujours reçu toutes les informations pertinentes générées par les centres.

Tous les groupes participants ont indiqué que les informations générées par le Programme ont été utilisées dans une certaine mesure par divers individus, gouvernements et organisations (par exemple, pour l'élaboration des programmes d'atelier, la planification, l'établissement d'objectifs, la formation, les changements de politique, les cours du niveau supérieur, les conférences, les débats télévisés, les présentations et les campagnes de sensibilisation). L'information était plus susceptible d'inciter les décideurs à réfléchir aux questions de santé des femmes, de poser des questions pertinentes et de redistribuer l'information à leurs mandants et à leurs collègues plutôt que de changer les politiques. De plus, les résultats des entrevues et du sondage indiquaient que les connaissances ont eu le plus d'influence sur l'accès aux informations pour les femmes et sur l'émancipation des communautés et des consommateurs, et une influence plus modérée sur l'élaboration et l'implantation[2] de politiques, la planification en matière de santé et les pratiques de soins de santé. Et puis, les centres et les projets qu'ils financent auraient eu le plus d'influence à l'échelon provincial ou territorial et régional, alors que les groupes de travail et le RCSF auraient eu un impact plutôt à l'échelle fédérale.

Les résultats des entrevues et de l'examen de la documentation suggéraient que le financement du PCSF et l'existence des centres ont permis le développement de nouvelles recherches sur la santé des femmes qui n'auraient autrement pas vu le jour.

Opérations et développement du Programme

Le modèle d'exécution décentralisé et mixte actuel du PCSF est adéquat pour appuyer l'élaboration et l'utilisation des connaissances pertinentes sur le plan des politiques. Par contre, les résultats suggèrent qu'un centre d'intérêt intensifié sur le priorités nationales serait nécessaire.

L'efficacité des communications et des relations entre chacun des éléments du PCSF varie, tel que l'indiquent les résultats des entrevues avec les intervenants et les experts et de la revue de la documentation. On a cité comme facteurs ayant un impact négatif sur les relations : le roulement du personnel au BSF, le partage insuffisant des informations et un manque de clarté des rôles. Malgré ces défis, les centres ont collaboré ensemble, récemment surtout, et plus qu'au début du Programme.

L'approche inclusive et multisectorielle du PCSF était considérée comme son meilleur atout, suivi

2 L'influence sur les politiques ou la mesure dans laquelle les connaissances de recherche sont utilisées à cette fin sont très difficiles à réaliser et à mesurer à cause de toutes sortes de facteurs qui sont au-delà des résultats des recherches (c'est à dire les facteurs politiques) peuvent avoir un effet sur l'élaboration des politiques. Le PCSF peut fournir des conseils stratégiques fondés sur ses recherches, mais l'utilisation de ces conseils afin d'élaborer de nouvelles politiques ou de changer les politiques existantes échappe, du moins dans une certaine mesure, au contrôle du Programme. Dans cette évaluation, on a tenté de mesurer l'influence sur les politiques en cherchant à connaître les opinions et les observations des réalisateurs et des consommateurs des recherches ainsi qu'en identifiant des exemples de changements effectués selon les recherches.

de son centre d'intérêt sur les questions régionales et nationales. Les partenariats avec diverses organisations et institutions dans plusieurs secteurs, tel qu'il est documenté dans les rapports, dans le cadre des entrevues et sur les sites Web, ont fourni plusieurs ressources, y compris des contributions en nature, de l'expertise, des conseils et des contributions financières.

Le manque de financement pluriannuel a été identifié comme la plus grande faiblesse du PCSF et comme le facteur qui présente le plus grand défi pour les centres en ce qui concerne le recrutement et le maintien en poste du personnel, les coûts d'administration, l'étendue et la portée de la recherche, et la possibilité de planifier à long terme.

Recommandations

Basé sur les résultats de l'évaluation du Programme de contribution pour la santé des femmes, nous avançons les recommandations suivantes à des fins d'étude par Santé Canada :

Pertinence soutenue et positionnement stratégique du Programme

1. ***Élaborer un programme de recherche avec des priorités communes pour le Programme tout en conservant la flexibilité régionale.*** Tandis que la plupart des intervenants et des experts soutenaient qu'un modèle d'exécution mixte national et régional est adéquat, certains d'entre eux ont suggéré qu'un lien plus fort avec les priorités fédérales de Santé Canada serait nécessaire. On recommande que le PCSF clarifie ses priorités en matière de recherche et demande que les centres démontrent de quelle façon leur travail contribue à ces domaines prioritaires, tout en leur permettant une certaine flexibilité pour faire de la recherche qui est pertinente sur le plan des politiques pour leur région aussi. Le défi pour le BSF est de trouver l'équilibre qui lui permet de gérer un programme fédéral bien coordonné et responsable, tout en donnant aux centres la flexibilité pour continuer à faire leur bon travail. On recommande de plus qu'une portion des fonds soit mise de côté pour des initiatives intercentres qui traitent de domaines prioritaires communs.

2. ***Encourager davantage de liens entre la recherche qualitative et quantitative.*** Les résultats des entrevues et de l'examen de la documentation indiquaient que davantage de recherche quantitative est nécessaire pour remplir les besoins en matière de politique à l'échelle fédérale et pour valider la recherche qualitative qui a examiné les expériences personnelles des femmes en ce qui a trait au système de santé. Tandis que les fonctionnaires du SC défendaient plus fortement la recherche quantitative, les représentants des centres ont aussi suggéré que davantage de méthodologies quantitatives soient incorporées à leur recherche, par contre, ils soutenaient que cela ne serait possible qu'avec plus de ressources. Vu les niveaux de financement actuels pour les centres, on recommande que le Programme cherche à produire la meilleure recherche qualitative possible et à explorer les possibilités de lier cette recherche aux études quantitatives entreprises par d'autres agences. La combinaison des recherches qualitatives et quantitatives répondrait mieux aux besoins des responsables des politiques et faciliterait la mise en oeuvre des politiques.

3. ***Promouvoir le PCSF et augmenter sa visibilité.*** Les participants aux entrevues recommandaient fortement qu'il y ait plus d'efforts de mis pour augmenter la visibilité du BSF et du PCSF chez SC, un très grand ministère avec de nombreuses priorités concurrentiels, et pour distinguer le PCSF des autres programmes ou agences connexes. Cela demanderait le positionnement du Programme en

faisant la promotion de son intérêt particulier à la santé des femmes sous un angle communautaire, l'incorporation de l'élaboration des politiques, la mise en application de l'analyse comparative entre les sexes, l'accent sur la recherche qualitative et l'élément de vaste réseautage. De plus, comme stratégies on pourrait organiser plus de symposiums, publiciser les réalisations des centres et du Programme et faire passer le message qu'il est encore nécessaire de traiter des plusieurs lacunes en matière de connaissances et d'impliquer des « champions » au ministère tels que les sous-ministres adjoints (par exemple, en les convoquant aux réunions et présentations clés).

4. ***Traiter des lacunes concernant les questions de santé des femmes autochtones, francophones ou vivant en Alberta, en région rurale, éloignée ou nordique.*** Les données provenant des entrevues, de la documentation et de la littérature indiquaient qu'il existe un grand besoin d'aborder les questions de santé chez les femmes autochtones et les femmes francophones (les femmes vivant au Québec et les femmes francophones vivant à l'extérieur du Québec). De plus, il faudrait mettre plus l'accent sur les questions de santé de toutes les femmes vivant en région nordique (c'est à dire au Nunavut, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Yukon), en Alberta et en région rurale et éloignée. Ainsi, les participants aux entrevues suggéraient la création de nouveaux centres (ou la remise en place d'un Centre québécois) pour représenter ces femmes et faire de la recherche au sujet de leurs besoins. Ce serait peut-être à considérer pour l'avenir si le budget du Programme le permet. Pour l'instant, on recommande que le Programme aborde autant que possible les lacunes en matière de connaissances relatives à ces groupes de femmes.

Maximiser les répercussions du Programme

5 . ***Améliorer les stratégies de diffusion à l'échelle nationale.*** Même si beaucoup d'efforts ont été mis sur la diffusion des connaissances à l'échelle régionale, les résultats des entrevues et de l'examen de la documentation suggéraient que le manque de partage des informations entre les centres et le RCSF a entravé la diffusion à l'échelle fédérale. Certaines améliorations des communications internes sont donc requises pour assurer l'efficacité des communications externes.

6. ***Établir du financement pluriannuel.*** Les participants aux entrevues suggéraient que du financement pluriannuel serait requis pour faciliter le recrutement et le maintien en poste du personnel dans les centres et pour financer des projets de recherche pendant plus d'un an à la fois. Les exigences pour de la bonne recherche, ainsi que la synthèse, la sensibilisation, les conseils stratégiques et autres activités de transfert des connaissances, ne concordent pas nécessairement avec les échéanciers de l'année fiscale. Les particpants ont déclaré que du financement à long terme aiderait à encourager la recherche quantitative et longitudinale pour appuyer le travail qualitative en cours actuellement.

7. ***Augmenter les niveaux de financement.*** Les participants aux entrevues et au sondage partageaient la même opinion : le Programme a besoin davantage de fonds (par exemple, pour le personnel, l'infrastructure, la recherche et les activités de diffusion). L'augmentation du montant de fonds permettrait aux centres d'effectuer plus de recherches pour traiter des lacunes en ce qui a trait aux connaissances concernant la santé des femmes et pour incorporer plus de méthodologies quantitatives dans leur recherche. Davantage de financement pourrait également permettre d'améliorer les activités de diffusion du Programme au niveau fédéral.

Améliorer les opérations et l'élaboration du

Programme

8. ***Continuer à renforcer les communications et les relations entre les éléments du PCSF.*** Les résultats des entrevues et de l'examen de la documentation indiquaient qu'il faudrait améliorer les relations, la collaboration et les communications entre certains éléments du Programme, en particulier, entre le BSF et les centres, entre les centres et le RCSF, et entre les quatre centres. De plus, le Programme pourrait bénéficier d'une clarification des rôles et des responsabilités, par exemple, les responsabilités du RCSF en ce qui a trait aux communications comparativement à celles des centres. Malgré le manque d'homogénéité dans le Programme et les tensions entre les éléments du Programme, causés en partie par le roulement du personnel au BSF, les directeurs administratifs des différents centres et du RCSF ont travaillé très fort pour bâtir, ou dans certains cas, rebâtir les relations avec chacun des éléments du PCSF. De plus, le BSF a organisé des réunions productives telles que l'atelier multi-intervenants au mois de septembre 2002, à Winnipeg, dans le but d'examiner la vision, les valeurs et les priorités du Programme. Le résultat a été une amélioration des communications et de la collaboration depuis la création du Programme. Par contre, il est encore nécessaire de porter une plus grande attention à ce dossier pour entretenir des liens solides entre les éléments du Programme afin d'appuyer l'exécution et les résultats du Programme. Des discussions et des réunions plus poussées avec des représentants de tous les éléments du Programme faciliteraient la consolidation des relations de collaboration et la clarification des rôles, des responsabilités et des priorités pour le PCSF.

EKOS Research Associates Inc., 2003

1. INTRODUCTION

1.1 Le Programme de contribution pour la santé des femmes

(a) Contexte

Dans le premier et le deuxième Livre rouge, le gouvernement fédéral actuel a désigné la santé des femmes et la recherche sur la santé des femmes comme étant une priorité clé et a établi, en 1997, les Centres d'excellence pour la santé des femmes (CEWH) et un partenariat avec le Réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF)[3] par l'entremise du Programme de contribution pour la santé des femmes. Cela a marqué la culmination du travail et des recommandations de divers groupes pour la santé des femmes et des représentants fédéraux et provinciaux ou territoriaux et de la parution d'un rapport de recherche important par le Conseil médical de recherche qui soulignait les lacunes sérieuses en ce qui a trait à la recherche sur la santé des femmes et le financement connexe.

Les Centres d'excellence pour la santé des femmes se concentrent surtout sur la recherche en matière de politiques et fonctionnent comme un partenariat communautaire-universitaire. Le RCSF sert de lien vital entre le PCSF et les femmes au Canada grâce à ses activités de réseautage et de diffusion et son centre d'échange d'informations, ses bases de données, son site Web et ses activités de conseil stratégique. Le Centre québécois a été fermé en juillet 2001 par son Conseil d'administration. Le Bureau pour la santé des femmes continue à appuyer et à consolider le réseau à partir de projets au Québec.

Le Programme de contribution pour la santé des femmes (PCSF), géré par le Bureau pour la santé des femmes (BSF) à la Direction générale de la politique de la santé et des communications de Santé Canada, a été prolongé jusqu'en 2008. Le directeur administratif du Bureau pour la santé des femmes relève du sous-ministre adjoint à la Direction générale de la politique de la santé et des communications, pour le PCSF. Le directeur du PCSF est responsable de l'exécution du programme.

3 Le RCSF existait avant le Programme, mais il était financé par le PCSF pour entreprendre « le développement d'un réseau national pour la santé des femmes dont le but était d'améliorer l'échange d'informations entre les centres financés et les autres institutions, organisations et individus préoccupés par la santé des femmes en tant que responsables des politiques, prestataires de soins, chercheurs, consommateurs, étudiants ou citoyens intéressés tout simplement » *(La politique et les lignes directrices du programme des Centres d'excellence pour la santé des femmes, 1995).*

Le Programme de contribution distribue environ 2,95 millions de $ annuellement sous forme de contributions aux bénéficiaires admissibles selon les modalités. Le PCSF fournit jusqu'à 100 pour cent du financement pour les initiatives; le soutien total du gouvernement pour ce Programme peut atteindre un maximum de 100 pour cent des dépenses admissibles et ce, jusqu'à un maximum de 0,6 millions de $ par Centre et 0,6 millions de $ par année à tout autre bénéficiaire.

(b) Objectifs

Les objectifs[4] du Programme sont :

a) de fournir des conseils au sujet des programmes et des politiques associés à la santé des femmes et à l'approche stratégique de SC en ce qui a trait à la santé des femmes;

b) d'élargir l'étendue et la portée de la recherche sur les questions de santé des femmes en développant et en faisant la promotion de la recherche pluridisciplinaire et multisectoriel qui traite des déterminants de la santé, et les répercussions de la réforme du système de santé et autres questions de politique importantes;

c) d'amener le système de santé canadien, largement défini, à mieux répondre aux besoins en matière de santé et aux préoccupations des femmes; et

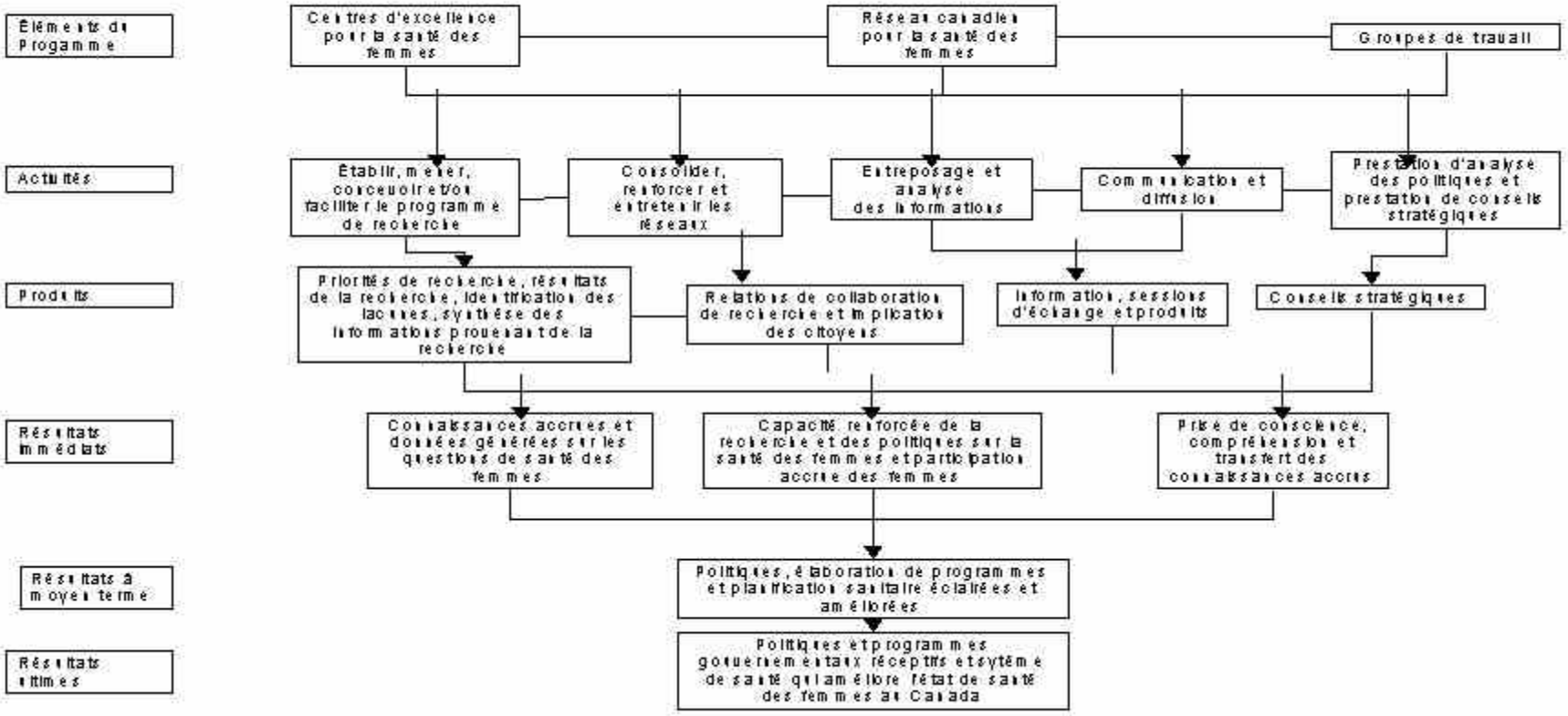
d) de développer et aider à comprendre la différence entre les sexes comme critère variable de santé.

(c) Modèle logique

Un modèle logique du PCSF est présenté dans le schéma 1.1. Ce modèle dresse le portrait des activités clés du programme, ses produits et ses résultats, ainsi que les liens logiques entre ces éléments. Le modèle logique identifie les types d'activités qui sont financés par le PCSF. Une entente de contribution se doit d'englober au moins une des activités mentionnées, mais peut aussi tous les inclure.

4 Ce sont des objectifs du PCSF mise à jour récemment, tels qu'ils ont été présentés dans un cadre de gestion basée sur les résultats et la responsabilisation en février 2003. Dans le cadre de la présente évaluation, on a demandé aux intervenants et aux experts de donner leurs impressions sur la pertinence soutenue de l'objectif initial du Programme, soit d'améliorer l'état de santé des Canadiennes en améliorant la compréhension et la réceptivité du système de santé à l'égard des questions de santé des femmes; de traiter des lacunes en ce qui a trait aux connaissances en matière de santé des femmes; et d'influer sur la politique de santé relative aux femmes.

Schéma 1.1
Modèle logique du Programme de contribution pour la santé des femmes



Chaque élément du modèle logique est décrit brièvement dans la suite de cette section.

Éléments du Programme

- ***Centres d'excellence pour la santé des femmes:*** Il existe actuellement quatre Centres d'excellence: le Centre d'excellence pour la santé des femmes - région de la Colombie-Britannique basé au BC Women's Hospital and Health Centre à Vancouver; le Centre d'excellence pour la santé des femmes - région des Prairies hébergé conjointement par les Universités de Winnipeg, de Regina et de Saskatchewan (à Saskatoon); le Centre d'excellence pour la santé des femmes - région de l'Atlantique basé à l'Université de Dalhousie et au centre de santé IWK Grace à Halifax; et le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu basé à l'Université York à Toronto. Les Centres s'intéressent surtout à la recherche, aux communications, aux relations de réseautage ou de collaboration et aux conseils stratégiques.
- ***Réseau canadien pour la santé des femmes :*** Le RCSF, basé à Winnipeg, fournit une présence bilingue nationale pour informer sur la santé des femmes; diffuse les informations en collaboration avec les centres, les groupes de travail et la communauté plus large intéressée à la santé des femmes; fournit une infrastructure de communications qui comprend un centre d'échange d'informations, des bases de données, une publication (*Réseau*), des sites Web très élaborés, un bulletin électronique, la promotion et la diffusion des documents lors des événements, et un programme de relations avec les médias pour les membres du PCSF, y compris des centres individuels et autres qui travaillent dans le domaine de la santé des femmes au Canada.
- ***Groupes de travail:*** Le Programme appuie aussi deux groupes de travail: le Comité coordonnateur des femmes et la réforme en santé, dont le mandat est de coordonner certaines recherches à travers les centres, d'identifier et de combler les lacunes en matière de connaissances et de lier la politique à la recherche sur la réforme des soins de santé; et Action pour la protection de la santé des femmes, dont le mandat est de suivre la politique et les réglementations fédéraux relatifs aux produits pharmaceutiques surtout, d'y répondre et d'examiner leur impact sur la santé des femmes. Des membres du personnel de trois centres et un universitaire permanent d'un des centres sont membres du premier de ces deux groupes, et le directeur administratif du RCSF participe aux deux groupes de travail.

Activités

- ***Établir, mener, concevoir et faciliter le programme de recherche :*** Le but principal du PCSF est de faciliter, de concevoir et de mener des recherches multidisciplinaires ou multisectorielles[5], en utilisant une approche axée sur les déterminants de la santé (par exemple, sexe social, culture, revenus et statut) afin d'examiner les questions de santé des femmes et les besoins connexes et de découvrir comment rendre le système de santé plus réceptif à ces besoins.

5 Du financement additionnel est offert par l'entremise du BSF et des Centres d'excellence aux organisations non gouvernementales, aux gouvernements provinciaux, territoriaux ou municipaux et aux individus (par exemple, chercheurs en milieu universitaire et fournisseurs de soins de santé) pour effectuer des recherches et autres travaux à l'appui des objectifs du PCSF.

- ***Consolider, renforcer, et entretenir des réseaux :*** Le PCSF, les centres et le RCSF développent des relations de collaboration avec les chercheurs, les fournisseurs de soins de santé, les organisations communautaires, les responsables des politiques et les gouvernements au niveau régional ou municipal et provincial ou territorial, leur permettant ainsi d'améliorer le soutien des infrastructures et de diffuser les connaissances. Le RCSF bâtit aussi des relations au niveau national. Des contributions sont disponibles pour bâtir et renforcer les réseaux locaux et nationaux d'individus, d'institutions et de groupes intéressés à la santé des femmes et pour faciliter la collaboration entre les secteurs gouvernementaux et non gouvernementaux.
- ***Entreposage et analyse des informations :*** Cette activité implique l'analyse des données existantes, l'influence sur les approches en matière de collecte de données des autres agences d'informations sur la santé et des gouvernements provinciaux grâce aux sessions d'informations, aux initiatives de recherche concertée et de médias divers, à l'entretien d'une base de données des projets de recherche financés et des publications connexes, et au développement et à l'entretien des bases de données bilingues de ressources et d'organisations dans le domaine de la santé des femmes, ainsi que des bases de données des campagnes de sensibilisation pour faciliter la diffusion.
- ***Communication et diffusion :*** Les centres et le RCSF diffusent la recherche et les informations à un grand éventail de publics utilisant des moyens comme les sites Web, les conférences, les écrits évalués par les pairs, les forums, les ateliers de travail, les exposés politiques, les relations avec les médias pour les centres et les groupes de travail; et le site Web, la lettre d'information et le bulletin électronique, etc., pour le RCSF.
- ***Prestation d'analyse des politiques et conseils stratégiques :*** Les activité clés du PCSF comprennent l'analyse des politiques, la prestation des conseils sur les questions de programme et de politique aux organismes gouvernementaux et de santé, et le développement de choix de politiques visant à améliorer la réceptivité des politiques de santé et du système de santé au Canada relativement aux besoins et aux préoccupations en matière de santé des femmes qui sont attentifs à la différence entre les sexes.

Produits

- ***Priorités de recherche, résultats de recherche, identification des lacunes, et synthèse des informations de recherche :*** Ces produits provenant des activités de recherche du programme comprennent un large éventail d'informations sur les besoins en matière de santé des femmes, et au sujet des inventaires de ressources, des modèles conceptuels des déterminants de la santé des femmes, des répercussions de la réforme du système de santé, de l'identification des lacunes en ce qui a trait aux priorités concernant les connaissances et la recherche, et de la synthèse des résultats.
- ***Relations de recherche concertée et implication des citoyens :*** Ces produits comprennent des relations de collaboration avec les chercheurs, les fournisseurs de soins de santé, les organisations communautaires, les responsables des politiques et les gouvernements au niveau national, fédéral, provincial ou territorial et municipal ou régional. On met l'accent sur les relations de collaboration universitaire-communautaire afin d'impliquer les citoyens et de consolider la capacité communautaire.

- ***Informations, sessions d'échange et produits :*** Des exemples de ces produits sont les sites Web pour le PCSF, les centres individuels, le RCSF et les groupes de travail; des bulletins de recherche pour les centres; un magazine, une lettre d'information, et des activités de communication et de sensibilisation, y compris un bulletin électronique, du RCSF; et des rapports de recherche, des feuillets d'information, des pamphlets, des publications d'information ou de synthèse publiques générées par les centres, les groupes de travail et le RCSF.
- ***Conseils stratégiques :*** Ce produit comprend des conseils au sujet des programmes et des politiques, les implications relatives à l'impact sur la politique de la recherche et des choix de politique pour améliorer la réceptivité des politiques de santé et du système de santé relativement aux besoins et aux préoccupations féminines.

Produits immédiats

- ***Enrichissement des connaissances et des données générées au sujet de la santé des femmes:*** Les activités de recherche et d'enrichissement des connaissances du PCSF contribuent à l'augmentation de nouvelles données et de connaissances au sujet de la santé des femmes.
- ***Capacité renforcée de la recherche et des politiques sur la santé des femmes et participation accrue des femmes :*** Les nouvelles connaissances, les relations de collaboration et les efforts mis pour impliquer les citoyens permettent d'augmenter la participation des femmes et de renforcer la capacité communautaire, ainsi que la capacité parmi les intervenants du programme à effectuer des recherches sur la santé des femmes et d'élaborer des politiques dans ce domaine. Par exemple, le Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique a impliqué plus de 2800 femmes, que l'on a consultées ou qui ont participé à la recherche pendant la période de 1996 à 2001.
- ***Prise de conscience, compréhension et transfert des connaissances accrus :*** L'élaboration et la diffusion des connaissances améliorent l'accès à l'information pour les femmes et leur permettent de mieux comprendre leurs besoins en matière de santé, ainsi que les questions qui ont un impact sur leur santé. À titre d'exemple, en mars 2003, le nombre mensuel de visites sur le site Web du RCSF s'élevait à 45 000 (et les personnes consulteraient le site en moyenne 15 fois par mois), et le RCSF répond à plus de 50 demandes de renseignements et de consultations par mois provenant des médias, des gouvernements, des ONG, etc. De plus, le PCSF aide à mieux comprendre le sexe social comme variable critique de la santé.

Produits à moyen terme

- ***Élaboration de politiques et de programmes et planification sanitaire éclairées et améliorées :*** La mise en application et l'utilisation des connaissances, des données et des conseils générés par le PCSF contribuent à l'élaboration de politiques et de programmes et à la planification en matière de santé plus éclairées et améliorées qui sont plus pertinentes aux questions et aux besoins uniques des femmes en matière de santé.

Produits ultimes

- ***Politiques et programmes gouvernementaux réceptifs et système de santé qui améliore l'état de santé des femmes au Canada :*** L'élaboration de politiques et de programmes et la planification sanitaire améliorées mènent finalement à des politiques et des programmes gouvernementaux et à un système de santé, largement défini, qui est plus réceptif aux questions, aux préoccupations et aux besoins relativement à la santé des femmes.

1.2 Objectifs et questions d'évaluation

Afin de rencontrer les exigences de la présentation au Conseil du Trésor de 1997, une évaluation du PCSF devait être complétée au plus tard le 31 mars 2003. En termes généraux, les objectifs de l'évaluation étaient de consolider les résultats et de traiter de certains manques d'information suite à la revue mi-programme (mars 2000).

Lors de la revue mi-programme[6], on a conclu que les Centres d'excellence avaient beaucoup accompli depuis la création du Programme en 1997, par exemple, le développement de partenariats et de relations de recherche intersectorielles dans des communautés pertinentes aux politiques, l'élaboration de structures de gestion et de conseil ainsi qu'une capacité de communication, et une provision de 6,3 millions de $ pour la recherche sur la santé des femmes au cours des trois premières années d'existence du PCSF. Bien que des informateurs clés interviewés pour cette étude avaient bon espoir concernant les impacts éventuels du Programme sur la prestation des politiques et des services, ils hésitaient à spécifier des réalisations à ce moment-là parce que la publication des résultats de recherche ne faisaient que débuter à l'automne 1999. Tel que l'on aurait prévu, les premières années de financement étaient axées en grande partie sur l'élaboration de structures et de relations viables dans les centres et dans leurs réseaux locaux ou provinciaux. Tel qu'il a été mentionné, la présente évaluation est basée sur les résultats mi-programme et a traité de certaines questions qui n'avaient pas encore été entièrement abordées à ce stade-là (c'est à dire la qualité et le contenu de la recherche effectuée).

6 South House Exchange (2000). *Final Report: Mid-Program Review of the Centres of Excellence for Women's Health Program.* Rapport préparé pour le Bureau pour la santé des femmes, Santé Canada.

Au moment de la revue mi-programme, une base de données en *Microsoft Access* des projets de recherche menés ou financés par les Centres d'excellence a été montée, et cette base de données a été mise à jour récemment pour servir à la présente évaluation. Des données sur 337 projets de recherche menés entre 1997 et le 31 mars 2002 étaient disponibles[7] pour appuyer l'examen des types d'activités de recherche entreprises par les centres.

Conforme aux exigences du Conseil du Trésor, le centre d'intérêt de la présent évaluation du PCSF comprenait trois sujets principaux : les opérations et l'élaboration du programme; les répercussions du programme; et la pertinence soutenue. Les questions d'évaluation pour chaque catégorie sont brièvement décrites ci-dessous.

(a) Opérations et élaboration du Programme

Pour évaluer la conception, l'exécution et les opérations du PCSF, il importait d'examiner le degré avec lequel l'approche d'exécution décentralisée et mixte (c'est à dire la distribution des fonds et l'exécution du programme par l'entremise des quatre Centres d'excellence pour la santé des femmes, le réseautage et les communications par l'entremise du Réseau canadien pour la santé des femmes, et deux groupes de travail) ou d'autres facteurs ont contribué à l'atteinte des objectifs du Programme ou l'ont entravée. Pour ce faire, on devait répondre aux questions suivantes :

- Dans quelle mesure les opérations et l'élaboration du Programme ont-ils permis de générer des connaissances et de les mettre en application :
  - Au niveau des Centres d'excellence pour la santé des femmes?
  - Au niveau du Réseau canadien pour la santé des femmes ?
  - Au niveau des groupes de travail ?
  - Au niveau du Bureau pour la santé des femmes ?
  - Au niveau de Santé Canada ?
- Dans quelle mesure les relations (entre le BSF, les CESF, le RCSF et les groupes de travail) ont-elles été efficaces pour soutenir et faciliter l'atteinte des résultats du Programme ?
- Existe-t-il d'autres structures possibles que l'on pourrait considérer ?

7 Anne Wright and Associates Inc. (2003). *CEWHP Researach Project Database Report: Program Inception – March 31, 2002.* Rapport soumis au Programme de contribution pour la santé des femmes, Santé Canada.

(b) Répercussions du Programme

Les quatre questions d'évaluation dans cette catégorie visaient à déterminer l'efficacité des stratégies du PCSF pour élaborer et diffuser les informations, ainsi que de faciliter l'utilisation (mise en application des politiques) des connaissances dans les prises de décisions.

- Dans quelle mesure et de quelle façon le PCSF a-t-il contribué à l'enrichissement des connaissances en ce qui a trait aux questions de santé des femmes? Dans quelle mesure le Programme a-t-il aidé à améliorer la qualité des données pertinentes aux politiques sur les questions de santé des femmes?
- Dans quelle mesure et de quelle façon les activités de diffusion et les activités connexes (par exemple, forums sur la politique, groupes de réflexion, rapports de synthèse) ont-elles aidé à mieux reconnaître et comprendre la santé des femmes?
- Dans quelle mesure et de quelle façon l'information a-t-elle été utilisée et :
  - par qui?
  - à quelles fins?
  - avec quel résultat?
- Dans quelle mesure et de quelle façon l'information a-t-elle influé sur :
  - l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques?
  - l'élaboration de programmes?
  - la planification en matière de santé?
  - la prestation de services?
  - l'accès amélioré aux informations pour les femmes concernant leur santé et les questions connexes, ainsi qu'une meilleure compréhension de celles-ci?
  - l'émancipation des collectivités ou des consommateurs?
  - les politiques et les pratiques d'autres organismes subventionnaires?

(c) Pertinence soutenue

Les questions dans la catégorie de pertinence traitaient du besoin et de la pertinence soutenus du PCSF, tel qu'il est présentement articulé, vu le contexte changeant de recherche et de politique sur la santé des Canadiennes. Les questions spécifiées étaient les suivantes :

- Les objectifs et le mandat initiaux du Programme sont-ils toujours pertinents?

- Comment le contexte de recherche et de politique sur la santé des femmes a-t-il changé depuis la création du Programme? Dans quelle mesure et de quelle façon le Programme a-t-il influé sur le contexte de recherche et de politique sur la santé des femmes?
- Dans quelle mesure le PCSF complète, recoupe ou chevauche les autres agences, programmes, organisations ou unités gouvernementaux fédéraux, provinciaux ou territoriaux dans le domaine de la santé des femmes? Quelle est la contribution unique du PCSF?
- Le Programme génère-t-il de nouvelles connaissances pertinentes aux besoins des décideurs ?
- Comment devrait-on positionner le Programme stratégiquement pour optimiser sa pertinence soutenue dans le contexte de recherche et de politique actuel sur la santé de femmes?

1.3 But et organisation du présent rapport

Le but du présent rapport est de présenter la méthodologie, les résultats et les conclusions de l'évaluation du Programme de contribution pour la santé des femmes. La méthodologie est décrite dans le chapitre deux. Ensuite, les résultats intégrés de l'évaluation provenant de toutes les sources de données sont présentés dans les chapitres trois, quatre et cinq. Finalement, les conclusions et les recommandations tirées de cette évaluation sont présentées dans le chapitre six.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1 Aperçu

Nous avons effectué l'évaluation du PCSF entre octobre 2002 et mars 2003. Le présent chapitre décrit la méthodologie utilisée pour cette évaluation. L'approche comprenait les éléments méthodologiques suivants :

- Revue de la littérature;
- Revue de la documentation;
- Entrevues avec les intervenants (n=33 entrevues);
- Entrevues avec les experts (n=16 entrevues); et
- Sondage des bénéficiaires de financement (n=57 entrevues).

Le modèle de recherche conçu pour cette évaluation utilisait de multiples méthodes et incorporait des données provenant d'un éventail de sources afin d'assurer la mise en évidence de tous les points de vue et pour améliorer la représentativité des résultats. Il y a risque d'une certaine partialité du côté positif de la part des intervenants et des bénéficiaires de financement associés directement au Programme puisque ces participants pourraient bénéficier du financement soutenu du PCSF. Par contre, une telle partialité semble peu probable, puisque ces participants étaient très disposés à identifier les forces et les faiblesses du Programme et ont fourni des exemples pour appuyer leurs opinions. De plus, nous avons réduit ce risque en effectuant des entrevues sur tous les points de vue pertinents, y compris des entrevues avec des experts bien renseignés mais sans liens directs avec le Programme; et en examinant la documentation et la littérature disponibles au sujet du Programme afin de confirmer les opinions exprimées pendant les entrevues avec les intervenants et les experts. Les résultats provenant des différentes sources de données étaient très cohérents et appuient donc la validité des résultats de l'évaluation.

2.2 Revue de la documentation et de la littérature

(a) Revue de la littérature

Ce volet de l'évaluation a fourni deux grandes sources de données relatives aux questions clés de cette évaluation. La première partie de cette démarche a fourni une description des principaux programmes et agences axés sur les questions de santé des femmes au Canada, ventilé par province ou territoire et par ministère fédéral afin d'examiner le chevauchement ou la complémentarité avec le PCSF. La seconde partie impliquait une revue à petite échelle de la documentation pour appuyer l'évaluation de la pertinence soutenue du PCSF. Notamment, ce volet de recherche a permis de répondre à des questions d'évaluation clés concernant : la pertinence et la nécessité soutenues du PCSF compte tenu du contexte de recherche et de politique actuel au Canada; le besoin encore présent d'appui du gouvernement fédéral sur les questions de santé des femmes et pour la réceptivité du système de santé relativement aux besoins des femmes; et les changements dans le contexte politique concernant les questions de santé des femmes.

(b) Revue de la documentation

Le but de ce volet de l'évaluation était de revoir les sources de données existantes pour élargir le contexte dans lequel on évalue les différents aspects du PCSF. Notamment, les objectifs du processus de revue étaient de fournir un aperçu du développement et de l'historique d'exécution du PCSF, de confirmer les informations recueillies par les autres méthodologies d'évaluation (par exemple, les entrevues) et de fournir des données primaires dans des domaines comme l'élaboration de partenariats, l'étendue de la recherche dans les domaines pertinents, les activités de diffusion, et les réalisations et les défis rencontrés lors de l'implantation du Programme. La revue de la documentation a fourni certaines données ayant trait à plusieurs questions d'évaluation.

Les informations sur le Programme passées en revue dans le cadre de ce volet de l'évaluation comprenaient :

- la documentation sur chaque Centre d'excellence et sur le RCSF (par exemple, accords de contribution, rapports annuels, rapports de six ans, plans stratégiques, plans de travail);
- les produits des Centres d'excellence, tels que les bulletins de recherche;
- la revue mi-programme du PCESF (mars 2000) et les rapports concernant les informations trouvées sur les sites pour chaque centre;

- les accords de contribution pour les groupes de travail;
- les modalités du PCSF;
- les procès-verbaux des réunions des directeurs du PCESF et des directeurs du RCSF; et
- les sites Web et les bases de données du ministère.

2.3 Entrevues avec les intervenants

Nous avons effectué un total de 33 entrevues avec des intervenants. La plupart des intervenants de la région d'Ottawa ont été rencontrés en personne, tandis que les autres participants ont été interviewés par téléphone. Les questions d'entrevue étaient surtout des questions ouvertes, qui permettaient aux participants d'expliquer leurs réponses en détail, mais nous avons aussi inclus certaines questions fermées avec réponses graduées (avec échelles d'évaluation en cinq points) pour aider au sommaire et à l'analyse de cette série d'entrevues. Les entrevues ont duré en moyenne 90 minutes et ont été effectuées en anglais ou en français selon la préférence du participant.

Nous avons sélectionné les candidats d'entrevue en consultation avec le BSF, les centres, le RCSF et les groupes de travail, à partir d'une liste préparée par le BSF. Cette sélection a été effectuée attentivement de façon à ce que toutes les perspectives et tous les groupes d'intervenants pertinents soient représentés. La répartition des intervenants a été établi comme suit :

- Hauts fonctionnaires de Santé Canada, y compris l'administration du PCSF (n=5);
- Autorités régionales de Santé Canada (n=2)[8];
- Analystes des politiques au Bureau pour la santé des femmes (n=3);
- Directeurs, employés, membres du conseil et représentants des institutions d'accueil anciens et actuels des Centres d'excellence (n=16)[9];
- Directeurs administratifs, membres du personnel et du conseil anciens et actuels du Réseau canadien pour la santé des femmes (n=4); et

8 Nous avons communiqué avec un troisième représentant régional de SC, mais cette personne ne pouvait pas répondre aux questions d'entrevue à cause d'un manque de connaissances au sujet du PCSF.

9 Malgré plusieurs tentatives, nous n'avons malheureusement pas réussi à interviewer de représentants de l'ancien Centre d'excellence québécois (soit parce que les coordonnées n'étaient plus à jour ou parce qu'il n'était pas possible de trouver un moment convenable pour passer l'entrevue pendant la période allouée pour cette évaluation).

- Présidents ou représentants des deux groupes de travail actuels et d'un ancien groupe de travail (n=3).

Des guides d'entrevue conçus pour aborder toutes les questions pertinentes ont été élaborés. Ces guides ont été révisés soigneusement par le BSF avant que les entrevues ne débutent. Certains guides ont été traduits en français au besoin. Tous les gens interviewés ont reçu le guide par télécopieur ou électroniquement avant le rendez-vous pour leur permettre de se préparer.

L'analyse des résultats d'entrevues était surtout de nature qualitative, bien qu'une analyse quantitative fondamentale des réponses graduées (c'est à dire, la répartition des fréquences et les réponses moyennes) ait été aussi effectuée afin de faciliter le résumé du grand nombre de réponses d'entrevue.

2.4 Entrevues avec les experts

Nous avons effectué des entrevues téléphoniques avec 16 experts dans le domaine de la recherche et de la politique sur la santé des femmes qui, sans être associés directement au PCSF, le connaissaient bien. Parmi ces experts, on comptait :

- Universitaires (n=6);
- Représentants du gouvernements fédéral et des gouvernements provinciaux (n=5);
- Consultants ou chercheurs privés (n=3); et
- Représentants d'organisations de femmes autochtones (n=2).

L'objectif principal de ces entrevues étaient d'évaluer la pertinence soutenue et le positionnement stratégique du Programme; la qualité et la pertinence des informations de recherche et des connaissances générées par le PCSF; et les stratégies pour améliorer la création et la mise en application des connaissances ciblées par les décideurs. Un guide d'entrevue couvrant ces questions et d'autres questions connexes a été élaboré pour les entrevues avec les experts. Les entrevues duraient en moyenne 60 à 90 minutes. Les procédures pour effectuer et pour analyser ces entrevues étaient les mêmes que pour les entrevues avec les intervenants.

2.5 Sondage des bénéficiaires de financement

(a) Méthodologie de sondage

Les Centres d'excellence financent les projets de chercheurs en milieu universitaire, d'organisations bénévoles communautaires, de ONG et de consultants et chercheurs privés pour effectuer de la recherche ou du travail connexe à l'appui des objectifs des centres. Nous avons effectué un sondage téléphonique de 57 de ces bénéficiaires de financement afin d'évaluer le centre d'intérêt, l'exécution et les répercussions perçues de leurs recherches ou de leurs projets, leur niveau de satisfaction en ce qui a trait à la relation de financement avec le Centre, et leurs points de vue sur la nécessité et la pertinence soutenues du Centre et sur l'ensemble des répercussions de ce dernier. Nous avons préparé un questionnaire, que nous avons soumis à une mise à l'essai préliminaire et que nous avons fait traduire en français pour ce sondage. L'entrevue durait environ 24 minutes.

Au stade de planification initial du sondage, Les centres et le BSF ont fourni une liste de noms et de numéros de téléphone pour tous les bénéficiaires de financement des quatre centres actuels ainsi que de l'ancien centre québécois qui a reçu au moins deux subventions, dont un qui s'élevait à au moins 5 000 $. La « population » de sondage a été définie ainsi afin d'éliminer certains projets qui n'avaient reçu que de petites subventions de départ et dont on ne pouvait pas attendre de répercussions significatives. De plus, nous avons éliminé environ 20 projets (dont certains impliquant les mêmes bénéficiaires de financement, en général des universitaires) parce que les commanditaires du projet participaient déjà aux entrevues avec les intervenants. Il restait donc une population totale de 130 bénéficiaires de financement avec leurs coordonnées. Nous avons effectué un *recensement* (contrairement à une enquête-échantillon) de tous ces bénéficiaires de financement. Autrement dit, nous avons tenté de communiquer avec le plus grand nombre possible de ces 130 bénéficiaires et de les interviewer.

Nous avons mené le sondage entre le 10 décembre 2002 et le 22 janvier 2003, en utilisant un système d'interview téléphonique assisté par ordinateur (ITAO). Cette approche nous a permis de saisir à l'ordinateur la liste des bénéficiaires de financement et le questionnaire auxquels les intervieweurs ont accédé pour fins d'enquête. Le nom et le numéro de téléphone étaient fournis à l'intervieweur, qui lisait le script et les questions directement à l'écran de l'ordinateur. Les réponses au sondage étaient directement saisies dans le système au fur et à mesure pour créer une base de données des résultats de sondage.

En effectuant le sondage, nous avons utilisé les rappels pour minimiser la partialité. Les noms ou les numéros étaient sélectionnées au hasard et au moins sept rappels (c'est à dire un total de huit appels téléphoniques) ont été faits à chaque bénéficiaire de financement. De plus, chaque numéro de téléphone a eu un "repos" d'au moins une journée avant que l'on essaie de le joindre de nouveau. Les rendez-vous étaient fixés selon les disponibilités du participant. Si les participants voulaient vérifier que le sondage était légitime ou s'ils préféraient rappeler l'équipe de sondage pour fixer un rendez-vous, nous leur offrions le numéro 1-800 de notre centre de sondage à Ottawa. Des rapports quotidiens ont été rédigés de toutes les tentatives d'appel, des communications réussies, des rendez-vous fixés et des entrevues complétées.

Nous avons préparé des dossiers détaillés des données pour les résultats du sondage, y compris des codes de variable et de valeur. Les réponses aux questions ouvertes ont été classées dans de nouvelles catégories. L'analyse des données s'agissait du calcul des statistiques descriptives à une variable pour toutes les questions de sondage (c'est à dire la répartition de fréquence des réponses, la réponse moyenne et le nombre de participants pour chaque question). Pour l'analyse des réponses à chaque question, les participants qui indiquaient « je ne sais pas » ou « sans objet » ont été supprimés pour que les pourcentages représentatifs puissent être rapportés. (C'est pourquoi le nombre de participants, « n », est parfois inférieur à 57 dans les graphiques des chapitres trois, quatre et cinq.)

(b) Collecte de données et taux de réponse

Les détails de la collecte des données et le taux de réponse sont fournis au tableau 2.1. Tel qu'il a été noté dans la section précédente, nous avons débuté avec un échantillon de 130 noms et numéros de téléphone. Après que nous ayons soustrait un numéro en double ainsi que 11 numéros où il n'y avait plus de service, il nous restait un échantillon fonctionnel de 118 noms. À partir de ceux-ci, nous avons réussi à compléter des entrevues avec 57 bénéficiaires de financement, pour un taux de réponse de 48,3 pour cent.

TABLEAU 2.1
Collecte des données et taux de réponse

Échantillon total	130
Numéros sans service	11
Numéros en double	1
Échantillon fonctionnel total	118
Numéros retirés (appelés 8 fois ou plus)	53
Participant ne convenant pas/Manque de connaissances	2
Total demandé	63
Total refusé	6
Total complété	57
Taux de réponse	48,3 %

Le tableau 2.2 présente la répartition des participants au sondage selon le centre. Une assez grande proportion des participants ont reçu des fonds du Centre de la région de l'Atlantique (35 pour cent) et du RPSFM (32 pour cent). Ce tableau présente aussi la répartition de l'échantillon fonctionnel total selon le centre. La distribution des bénéficiaires de financement qui ont été sondés de chaque Centre est très semblable à la distribution de l'échantillonnage fonctionnel total (c'est à dire la « population » dans ce cas). L'échantillon utilisé pour ce sondage est donc très représentatif de la population totale des bénéficiaires de financement.

TABLEAU 2.2
Participants au sondage pour chaque Centre

Centre/Réseau	Nombre de participants		Pourcentage	
	Complété	Échantillon Fonctionnel	Complété	Échantillon fonctionnel
Centre de la Colombie-Britannique	6	13	10 %	11 %
Centre des Prairies	8	13	14 %	11 %
RPSFM	18	36	32 %	31 %
Centre québécois	5	18	9 %	15 %
Centre de la région de l'Atlantique	20	38	35 %	32 %
TOTAL	57	118	100 %	100 %

La plupart des bénéficiaires de financement qui ont participé au sondage était des chercheurs universitaires ou des étudiants de niveau supérieur (60 pour cent), des ONG ou organisations communautaires sans but lucratif (19 pour cent) ou encore des consultants privés (12 pour cent). Tous les projets ont obtenu des fonds entre 1997 et 2002, les années de financement les plus courantes étant 2000 et 1998 (respectivement, 46 pour cent et 42 pour cent des projets). La plupart des projets ont reçu un financement total entre 15 000 $ et 24 999 $ (42 pour cent), entre 5 000 $ et 14 999 $ (27 pour cent) ou entre 25 000 $ et 39 999 $ (15 pour cent).

2.6 Analyse intégrée

Suite à la collecte des données, nous avons rédigé un résumé des résultats de toutes les sources de données, les avons organisés selon les questions principales d'évaluation, et les avons intégrés au présent rapport. Les résultats de chaque source de données ont été triangulés avec les résultats provenant d'autres sources afin de corroborer les résultats saillants ou pour réconcilier des résultats divergents ou incompatibles. Dans les chapitres trois, quatre et cinq, on présente les résultats clés de chaque source de données et on évalue leur degré de cohérence.

3. OPÉRATIONS ET ÉLABORATION DU PROGRAMME

3.1 Adéquation de l'approche d'exécution du Programme

(a) Adéquation du modèle d'exécution et de l'équilibre national-régional

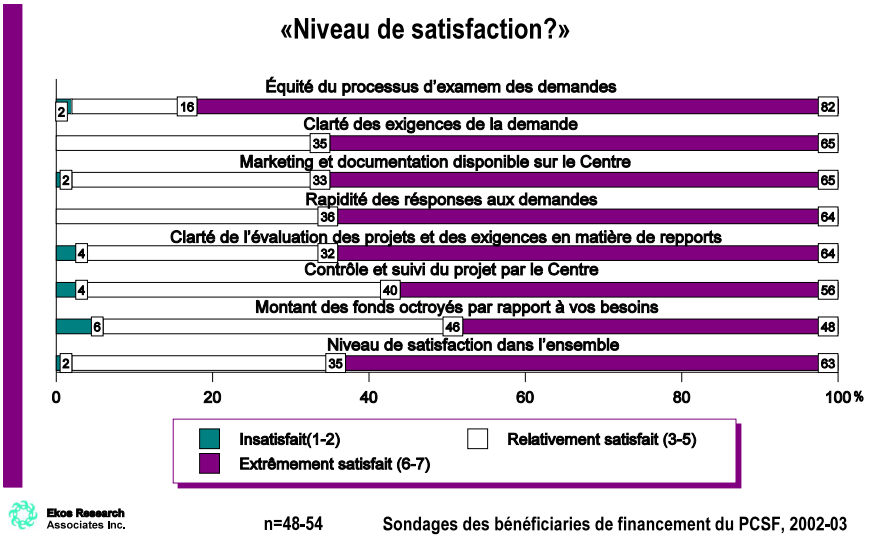
Les résultats de l'évaluation indiquaient que le modèle d'exécution décentralisé et mixte du Programme, c'est à dire la distribution des fonds et l'exécution par l'entremise des quatre Centres d'excellence, le réseautage et les communications nationaux par l'entremise du RCSF, et les efforts de recherche connexes en matière de politiques faits par les deux groupes de travail, a été adéquat pour soutenir l'élaboration et l'utilisation des connaissances au sujet de la santé des femmes. Le fait que le Programme a contribué à l'élaboration et à la diffusion des connaissances sur la santé des femmes (voir le chapitre quatre) est preuve convaincante du succès du mécanisme d'exécution. Par contre, il est en même temps clair que le Programme pourrait bénéficier de certaines améliorations pour ce qui est de l'implantation de ce modèle d'exécution. Notamment, les entrevues avec les intervenants ont révélé que davantage de communications et de collaboration entre le BSF et les centres, entre les centres et le RCSF, et entre les quatre centres faciliteraient probablement la diffusion et l'utilisation de la recherche. Ces résultats sont présentés de façon plus détaillée dans les sections 3.2 et 3.4.

Les intervenants ont exprimé des points de vue variés concernant l'équilibre national-régional en matière d'exécution du programme. Notamment, certains intervenants ont souligné le besoin d'un programme de recherche national renforcé, tandis que d'autres intervenants et certains experts dans le domaine de la santé des femmes étaient plus aptes à indiquer que le degré actuel de flexibilité régionale est adéquat, puisque le PCSF est « un programme national ayant la richesse de l'individualité régionale », et qu'il est nécessaire d'exercer beaucoup d'influence à l'échelle régionale ou provinciale en ce qui concerne les besoins en matière de soins de santé. Toutefois, malgré les opinions divergentes, la majorité des participants aux entrevues de chaque groupe convenaient que le Programme pourrait bénéficier de priorités nationales plus fortes, et tous ont identifié les groupes de travail, qui sont directement liés au BSF, comme élément clé à l'échelle nationale. La majorité des participants ont attribué ce manque d'équilibre entre les priorités régionales et nationales à un manque de coordination et de communication

efficaces entre le BSF et les Centres ainsi qu'à une insuffisance en matière de financement pour les activités de diffusion qui assureraient un programme national homogène. De plus, une représentation inadéquate des femmes québécoises francophones, de l'Alberta et des régions nordiques a été perçue comme une faiblesse.

Des questions d'exécution du programme connexes ont été examinées au cours du sondage des bénéficiaires de financement. Les résultats du sondage indiquaient que l'exécution du programme allait assez bien du point de vue des projets financés. Les bénéficiaires de financement étaient relativement satisfaits de la plupart des aspects du processus de demande et de financement de projets par les centres ou par le RPSFM (voir le tableau 3.1). Les niveaux de satisfaction étaient considérablement plus élevés pour l'équité du processus de demande (82 pour cent étaient très satisfaits) mais moins élevés pour le contrôle et le suivi par le Centre (56 pour cent) et pour le montant des fonds (48 pour cent). Ces derniers résultats nous indiquent qu'il y aurait ici de la place pour amélioration, si les ressources du Programme le permettent.

TABLEAU 3.1
Satisfaction du processus de demande/financement



Ekos Research Associates Inc.

n=48-54 Sondages des bénéficiaries de financement du PCSF, 2002-03

(b) Forces perçues de l'exécution du Programme

Les participants aux entrevues et au sondage ont identifié les forces suivantes du Programme :

- l'approche inclusive, multisectorielle;

- le fait d'être axé sur les questions régionales et nationales;
- les connaissances, les compétences et l'engagement des chercheurs, des bénévoles et de tous ceux impliqués dans le Programme;
- les partenariats, surtout avec les institutions d'accueil, et l'accent sur la consolidation de la capacité;
- l'inclusion des chercheurs communautaires (par exemple, les chercheurs dans le domaine de la santé des femmes autochtones et noires);
- les liens officiels avec les responsables des politiques à divers niveaux de gouvernement;
- la disponibilité des fonds pour étudier les questions de santé des femmes;
- la structure de gestion et le leadership des centres, du RCSF et des groupes de travail; et
- l'appui du BSF.

(c) Faiblesses perçues de l'exécution du Programme

Les faiblesses du Programme selon les participants aux entrevues et au sondage sont :

- insuffisance de fonds pour le personnel et l'infrastructure (vu le grand nombre de priorités), pour la recherche, le réseautage ou les réunions face-à-face, la diffusion et l'entretien des bases de données RCSF;
- un manque de financement pluriannuel stable qui permettrait aux centres de planifier des projets à plus long terme;
- des publics cibles mal définis pour la recherche effectuée par les centres (et donc, présentation inadéquate des informations pour chaque public);
- le manque de programme national bien défini de recherche sur les femmes;
- recherche quantitative insuffisante pour avoir un impact majeur sur les politiques de santé publique;
- le processus concurrentiel pour établir les centres qui a engendré certaines tensions dès le départ;
- le manque de coordination entres les centres (par exemple, en raison de leur réticence à partager les informations ouvertement, une réticence probablement engendrée par la mentalité concurrentielle « publiez ou disparaissez » des universitaires);
- l'efficacité restreinte des activités de réseautage et de communication du RCSF (c'est à dire être au courant du travail fait par les centres et entretenir une base de données des projets et des rapports de recherche);
- les difficultés de réseautage et de communications régionaux, pour les partenariats universitaires-communautaires;

- roulement élevé du personnel et de l'administration au BSF, ce qui a engendré une perte de mémoire corporative et a perturbé la gestion du Programme par le BSF; et
- le manque de visibilité du BSF chez SC.

3.2 Relations entre les éléments du Programme

Les résultats des entrevues avec les intervenants et la revue de la documentation nous indiquaient que la communication et les relations entre les divers éléments du PCSF variaient en ce qui a trait au niveau d'efficacité relative à l'appui des objectifs du Programme. Malgré les forces de chaque élément du Programme et sa contribution positive, il est clair que les relations entre certains éléments devraient être développées davantage, surtout la relation des Centres avec le BSF et avec le RCSF. Ces points sont abordés ci-dessous pour chaque élément du Programme :

- ***Le BSF :*** La relation entre le BSF et les centres a été perçue comme un peu tendue par la plupart des intervenants, en grande partie à cause du roulement de personnel au BSF, ce qui a engendré une perte de mémoire corporative et une perturbation des communications vers les centres, ainsi que des allocations de fonds inadéquates ou instables pour les centres. De plus, certains intervenants étaient d'avis que le BSF devrait offrir une orientation plus nationale pour le Programme et devrait améliorer sa visibilité chez SC.
- ***Les Centres d'excellence :*** Les relations entre les centres s'améliorent (par exemple, ils laissent de côté les tensions initiales provenant de la compétition pour le financement du PCSF) et on cherche maintenant à collaborer davantage, et plus qu'antérieurement, par exemple, sur des questions reliées aux soins à domicile et aux prestations de soins. Les représentants des centres attribuaient ces relations améliorées à leurs propres efforts et à leur coordination plutôt qu'à ceux du BSF. Bien que les centres aient travaillé surtout sur des projets individuels, et que les relations entre les centres aient été sous-développées au moment de la revue mi-programme, il y a eu des initiatives intercentres qui démontrent que la recherche impliquant plus d'un centre a été effectuée de façon coordonnée.[10] Malgré tout, il y a eu des difficultés. À titre d'exemple, certains intervenants ont perçu des tensions entre les centres (à cause de la mentalité concurrentielle « publiez ou disparaissez » des universitaires ou à cause de certains directeurs administratifs), ce qui a nui au partage libre d'informations et à l'efficacité d'une stratégie nationale de communications pour le Programme.

10 Par exemple, le Comité coordonnateur des femmes et la réforme en santé comprenait des représentants de tous les centres et a eu comme résultat le livre intitulé, *Exposing Privatization*. Deuxièmement, le groupe de travail Action pour la protection de la santé des femmes a coordonné certaines recherches à travers les centres. Finalement, le CESAF a participé à une initiative conjointe avec le RCSF et le Centre de la région de l'Atlantique sur l'utilisation de l'analyse comparative entre les sexes pour valider et mettre en application un programme de soins à domicile et un cadre de politique.

- ***Le RCSF:*** On nous a rapporté l'existence d'une certaine tension entre les centres et le RCSF. On l'attribuait au manque de clarté concernant le rôle du RCSF, des sentiments négatifs parce que (contrairement au centres) le RCSF n'avait pas eu à participer au concours officiel pour faire partie du PCSF, et le manque d'une stratégie nationale de communications efficace de la part du RCSF.
- ***Les Groupes de travail:*** Chacun des divers éléments ont rapporté une bonne relation avec les groupes de travail en raison de leur centre d'intérêt national et l'incorporation des informations générées à l'échelle régionale, ainsi que des relations personnelles entre les membres individuels ayant plus d'une fonction. C'est à dire que même si les groupes de travail n'ont pas de relation officielle avec tous les éléments du Programme, il existe de bonnes relations détendues entre les joueurs clés des groupes de travail, des centres ou du RCSF. Les groupes de travail semblent réussir grâce aux caractéristiques suivantes : (1) ils se concentrent sur des questions ou des thèmes spécifiques; (2) ils bénéficient de communications continues avec le BSF, ce qui leur permet d'être au courant des priorités en matière de politiques à l'échelle fédéral et d'y contribuer; (3) le Comité coordonnateur des femmes et la réforme en santé a de bonnes relations et collabore avec chacun des centres et avec le RCSF, qui lui donne accès aux informations actualisées provenant de tout le pays; (4) parmi leurs membres, on compte des chercheurs expérimentés dans le domaine de la santé des femmes, des fournisseurs de soins de santé, des éducateurs et des membres de collectivités qui ont une bonne compréhension du domaine de la politique (et savent donc comment présenter les informations aux analystes des politiques) ainsi que de vastes réseaux de personnes ressources dans le domaine; et (5) ils n'ont pas eu le même roulement de personnel qu'on eu les centres à cause des défis financiers et autres (c'est à dire, allocations de fonds à court terme pour les centres).

Les forces des groupes de travail (mentionnées ci-dessus) nous indiquent certaines améliorations que le PCSF pourrait envisager pour les centres, telles que : une amélioration des communications et de la collaboration entre le BSF et les centres ainsi qu'entre les centres; une orientation plus claire pour les centres en ce qui a trait aux priorités fédérales en matière de politiques et aux besoins des analystes des politiques en matière d'information pour permettre au centres de traduire leurs résultats de recherche en message clair avec des implications politiques; et du financement plus flexible et stable (pluriannuel) pour permettre aux centres de garder leurs bons employés pendant plus d'un an.

3.3 Partenariats

Les Centres d'excellence ont conclu nombreux bons partenariats avec diverses organisations et institutions dans plusieurs secteurs qui ont offert des contributions substantielles en nature telles que l'espace de bureau, le soutien et l'expertise ou les conseils techniques ainsi que certaines contributions financières pour des projets spécifiques. Ces partenaires sont des universités, des hôpitaux et des cliniques de mieux-être, des organisations internationales, des autorités et des planificateurs régionaux de la santé,

des gouvernements provinciaux, des chercheurs en milieu universitaire et communautaire, et des responsables des politiques à l'échelle provinciale. D'autres partenaires ont été liés aux centres par des subventions (par exemple, les organisations communautaires, les collectivités ou les gouvernements des Premières Nations, et la communauté noire canadienne), afin de traiter de questions comme la santé des femmes autochtones ou noires. Le RCSF fournit des liens aux autres districts, dont une présence soutenue au Québec par la distribution de matériels informatifs bilingues, l'affichage et les reportages sur les activités au Québec.

Concernant les contributions financières pour des projets de recherche financés par les centres, la revue récente de la base de données de projets[11] révélait qu'entre 1996-97 et 2001-02, 109 des 337 projets (ou 32 pour cent) ont reçu des fonds de sources externes. De ces 109 projets, 87 projets étaient entièrement financés par des sources externes, alors que 22 projets recevaient des fonds du Programme et de sources externes. Des 228 autres projets, 227 ont reçu des fonds seulement du Programme et seulement un n'a reçu aucune contribution (il a été financé sous la forme d'heures travaillées par le personnel du CESFP). Un total d'environ 9,65 million de $ de fonds a été fourni pour des projets de recherche sur la santé des femmes, dont 3,25 millions de $ (34 pour cent) des Centres ou du PCSF et 6,4 millions de $ (66 pour cent) de sources externes. Dans le même ordre d'idées, pendant le sondage des bénéficiaires de financement, un total de 25 pour cent (ou 14 bénéficiaires) ont indiqué qu'ils avaient reçu de l'aide financière d'autres sources, y compris des gouvernements provinciaux ou territoriaux (huit projets), d'autres programmes ou agences du gouvernement fédéral (quatre projets), de ONG à but non lucratif (quatre projets) et d'institutions universitaires (deux projets).

La documentation à confirmé que tous les centres ont bien réussi à développer de nombreux partenariats avec une vaste gamme d'individus et d'organisations, tel qu'il est indiqué dans leurs rapports et leurs sites Web. Ces partenaires ont fourni plusieurs services différents aux centres, dont le réseautage, le financement, la collaboration en matière de recherche, des consultations en matière de politique et le placement d'étudiants. Les types de partenaires découverts dans la revue comprenaient :

- ***ministères provinciaux :*** à titre d'exemple, le CESFCB a tenu des consultations avec le ministère de la santé de la Colombie-Britannique au sujet du manuel sur la santé des filles adolescentes, des mères toxicomanes et de la réforme du système de santé mentale; et le CESFA a formé un partenariat avec le conseil consultatif de la Nouvelle-Écosse sur la condition féminine.

11 Anne Wright and Associates Inc. (2003). *CEWHP Research Project Database Report: Program Inception – March 31, 2002.* Rapport soumis au Programme de contribution pour la santé des femmes, Santé Canada.

- ***ministères fédéraux :*** tel que la Condition féminine;
- ***organisations communautaires et bénévoles :*** à titre d'exemple, *The Centre*, une organisation à Vancouver pour les jeunes gais, lesbiennes et transgenderistes, a participé au groupe de santé des adolescents du CESFCB; le CESAF a formé un partenariat avec la Fédération des centres locaux des services communautaires du Québec (CLSC); et le RCSF entretient des relations actives avec les organisations bénévoles nationales qui travaillent dans le domaine de la santé et à l'alliance des charités de santé;
- ***agences de soins de santé*** : à titre d'exemple, le CESFCB a collaboré avec l'hôpital St-Paul sur leur programme pour les troubles alimentaires; et
- ***les organisations internationales :*** par exemple, le RPSFM indique que l'Alliance mondiale pour l'allaitement maternel est un partenaire communautaire, le RCSF identifie la collectivité des femmes de Boston et l'Institut international du développement durable comme partenaires internationaux. Le Réseau était aussi membre du Comité directeur national pour la neuvième réunion internationale sur la santé de femmes qui a eu lieu à Toronto en 2002.

L'efficacité des partenariats des centres semble augmenter, mais selon le temps et les ressources disponibles pour chaque centre. Le financement à court terme basé sur l'année fiscale du gouvernement fédéral peut perturber les partenariats. Le RCSF a signalé un partenariat à court terme avec Sears Canada et le Réseau canadien de la santé qui a fourni des fonds pour compléter les activités reliées au centre d'échange d'informations en permettant le développement de l'action directe et de la collecte. Les groupes de travail, pour leur part, ont cité des partenariats avec des chercheurs en milieu communautaire et universitaire qui ont fourni des contributions en nature telles que l'expertise et les conseils.

3.4 Autres mécanismes d'exécution possibles

Les données provenant de l'évaluation suggéraient que le mécanisme ou le modèle d'exécution actuel du PCSF est en grande partie satisfaisant, mais que le Programme pourrait bénéficier de certaines améliorations. Bien que les participants aux entrevues n'aient pas identifié des modèles radicalement différents, ils ont quand même suggéré que du financement pluriannuel serait nécessaire pour faciliter le recrutement et le maintien en poste du personnel dans les centres pour leur permettre de financer des projets de recherche à plus long terme. Ils ont aussi recommandé que la relation entre le BSF et chaque élément du Programme soit mieux articulée, et que les communications entre tous les éléments soient améliorées. De plus, ils ont suggéré que le mandat du Programme soit clarifié pour incorporer une vision

partagée parmi les éléments du PCSF qui serait équilibrée par la flexibilité de pouvoir mettre en application des approches individuelles (c'est à dire semblable aux groupes de travail), ainsi qu'une clarification du rôle du RCSF.

D'autres suggestions pour améliorer le Programme étaient les suivantes :

- établir de nouveau un centre québécois, et créer un centre nordique ou autochtone et viser davantage les femmes autochtones et ethnoculturelles;
- viser davantage les conseils stratégiques (par exemple, des ateliers sur la politique) et impliquer les analystes des politiques et les décideurs dans le stade initial de la planification de recherche pour encourager un intérêt (et finalement l'utilisation) et pour optimiser la pertinence en matière de politique de la recherche;
- établir et communiquer des priorités nationales et fédérales claires et un programme de recherche national;
- exiger des centres, du RCSF et des groupes de travail l'utilisation d'un mécanisme de compte rendu des résultats normalisé;
- effectuer plus de recherche quantitative, liée à la recherche qualitative ou pour la consolider, afin d'améliorer la probabilité de mise en oeuvre de politiques;
- établir de meilleures relations avec les organisations et communautés provinciales; et
- utiliser des stratégies améliorées de diffusion des connaissances (par exemple, planifier un compendium annuel du RCSF, organiser davantage d'ateliers, viser des publics plus variés et adapter les messages pour chaque genre de public, utiliser les nouvelles technologies de l'information pour améliorer le rendement coût-investissement).

4. RÉPERCUSSIONS DU PROGRAMME

4.1 Développement des connaissances

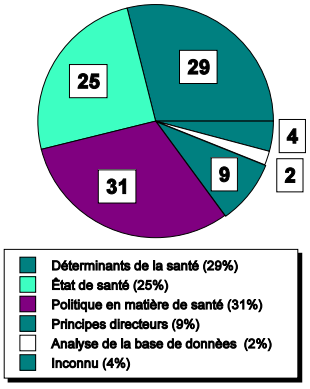
Les intervenants et les experts convenaient que le Programme a contribué à la création de nouvelles connaissances au sujet de la santé des femmes et a comblé un vide dans les connaissances actuelles à l'échelle régionale, nationale et internationale. À titre d'exemple, le PCSF a enrichi les connaissances sur les personnes soignantes, sur les soins à domicile, sur le VIH/SIDA, sur la grossesse, le maternage et l'abus d'alcool et d'autres drogues, sur la santé des groupes marginaux tels que les immigrantes et les réfugiées, sur les membres des Premières nations et sur les problèmes de santé des femmes en milieu rural ou éloigné. De plus, la majorité de bénéficiaires de financement qui ont participé à l'enquête étaient d'avis que les centres ont grandement influé sur le développement des connaissances crédibles et pertinentes qui comblent les lacunes sur ce que l'on connaît de la santé des femmes (73 pour cent) et que leur projet a contribué de façon bien précise à des connaissances nouvelles ou accrues sur la santé des femmes (59 pour cent). À l'appui des positions exprimées dans les entrevues et dans l'enquête, les rapports annuels et les sites Web des centres fournissent des listes détaillées des projets qui ont reçu des fonds du PCSF. Parmi les types de connaissances précises développées dans le cadre du Programme, on comptait des modèles et des cadres conceptuels, des publications qui détaillent les besoins des femmes en matière de santé dans différents contextes, des mémoires au sujet de la politique, des publications et des documents à Santé Canada.

L'examen récent de la base de données du projet[12] indiquait que les centres ont appuyé plus de 300 projets de recherche sur diverses questions liées à la santé des femmes. En utilisant des données provenant de la base de données de projets, le tableau 4.1 présente la répartition de la proportion de projets de recherche par thème pour l'ensemble des centres (à l'échelle du Canada). La majorité des projets financés (85 pour cent) appartiennent à un de trois thèmes : la politique en matière de santé (31 pour cent), les déterminants de la santé (29 pour cent) et l'état de santé (25 pour cent).

12 Anne Wright and Associates Inc. (2003). CEWHP Research Project Database Report: Program Inception – March 31, 2002. Rapport soumis au Programme de contribution pour la santé des femmes, Santé Canada.

Ces projets étaient aussi classés sous plusieurs domaines d'intérêt particulier pour que l'étendue de l'information produite puisse être mieux comprise. La proportion des projets selon les recherches est présentée dans le tableau 4.2. Comme le tableau précédent, ce graphique indique la proportion de toute la recherche menée dans l'ensemble, dans tous les centres combinés (à l'échelle du Canada). Les trois principaux domaines d'intérêt qui représentaient 36 pour cent de toute la recherche financée sont : la planification en matière d'égalité des sexes, l'équité entre les sexes et l'analyse comparative entre les sexes (15 pour cent), les communautés ethnoculturelles (11 pour cent), et la santé sexuelle et génésique (10 pour cent). La catégorie « tous les autres », qui représente 31 pour cent de la recherche financée, comprend divers domaines tels que le travail, les femmes âgées, les méthodologies de recherche, le VIH/SIDA, les femmes handicapées, les adolescentes ou les jeunes femmes, les produits toxiques pour l'environnement et les retombées écologiques, la protection sanitaire ainsi que la nouvelle génétique ou la biotechnologie. On les a réunis en une même catégorie puisque la proportion des projets dans ces domaines d'intérêt particulier étaient entre un et quatre pour cent.

TABLEAU 4.1
Projets de recherche par thème à l'échelle du Canada (dans l'ensemble)



n=337

Ekos Research Associates Inc.

Source: Anne Wright and Associates Inc. (2003). *CEWHP Research Project Database Report: Program Inception – March 31, 2002.* Rapport soumis au Programme de contribution pour la santé des femmes

TABLEAU 4.2
Importants domaines d'intérêt particulier à l'échelle du Canada (dans l'ensemble)

Ekos Research Associates Inc.

n=337

Source: Anne Wright and Associates Inc. (2003). *CEWHP Research Project Database Report: Program Inception – March 31, 2002.* Rapport soumis au Programme de contribution pour la santé des femmes

Bien qu'énormément de connaissances aient été mises au point, certains intervenants ont soutenu que l'information n'a pas toujours été accessible et qu'il y a eu des difficultés associées à l'incorporation de questions régionales à l'échelle nationale (par exemple, parce que certains problèmes régionaux ne semblent pas correspondre aux priorités fédérales et nationales). Ils ont identifié les groupes de travail comme l'élément qui a fourni l'information la plus utile. Tandis que certaines recherches effectuées par les centres manquaient de cohésivité (c'est-à-dire qu'il y a eu un manque dans les centres à entreprendre des recherches connexes qui pouvaient fournir un point de vue à l'échelle nationale sur un problème de santé des femmes), il y a eu peu de chevauchement. Les résultats des recherches effectuées par les centres ont été rendus accessibles par le biais de mises à jour du programme, de bulletins de recherche, du magazine *Réseau*, de dépliants ou de brochures et de sites Web. Les analystes des politiques croyaient que le mélange de chercheurs en milieu universitaire et au sein des collectivités était une « valeur ajoutée », et ils ont indiqué que le Programme a aidé à restructurer les questions à partir du point de vue des femmes.

4.2 Qualité de la recherche

Dans l'ensemble, les intervenants et les experts ont évalué les connaissances produites par le PCSF comme étant de qualité moyenne, bien qu'ils aient estimé que la qualité variait selon le projet. Par exemple, certains consommateurs de la recherche étaient d'avis qu'une étude occasionnelle manquait de crédibilité parce qu'il n'y avait eu qu'un petit nombre de sujets interrogés au cours de la recherche ou que l'on avait tiré des conclusions qui semblaient être influencées par une « partialité féministe *radicale* ». Ils ont aussi indiqué que l'on doit effectuer plus de recherches quantitatives[13] pour compléter et pour renforcer les résultats qualitatifs, bien qu'il faille se souvenir que les faibles niveaux de financement pour de nombreux projets (une moyenne d'environ 13 000 $ pour les projets financés entièrement par le PCSF et 58 000 $ pour les projets qui étaient financés aussi par des sources extérieures[14]) empêchent de mener des études quantitatives ou longitudinales d'envergure. Bien que certaines recherches aient été publiées (par exemple, les recherches sur le test de Papanicolaou dans les communautés ethniques et une étude sur l'utilisation de preuve médico-légale dans des cas de violence), on pense que l'absence d'analyse quantitative réduirait la probabilité de pouvoir publier les recherches dans une revue évaluée par les pairs. Selon les analystes, le fait de publier une recherche renforce sa crédibilité et son influence potentiel sur les politiques. De plus, les analystes ont observé que les répercussions de la recherche sur le plan des politiques ne sont pas toujours claires.

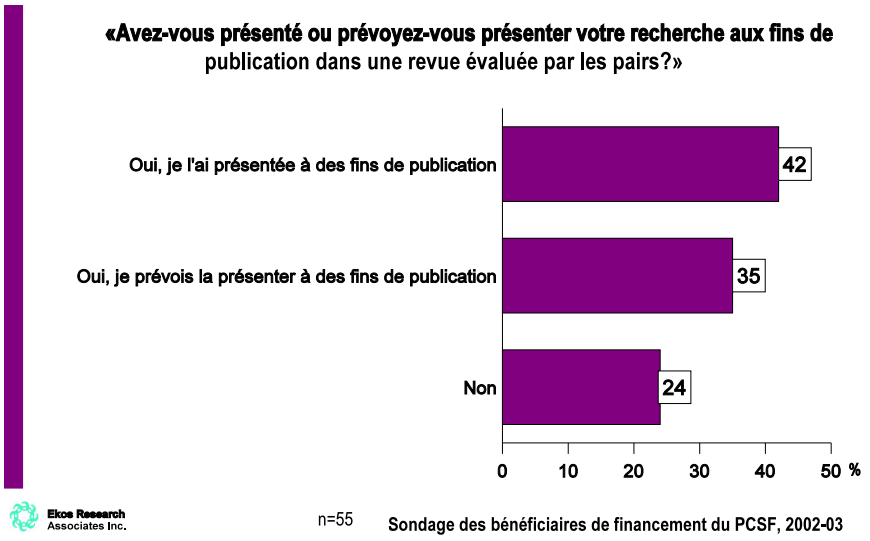
Les résultats du sondage ont fourni un point de vue un peu plus positif quant à la qualité de la recherche financée par les centres. Premièrement, selon la plupart des bénéficiaires de financement, leur projet a grandement contribué (54 pour cent) ou a relativement contribué (43 pour cent) à une plus grande qualité des données de recherche sur les questions de santé des femmes. Deuxièmement, la majorité a présenté (42 pour cent) ou prévoit présenter (35 pour cent) leur recherche financée à des fins de

13 En fait, les centres effectuent certaines recherches en utilisant des méthodes quantitatives et mixtes (bien que dans certains cas, ces recherches soient attribuables à des partenariats ou à du financement au-delà de ce qui est prévu par le PCSF). Toutefois, un bon nombre d'intervenants et d'experts estime que plus de recherches quantitatives aideraient à influer sur les politiques.

14 Anne Wright and Associates Inc. (2003). *CEWHP Research Project Database Report: Program Inception – March 31, 2002.* Rapport soumis au Programme de contribution pour la santé des femmes, Santé Canada.

publication à une revue évaluée par les pairs (voir le tableau 4.3). Au moment du sondage, la recherche de 21 des 57 bénéficiaires de financement était acceptée à des fins de publication dans une revue évaluée par les pairs.

TABLEAU 4.3
Publication de recherches financées



4.3 Diffusion des connaissances

Les intervenants et les experts ont observé que la diffusion des connaissances a été au moins assez efficace pour atteindre une diversité de publics cibles, contribuant ainsi à une compréhension et une prise de conscience accrues des questions de santé des femmes à l'échelle régionale, nationale et internationale. Les centres et le RCSF ont utilisé un grand nombre de méthodes et de médias pour diffuser leurs recherches, y compris des bulletins de recherche, un bulletin électronique, des sites Web, des serveurs de liste, des bulletins, des dépliants, des affiches, des présentations, des ateliers, des communiqués, des conférences et des réunions, des publications régionales et nationales, de la correspondance, des réponses et des dossiers de consultation. On a aussi envoyé de l'information à une grande diversité de groupes cibles, tels que des chercheurs en milieu universitaire, des analystes de politique gouvernementale et des décideurs, des organismes communautaires et des consommateurs de soins de santé et le public.

Toutefois, il y avait des divergences d'opinions sur le degré de succès des activités de diffusion menées par les différents éléments du PCSF, tel qu'elles sont indiquées ci-dessous :

- ***Les groupes de travail :*** La plupart des intervenants ainsi que de nombreux experts ont indiqué que l'on a efficacement diffusé les recherches des groupes de travail avec des répercussions claires sur le plan des politiques.

- ***Les Centres d'excellence :*** D'une part, de nombreux intervenants ont évalué les efforts de diffusion des centres, qui ont utilisé de multiples approches et divers médias à l'attention de nombreux publics cibles, comme étant plus qu'assez efficaces. De plus, ils étaient d'avis que les connaissances étaient traduites en information pertinente et utilisable et qu'elles contribuaient à une meilleure compréhension des problèmes de santé des femmes. D'autre part, d'autres intervenants et d'autres experts croyaient que la diffusion des recherches des centres a été un peu moins efficace à l'échelle fédérale et provinciale parce qu'il existe un besoin, par exemple, pour plus d'information dans des formats accessibles et dans un langage facile à lire pour que les femmes aux prises avec des difficultés physiques, visuelles et mentales puissent en bénéficier.

- ***Le RCSF :*** Certains intervenants étaient d'avis que la diffusion des connaissances du RCSF était seulement un peu efficace. Ils attribuaient cela à un manque de communications régulières entre le RCSF et les centres, des tensions entre les centres, et des malentendus de chercheurs en milieu universitaire sur la façon d'influer sur la politique due en partie à la mentalité de « publiez ou disparaissez ». Toutefois, selon d'autres intervenants et d'autres experts, la diffusion faite par le RCSF a été hautement efficace grâce à l'utilisation d'un assortiment de méthodes pour joindre une grande diversité de publics cibles.

Les données fournies par la documentation et par les entrevues indiquent que la pierre angulaire du mandat du RCSF a clairement été les activités de diffusion. Le Réseau travaille de concert avec les centres pour produire le bulletin de recherche de ces derniers, tous deux faisant partie du comité de planification. Ensuite, ils procèdent à la production (c'est-à-dire à la traduction, à la conception graphique et à l'impression) puis à la distribution (c'est-à-dire 12 000 exemplaires de chaque numéro, y compris l'établissement et le maintien d'une liste d'envoi de base formée de 5 000 bénéficiaires, le transport en vrac et l'exécution des commandes individuelles). La moitié du contenu de la publication du RCSF (*Réseau*) est consacrée à l'information provenant des centres et des groupes de travail. Le public cible de cette publication comprend non seulement d'autres chercheurs, mais aussi des intermédiaires de la santé, des décideurs et le public en général. Le site Web et le bulletin électronique du RCSF sont d'autres moyens importants de distribuer l'information. Ces derniers, tout comme la publication de *Réseau*, ont le double mandat de souligner le travail des centres et d'autres groupes. Le RCSF est responsable aussi de la création et du maintien des sites Web pour le PCESF et pour les deux groupes de travail. Le RCSF

a lancé un important programme national de relations avec les médias qui a eu comme résultat une couverture médiatique du travail des centres et des groupes de travail dans de nombreux médias locaux, régionaux et nationaux (par exemple, le Globe and Mail, le réseau de langue anglaise de Radio-Canada, le magazine Maclean's).

En ce qui concerne les projets financés par les Centres d'excellence, pratiquement tous les bénéficiaires de financement qui ont participé au sondage (93 pour cent) ont partagé les résultats de leurs recherches et la plupart croyait que leur façon de les communiquer était extrêmement (50 pour cent) ou relativement efficace (46 pour cent). Comme l'indique le tableau 4.4, les méthodes de diffusion les plus couramment utilisées étaient les conférences, les réunions ou les ateliers (94 pour cent), les bulletins et les brochures (67 pour cent) et les sites Web (62 pour cent). On a présenté les résultats des projets à de nombreux publics (voir le tableau 4.5), le plus souvent à des chercheurs en milieu universitaire (51 pour cent) ainsi qu'à des analystes des politiques et à des décideurs des gouvernements provinciaux et territoriaux (47 pour cent).

TABLEAU 4.4
Diffusion des résultats du projet : méthodes

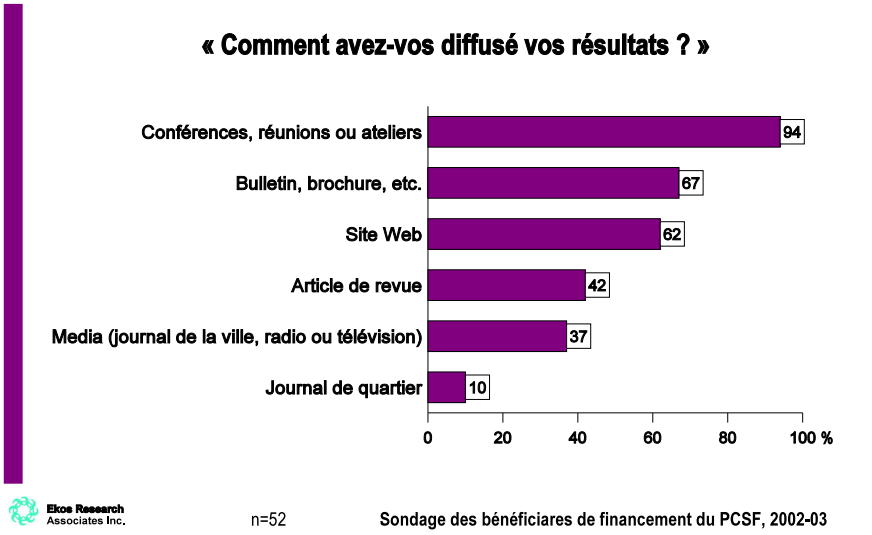
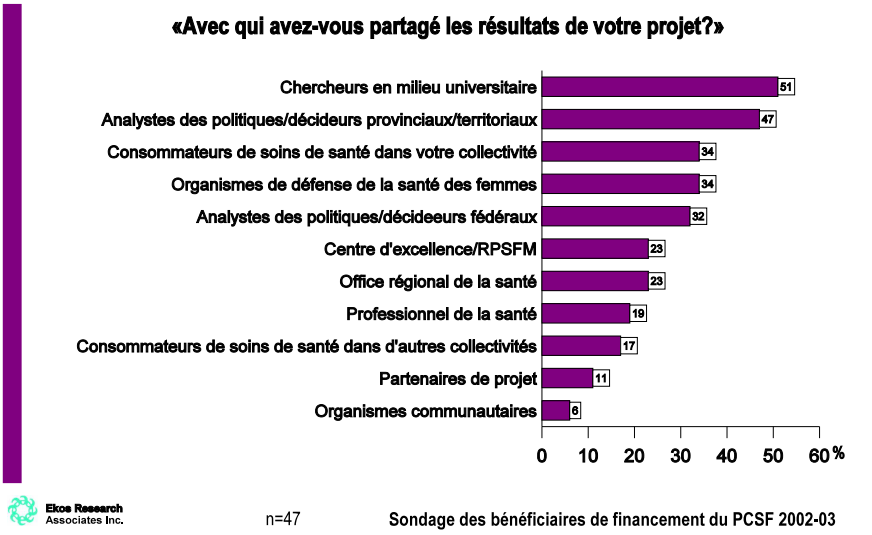


TABLEAU 4.5
Diffusion des résultats de la recherche: publics cibles



4.4 Utilisation des connaissances

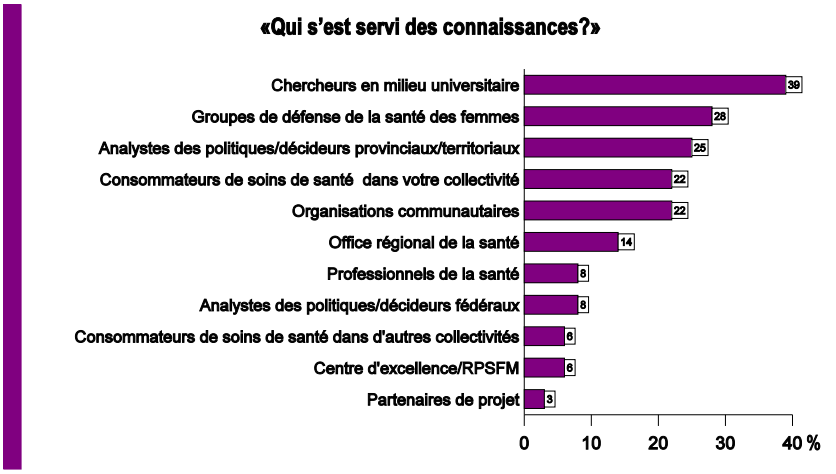
Les intervenants et les experts ont convenu en grande partie qu'un éventail de personnes, de gouvernements et d'autres organisations ont utilisé, dans une certaine mesure au moins, l'information produite par le PCSF. Parmi les utilisateurs, on pouvait compter des représentants de Santé Canada, des analystes des politiques, des autorités régionales de la santé, des organisations internationales telles que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM), des fournisseurs et des consommateurs de soins de santé, des groupes de défense des femmes et des ministères provinciaux de la Santé. L'information a servi à de nombreuses fins dont l'établissement d'un programme d'ateliers et de cursus universitaires[15] (par exemple, le Réseau juridique canadien VIH/SIDA), la planification, l'établissement d'objectifs, la formation, les changements de politique (par exemple, le *Saskatchewan Rural Health District* a mis en oeuvre des lignes directrices pour les femmes dans des situations de violence familiale qui recherchaient des services de santé mentale), des

15 Deux exemples de livres traitant de la recherche sur les politiques qui sont utilisés pour des cours dans des universités canadiennes sont : *Race, Ethnicity and Women's Health* (Amaratunga, editor, 2002) and *Striking to the Heart of the Matter* (Amaratunga and Gahagan, editors, 2002).

cours du niveau supérieur (par exemple, à l'Université d'Ottawa), des conférences, des débats télévisés (par exemple, l'émission *W5, Sexual Abuse of Patients*), des présentations (par exemple, à la Commission Romanow et au Comité sénatorial Kirby) et la sensibilisation. Les participants s'entendaient pour dire que l'information pouvait être plus susceptible d'inciter les décideurs à réfléchir aux questions de santé des femmes, de poser des questions pertinentes et de redistribuer l'information à leurs mandants et à leurs collègues plutôt que de changer les politiques.

Dans le même ordre d'idées, les résultats dévoilés par le sondage indiquent que différents utilisateurs se sont servis des connaissances acquises par les projets financés pour de multiples usages. Parmi les 35 bénéficiaires de financement qui pouvaient émettre des commentaires, la plupart indiquaient que l'information produite par leur projet a été très utilisée (31 pour cent) ou relativement utilisée (60 pour cent). Tel qu'il est indiqué dans le tableau 4.6, on peut constater que divers intervenants auraient utilisé les connaissances, en particulier, des chercheurs en milieu universitaire (39 pour cent), des organisations de défense de la santé des femmes (28 pour cent) et des analystes des politiques et des décideurs de gouvernements provinciaux et territoriaux (25 pour cent). Les bénéficiaires de financement estimaient que les connaissances étaient utilisées à des fins d'éducation, de recherche et de référence (66 pour cent), d'élaboration et d'analyse des politiques (31 pour cent) ou d'élaboration et d'analyse de programmes (19 pour cent).

TABLEAU 4.6
Utilisation des résultats du projet



Ekos Research Associates Inc.

n=36

Sondage des bénéficiaires de refinement du PCSF, 2002-2003

4.5 Influence des connaissances

Les intervenants et les experts étaient d'avis que les connaissances générées par le PCSF ont eu une influence de modérée à très grande sur un éventail de secteurs. Dans l'ensemble, les participants étaient plus susceptibles d'indiquer (sur une échelle d'évaluation en cinq points) que les connaissances ont influé, dans une grande mesure, sur l'accès à l'information des femmes et sur l'émancipation des consommateurs et des communautés, bien que beaucoup se soient demandé de quelle façon mesurer l'influence et ce que cela signifie réellement. De plus, ils estimaient que les centres ont eu une influence modérée sur l'élaboration et l'implantation de politiques[16], sur l'élaboration de programmes et sur la planification sanitaire à l'échelon régional et provincial, tandis que les groupes de travail et le RCSF ont influé dans une certaine mesure sur l'élaboration des programmes et des politiques à l'échelle fédérale. Les participants étaient moins certains de l'étendue de l'influence des différents éléments du PCSF sur les prestations de service dans les soins de santé ou sur les pratiques et les politiques d'autres organismes subventionnaires (par exemple, le CRSH).

Bien que la plupart des personnes interviewées qui pouvaient émettre des commentaires ne croyaient pas que les connaissances générées avaient beaucoup d'influence sur la façon dont les agences de recherche et les agences gouvernementales recueillent et rendent compte des informations sur les questions de santé des femmes, certains exemples où les connaissances générées ont eu cette influence comprenaient : la contribution du Centre de la Colombie-Britannique à l'établissement d'une clinique d'accès offrant des services de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus aux femmes handicapées au BC Women's Hospital; sa contribution au développement du projet de planification sanitaire pour les femmes de Vancouver et Richmond; son rôle comme collaborateur expert au dialogue du premier ministre sur la santé. De plus, le guide sur la planification sanitaire du Centre de la région des Prairies a été incorporé au processus d'évaluation de la santé communautaire pour les autorités régionales au Manitoba.

16 L'influence sur les politiques ou la mesure dans laquelle les connaissances de recherche sont utilisées à cette fin sont très difficiles à réaliser et à mesurer à cause de toutes sortes de facteurs qui sont au-delà des résultats des recherches (c'est à dire les facteurs politiques) peuvent avoir un effet sur l'élaboration des politiques. Le PCSF peut fournir des conseils stratégiques fondés sur ses recherches, mais l'utilisation de ces conseils afin d'élaborer de nouvelles politiques ou de changer les politiques existantes échappe, du moins dans une certaine mesure, au contrôle du Programme. Dans cette évaluation, on a tenté de mesurer l'influence sur les politiques en cherchant à connaître les opinions et les observations des réalisateurs et des consommateurs des recherches ainsi qu'en identifiant des exemples de changements effectués selon les recherches.

L'exemple de l'influence du Programme le plus souvent cité par les intervenants et les experts était la mise sur pied de l'Institut de la santé des femmes et des hommes de l'IRSC. Un comité formé d'employés ou de bénévoles des Centres d'excellence, du RCSF et des groupes de travail a créé cet institut. Selon les recherches des centres et leurs nombreuses expériences dans le domaine, ces membres ont recommandé que les questions de santé des femmes soient représentées à l'intérieur de l'IRSC. On a entrepris une importante activité de sensibilisation, de communication et de mise sur pied de coalition. Ceci démontre l'influence du PCSF sur l'élaboration des programmes et des politiques à l'échelle fédérale (bien que la suggestion faite par ce comité de créer, à partir de l'IRSC, un institut voué à la santé des femmes n'ait pas été mise en oeuvre).

Il existe plusieurs autres exemples de l'influence des centres sur un éventail de secteurs, y compris le syndrome d'alcoolisme foetal (SAF), les personnes soignantes et les soins à domicile, la violence familiale, le VIH/SIDA et les communautés ethnoculturelles. Ces exemples, dont on a présenté un bon nombre dans un numéro spécial du Bulletin de recherche qui soulignait l'influence des centres sur les politiques, comprennent les suivants :

- ***Le Centre d'excellence pour la santé des femmes - région de l'Atlantique :*** Le centre de la région de l'Atlantique a fondé des mécanismes tels que le Réseau des femmes noires, le forum sur la politique de santé et de bien-être des femmes et la chaire Elizabeth May en santé des femmes et l'environnement. À l'échelle provinciale et locale, le rapport du centre de la région de l'Atlantique, *Black Women's Health Research – Policy Implication*, a influé sur les services cliniques et sur le dépistage offert par le centre de santé IWK à Halifax (un hôpital de soins tertiaires pour les enfants et pour les femmes) à la communauté africaine de Preston, en Nouvelle-Écosse, qui est à la fois rurale et marginalisée. Le renforcement des capacités de projets de recherche stratégique du CESFA concernant la santé des femmes noires a aussi donné naissance à la *Health Association of African Canadians (HAAC)* [Association pour la santé des Canadiens Africains] et à la *Family Caregivers Association of Nova Scotia (FCANS)* [Association des soignants membres de la famille de la Nouvelle-Écosse], toutes deux étant des organismes à but non lucratif légalement constitués. Aussi, un groupe d'universitaires, de personnes soignantes et de décideurs mené par le Comité coordinateur des femmes et de la réforme en santé et organisé par le centre de la région de l'Atlantique, a rédigé la Déclaration de Charlottetown sur le droit aux soins de santé. Le document proposait des principes pour une stratégie nationale de soins à domicile équitables et efficaces. À l'échelle fédérale, les chercheurs de l'IRSC ont adopté le rapport du CESFA, *Guiding Principles of Community Consultation*, pour élaborer des lignes directrices de politiques et de programmes d'alliance communautaire. À l'échelle internationale, les rapports du centre de la région de l'Atlantique sur le VIH/SIDA ont contribué à influencer le débat international sur le VIH/SIDA chez les hommes et les femmes ainsi que la promotion et l'adoption de l'optique de l'équité entre

les sexes dans le travail sur les politiques du VIH/SIDA par des organismes tels que le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), l'Organisation internationale du Travail (OIT), UNIFEM, le secrétariat pour les pays du Commonwealth et l'OMS.

- ***Le Centre d'excellence pour la santé de femmes - région du Québec :*** Le CESAF et ses partenaires ont participé à des consultations publiques avec la Régie régionale de la santé de Montréal au sujet de la prestation des soins, pour finalement présenter une série de recommandations et de suggestions de mises en oeuvre. À ce jour, la régie de la santé a mis en place une de ces mesures – un programme de formation.

- ***Le RPSFM :*** Le réseau pancanadien a appliqué une approche environnementale à la santé des femmes et à la recherche en étudiant les milieux de travail et les systèmes de santé, l'hygiène de vie des femmes, les perceptions du risque, les stratégies de changement dans le secteur du commerce du sexe et du VIH/SIDA, les immigrantes et la santé génésique, l'itinérance, les femmes qui élèvent des enfants handicapés, les femmes avec des enfants atteints du cancer et le système des soins de santé. Parmi les exemples de l'influence du RPSFM, on peut noter : une analyse de la pauvreté et l'accès à la justice en tant que déterminants de la santé a généré des demandes d'information provenant du cabinet du premier ministre. Aussi, en appliquant les résultats de recherches du RPSFM, la directrice administrative a participé à un débat national sur le contrôle des armes à feu relié à la violence en tant que problème de santé, sensibilisant ainsi les téléspectateurs; elle a aussi utilisé l'information du RPSFM pour appuyer son rôle en tant que conférencière principale dans une émission d'information à portée nationale sur l'abus sexuel à l'égard des patients. De plus, une grande partie de l'information sur les recherches du RPSFM est utilisée dans le cadre des cursus universitaires.

- ***Le Centre d'excellence pour la santé des femmes - région des Prairies :*** Le Centre d'excellence de la région des Prairies a effectué une étude sur les expériences de violence familiale des femmes vivant dans les régions rurales. Cette étude a révélé de graves lacunes dans le système d'exécution de service. Elles ont entraîné d'importants changements de politique à l'échelle provinciale : de nouveaux protocoles de service dans les services de santé mentale, des demandes de financement remplies pour deux nouveaux services, le recrutement d'éducateurs du secteur public à partir du comité responsable de l'étude et une plus grande collaboration entre les organismes du comité. De plus, on a présenté un rapport du centre de la région des Prairies sur les conséquences des coupures gouvernementales sur la santé des agricultrices à l'ancien ministre de l'Agriculture de la Saskatchewan ainsi qu'au ministre actuel. En fin de compte, le rapport a eu un impact sur la décision de la *Saskatchewan Health* de mettre en oeuvre, en 2000, le projet sur le stress lié à l'agriculture. Un des auteurs de l'étude a été embauché pour le projet. Aussi, le service de santé du district de Saskatoon a mis en oeuvre de nombreuses recommandations tirées d'une étude du centre de la région des Prairies concernant le travail rémunéré des soins à domicile (par exemple, définir le rôle d'infirmière auxiliaire autorisée pour y exclure toute tâche d'aide de soins de santé à domicile)[17].

17 Williams, Allison et al (2002). *Modification des méthodes de travail: La rémunération des femmes prodiguant des soins à domicile à Saskatoon*. Bulletin de recherche des centres d'excellence pour la santé des femmes, vol 3 nº 1, pp. 15-17.

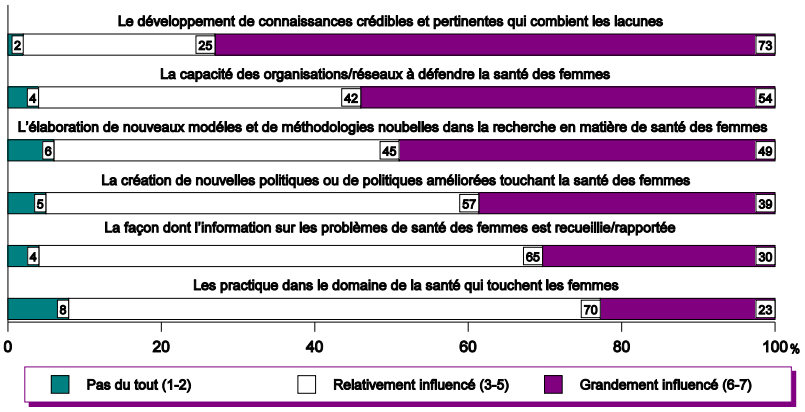
- ***Le Centre d'excellence - région de la Colombie-Britannique :*** Le centre de la région de la Colombie-Britannique a pris part à une série de projets sur la grossesse et le maternage chez les femmes qui consomment des intoxicants. Un projet a eu comme résultat la distribution de trousses d'information aux décideurs provinciaux. L'unité de stratégie sur les drogues de Santé Canada a axé ses discussions avec les prestataires de service sur un autre rapport produit par le Centre. Un autre projet a influé sur les politiques de plusieurs autres façons. À titre d'exemple, lorsque les membres du *British Columbia Children's Commission* ont émis des recommandations au gouvernement provincial sur la prévention du syndrome d'alcoolisme foetal (SAF), ils ont utilisé des résultats du Centre. Aussi, le Programme canadien de nutrition prénatale faisait la promotion des déterminants du projet, une approche de réduction des préjudices comme étant une meilleure pratique pour leurs programmes financés.

Les tableaux 4.7 et 4.8 présentent un résumé du point de vue des bénéficiaires de financement sur l'influence des centres et de leurs projets spécifiques. La plus grande impression de l'influence des centres (voir le tableau 4.7) était sur le développement des connaissances et sur le renforcement des capacités dans les organismes et dans les réseaux de défense de la santé des femmes (respectivement, 73 pour cent et 54 pour cent ont indiqué une grande influence), alors que le degré d'influence était perçu comme étant plus modeste quant à la cueillette d'information et le mode d'établissement de rapports et aux pratiques de soins de santé (respectivement, 30 pour cent et 23 pour cent). Ces points de vue sont compatibles avec les résultats mentionnés plus haut.

Dans les cas des projets financés (voir le tableau 4.8), on estime que la plus grande contribution est le développement des connaissances (59 pour cent ont indiqué une grande contribution) et la diffusion de connaissances pertinentes pour les décideurs à l'échelle provinciale ou territoriale et à l'échelle régional ou communautaire (respectivement, 58 pour cent et 56 pour cent). Par contre, les bénéficiaires de financement estimaient que leurs projets avaient contribué de façon plus modérée aux connaissances pertinentes sur le plan des politiques fédérales (39 pour cent), au développement de partenariats avec les collectivités (32 pour cent) et au renforcement des capacités communautaires (32 pour cent).

TABLEAU 4.7
Influence des centres

«Au meilleur de votre connaissance à quel point le Centre a-t-il au une influence positive sur...?»

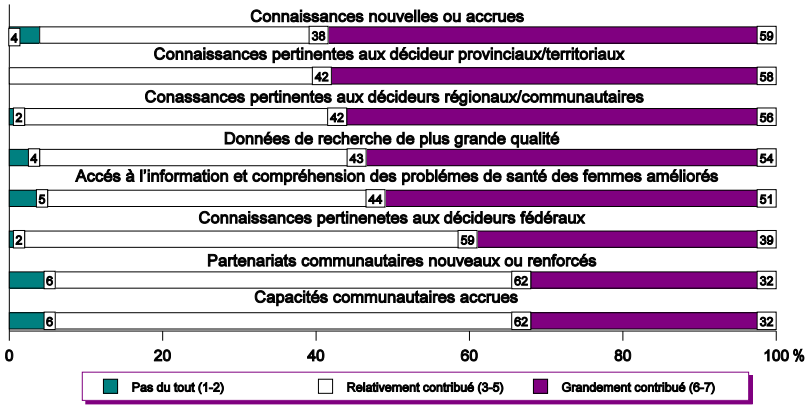


Ekos Research Associates Inc.

n=40-52 Sondage des bénéficiares de refinement du PCSF, 2002-03

TABLEAU 4.8
Contribution des projets financés

«En ce qui concerne votre projet plus précisément dans quelle mesure a-t-il contribué aux secteurs suivants?»



Ekos Research Associates Inc.

n=49-56 Sondage des bénéficiares de refinement du PCSF, 2002-03

4.6 Impacts différentiels et viabilité

Parmi les intervenants et les experts, le consensus général était que le financement du PCSF a permis le développement et l'exécution de recherches sur la santé des femmes qui n'auraient autrement jamais vu le jour, ce qui indique que le PCSF a eu un impact différentiel. Tels qu'il a été décrit dans la section 4.1, les principaux thèmes de cette étude ont été les politiques en matière de santé, les déterminants de la santé et l'état de santé. Certains exemples de l'influence et des impacts sur les politiques des recherches effectuées par les centres ont été cités dans la section précédente (section 4.5). Conformes aux résultats de l'entrevue, la très grande majorité des bénéficiaires de financement ayant participé aux entrevues (91 pour cent) ont indiqué qu'ils n'auraient *pas* été en mesure d'entreprendre leur projet sans le financement du Centre.

Dans le même ordre d'idées, les participants aux entrevues ont déclaré que les centres n'existeraient pas sans le financement du PCSF puisqu'il a fourni les fonds nécessaires pour l'administration, les salaires et d'autres coûts. Bien que les centres aient tenté d'assurer leur financement de base à partir d'autres sources (par exemple, en sensibilisant, en mettant sur pied des comités consultatifs sur la viabilité, en tentant d'obtenir le statut d'organisme sans but lucratif et en se rendant irremplaçable aux yeux de leurs établissements d'accueil), ils ont connu peu de succès de ce côté-là. Cependant, de 1996-1997 à 2000-2002, les centres ont attiré plus de 6,4 millions de $ en aide financière de l'extérieur pour aider à appuyer 109 des 337 projets de recherches entrepris au cours de cette période[18]. Le RCSF diffère des centres en ce sens que le financement du PCSF n'est qu'une de deux sources sur lesquelles elle compte, alors les participants ont soutenu que le Réseau serait en mesure de continuer sans le PCSF, même si c'était sans un programme de communications. Les groupes de travail ont aussi compté sur le PCSF, puisque le financement du programme leur a permis de pousser leurs recherches même si un des groupes a aussi travaillé avec une subvention du CRSH.

Les résultats obtenus lors de l'examen de la documentation appuyaient en général la perception qu'avaient des participants, à savoir que le PCSF a permis aux centres de développer et d'effectuer la recherche sur la santé des femmes. Bien qu'un échéancier décrivant le progrès n'ait pu être trouvé que dans les documents du RPSFM, tous les Centres d'excellence ont montré des signes d'évolution dans leur exécution. À titre d'exemple, un examen des plans de travail et des rapports du CESFCB a révélé des

18 Anne Wright and Associates Inc. (2003). CEWHP Research Project Database Report: Program Inception – March 31, 2002. Rapport soumis au Programme de contribution pour la santé des femmes, Santé Canada.

avancements en ce qui a trait à l'exécution du programme depuis sa création, tels que l'information et la base de données en matière de santé et les groupes de discussions sur un sujet commun. Le CESFCB a aussi fait de grands progrès pour atteindre l'objectif d'établir la viabilité, particulièrement au Secrétariat du Nord. Le CESFA est allé au-delà de son déterminant initial de la santé qui mettait l'accent sur le revenu (pauvreté) et a accepté un cadre de recherche qui traite de l'action réciproque parmi les déterminants de la santé. Le CESFA a aussi ajouté plusieurs éléments culturels à son programme. Le RPSFM a pris des mesures en réponse aux recommandations de la révision de mi-programme des centres de 1999-2000, telles que de renforcer leur orientation en matière de politique de manière à traduire et à diffuser les résultats des recherches pour influer sur les politiques. Au CESFP, l'accent a été mis sur des approches de recherche innovatrices, y compris la promotion de partenariats entre les représentants et les chercheurs au sein de la communauté, dans les universités et dans d'autres institutions; le développement de liens étroits avec les décideurs; et la promotion de l'implication communautaire dans les études telle que la recherche active participative (RAP).

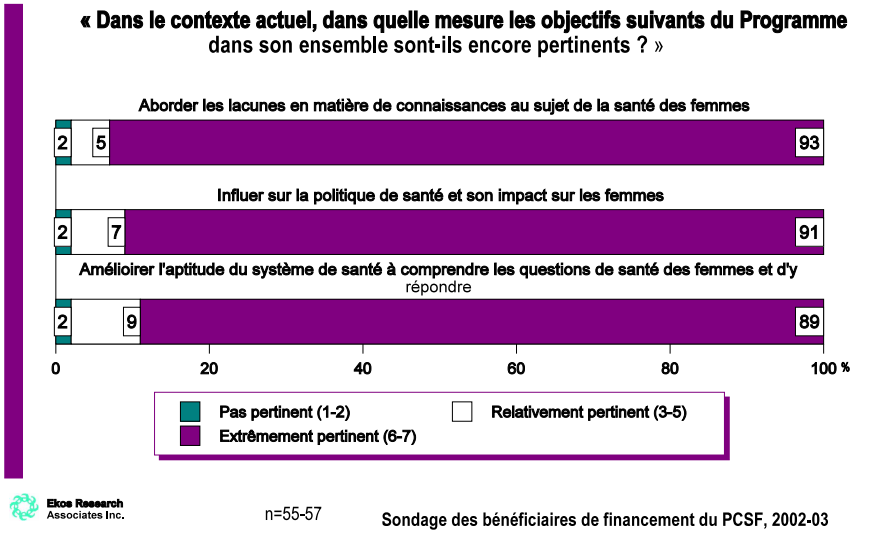
Donnant suite à la révision de mi-programme, le RCSF a entrepris un examen des communications, du site Web et de la base de données et a mis en oeuvre les recommandations proposées. Ceci a conduit à un programme d'intensification des relations avec les médias comprenant une approche de « salle de guerre » et un plus grand nombre d'écrits dans divers médias populaires (c'est-à-dire des articles, des communiqués et des éditoriaux). Aussi, le RCSF a coordonné le développement de matériel promotionnel des Centres d'excellence, y compris le logo, le dépliant, l'en-tête et d'autres matériels; un site Web pour le programme; une version en ligne d'une liste maîtresse des rapports produits par le programme qui sont disponibles en format PDF; et une nouvelle base de données gérée avec un thésaurus bilingue en ligne.

5. PERTINENCE SOUTENUE

5.1 Pertinence du mandat et des objectifs du Programme

Les objectifs initiaux du PCSF étaient d'améliorer la compréhension et la réceptivité du système de santé en ce qui a trait aux questions de santé des femmes; de traiter des lacunes en matière de connaissances au sujet de la santé des femmes; et d'influer sur la politique et son impact sur les femmes. Les intervenants et les experts ont tous convenu que le mandat et les objectifs du Programme, ainsi que les domaines d'activité mandatés pour les centres, demeurent très pertinents. De façon similaire, la grande majorité des bénéficiaires de financement (entre 89 et 93 pour cent) étaient d'avis que les trois objectifs initiaux demeurent très pertinents dans le contexte d'aujourd'hui (voir le tableau 5.1). En remplissant leurs mandats, les centres ont travaillé surtout pour générer des informations et des connaissances, et depuis quelques années, ils mettent davantage l'accent sur les communications, le réseautage et la politique. Le RCSF a établi une présence bilingue nationale pour la santé des femmes au Canada, ainsi que des liens avec les médias. Bien que la majorité des groupes participants n'aient pas suggéré de changements au mandat et aux objectifs, les fonctionnaires de SC ont recommandé que l'on mette davantage l'accent sur un programme fondamental de recherche national axé sur la mise en oeuvre des politiques. À cet effet, les analystes des politiques du BSF ont fait la recommandation d'incorporer des relations plus solides avec les priorités fédérales en matière de politique, pour que toutes les questions examinées par le Programme soient liées aux priorités de SC, ainsi que davantage d'analyses quantitatives.

TABLEAU 5.1
Pertinence des objectifs du Programme



À partir de la documentation et de la littérature, nous avons obtenu des données additionnelles qui appuient la pertinence du mandat et des objectifs du PCSF. Par exemple, la littérature indique que les femmes ne sont pas représentées adéquatement lors de l'élaboration des politiques sur les soins de santé. Non seulement les femmes sont sous-représentées aux ministères de la Santé, mais aussi, et peut-être même surtout, les questions des différences entre les sexes auraient été négligées dans le processus d'élaboration des politiques. La réforme des soins de santé, surtout la privatisation, est une question qui pèse énormément dans l'esprit des Canadiens et des Canadiennes. Le PCSF a aidé à financer la production du livre intitulé, *Exposing Privatization: Women and Health Care Reform in Canada*[19] [*La privatisation dévoilée au grand jour, les femmes et la réforme de la santé au Canada*] qui démontrait l'importance de comprendre les répercussions potentielles de la privatisation des soins de santé sur les femmes.

19 Armstrong, Pat, Amaratunga, Carol et al (eds) (2002). *Exposing Privatization: Women and Health Care Reform in Canada*. Aurora, Ontario: Garamond Press.

Une autre lacune clé en ce qui a trait aux connaissances et aux politiques qu'il faudrait aborder est la question de la santé des femmes autochtones[20]. Une revue des initiatives des Centres d'excellence ainsi que du compte rendu du National Workshop on Aboriginal Women's Health Research (NWAWHR)[Atelier national sur la recherche en matière de santé des femmes autochtones] a révélé cinq thèmes principaux : l'état de santé des femmes autochtones, ce qui implique des questions aussi diverses que l'obésité et le diabète, l'utilisation du tabac, la dépression, le VIH et la SIDA; la violence et les abus sexuels; le racisme en tant que déterminant de la santé; l'abus d'alcool et d'autres substances et la santé maternelle; des comportements favorisant la santé ou l'interaction des femmes des Premières Nations avec le système de soins de santé et l'accès aux services.

D'autres lacunes relatives aux politiques et aux connaissances, telles qu'elles sont décrites dans la recherche financée par le PCSF comprennent :

- ***les femmes en milieu rural,*** dans plusieurs contextes tels que l'accès aux services, la violence familiale, et les prestations d'aide informelle;
- ***les femmes marginalisées,*** telles que les femmes immigrantes et ethniques (c'est à dire le besoin de services culturellement sensibles), les lesbiennes et les femmes handicapées (c'est à dire que ces deux groupes sentent que leur statut éclipse tous les autres aspects de leur santé, et la possibilité que les femmes vivent leur handicap différemment des hommes semble être une question de recherche négligée[21]);
- ***les femmes vivant dans la pauvreté,*** dans le contexte d'accès aux services comme le logement et les soins médicaux de suivi, ainsi que le comportement favorisant la santé;
- ***les personnes soignantes,*** notamment les personnes soignantes non rémunérées, vu le manque de politique et de soutien;
- ***la biotechnologie et la biomédicine,*** par exemple, les risques associés au génie génétique et à la chimio-prévention telle que le tamoxifène (le fait que le Groupe de travail sur les femmes, la santé et la nouvelle génétique n'est plus financé signifie l'existence d'une lacune additionnelle); et
- ***la santé environnementale***, dans un contexte écologique, n'a pas reçu assez d'attention en ce qui a trait à la recherche.

20 Stout, Madeleine Dion et al (2001). *Santé des femmes autochtones : projet de synthèse des recherches.* Centres d'excellence pour la santé des femmes, En ligne : http://www.cewh-cesf.ca/fr/ressources/synthese/synthesis-fr.pdf

21 Voir Morrow, Marina (2001). *Les femmes handicapées d'âge mûr et leurs besoins en matière de santé.* Bulletin de recherche des Centres d'excellence pour la santé des femmes; et Anderson, Lynda et al (2001). *Livrées à elles-mêmes : la santé des lesbiennes dans le nord de la Colombie-Britannique.* Bulletin de recherche des Centres d'excellence pour la santé des femmes; 2(2).

La littérature qui couvre la recherche sur les différences entre les sexes relatives à la santé[22] appuie aussi la raison d'être du PCSF. Depuis quelques années, on reconnaît que le sexe de la personne a un impact tangible sur la santé. Les différences entre les sexes se reflètent dans de nombreuses questions de santé que l'on peut observer clairement dans les tendances en ce qui a trait au mauvais état de santé, à la maladie et à la mortalité. Ces différences peuvent influer aussi sur certaines maladies et sur la façon dont on vit ces dernières. Certains facteurs de risque, tel que l'usage du tabac, ont aussi un impact plus grave sur les femmes que sur les hommes[23]. Finalement, les différences entre les sexes interagissent avec divers déterminants sociaux, culturels, économiques et d'hygiène personnelle (c'est à dire la pauvreté, des origines ethnoculturelles différentes, le statut d'immigrant ou de réfugié, les handicaps et l'orientation sexuelle).

Relié aux lacunes en ce qui a trait aux connaissances et aux politiques dans le domaine de la santé des femmes est le degré auquel le système de santé se doit de mieux comprendre les besoins des femmes[24] et d'y répondre. Le sexe de la personne a un impact sur ses relations avec le système de soins de santé de plusieurs façons, dont un centre d'intérêt étroit, une tendance à soigner les femmes de la même façon que les hommes et un manque d'encouragement pour que les femmes participent aux décisions concernant leurs soins de santé et leur traitement. Les recherches ont suggéré que les femmes ne reçoivent pas la même qualité de soins dans les hôpitaux [25, 26], et que les divers groupes de femmes ont des besoins différents que le système de soins de santé ne rencontre pas entièrement[27].

---

22 Santé Canada (mars 1999). Stratégie pour la santé des femmes.

23 Santé Canada (2002). *Fiche de renseignements : Les femmes et le tabac.* http://www.hc-sc.gc.ca/francais/femmes/faits/faits_tabac.htm

24 Greaves, Lorraine et al (2000). CIHR 2000: *Sex, Gender and Women's Santé.* Instituts de recherche en santé du Canada.

25 Lindgren, April (2003). *Study Says Women Get Poorer Hospital Treatment.* The Ottawa Citizen, January 10, 2003, pp. A1-A2., et *Hospital Report 2002: Acute Care.* Rapport préparé pour l'Association des hôpitaux de l'Ontario et le Gouvernement de l'Ontario par l'Institut canadien d'information sur la santé et la Hospital Report Research Collaborative.

26 Vittinghoff, Eric et al (2003). *Risk Factors and Secondary Prevention in Women with Heart Disease: the Heart and Estrogen/progestin Replacement Study*. Annals of Internal Medicine; 138(2): 81-89. Résumé disponible en ligne en anglais seulement : http://www.annals.org/issues/v138n2/abs/200301210-00007.html

27 Bottorff, Joan L. et al (2001). *An Exploration of Women-Centred Care in the Context of Cervical Cancer Screening in Ethnocultural Groups.* Bulletin de recherche des Centres d'excellence pour la santé des femmes;1(2): 8-9.

5.2 Changements au contexte de recherche et de politique sur la santé des femmes

Les participants aux entrevues convenaient qu'il y a eu des changements dans le contexte de recherche et de politique sur la santé des femmes depuis la création du Programme. La création de l'Institut de la santé des femmes et des hommes du IRSC était en tête de liste des changements, et tel qu'il a été mentionné plus haut, les intervenants et les experts étaient d'accord pour dire que le Programme avait influé directement sur ce changement. D'autres changements positifs au contexte comprenaient : un souci intensifié de la santé des femmes dans les secteurs public et privé; une distinction entre la santé des femmes et des hommes; une crédibilité accrue de la recherche sur la santé des femmes; un plus grand intérêt dans l'analyse comparative entre les sexes et son utilisation au sein des ministères gouvernementaux, ainsi qu'une reconnaissance du sexe comme déterminant de la santé; des liens entre les communautés de recherche et de politique; et un intérêt accru dans la santé des femmes tel que manifesté par la création de la Stratégie pour la santé des femmes du gouvernement fédéral ainsi qu'un intérêt de la part du ministère de la Santé.

Les experts ont mentionné aussi des changements négatifs, dont :

- l'érosion accélérée de l'environnement (c'est à dire que le Programme est encore plus essentiel maintenant que jamais);
- une baisse de vigilance concernant la santé des femmes (c'est à dire, la perception erronée que les questions ont déjà été abordées); et
- des réductions des niveaux de financement accompagnées d'exigences administratives additionnelles (on y rattache davantage de conditions).

5.3 Complémentarité avec d'autres programmes ou agences

Les intervenants et les experts ont identifié plusieurs organisations qui partagent dans une certaine mesure le domaine d'intérêt du PCSF, c'est à dire la santé des femmes, y compris l'Institut de la santé des femmes et des hommes du IRSC, Développement des ressources humaines Canada (DRHC), Condition féminine Canada, l'Agence canadienne de développement international (ACDI), l'organisation

national de la santé des Autochtones, le Conseil sur la santé des femmes de l'Ontario, d'autres bureaux et secrétariats provinciaux pour la santé des femmes, des universités partout au Canada, et des cliniques locales pour la santé des femmes. Toutefois, les groupes participants ont convenu en grande partie que le PCSF ne chevauche pas la recherche effectuée par d'autres programmes ou agences. Le PCSF était considéré plutôt comme un complément à ces autres programmes. De façon similaire, pendant le sondage, tous les bénéficiaires de financement (100 pour cent) étaient d'avis que le Programme complète les autres programmes et agences au moins dans une certaine mesure et très peu d'entre eux (3 pour cent) percevaient le PCSF comme étant un duplicata exact d'autres initiatives.

Selon les intervenants et les experts, ce qui distingue le PCSF des autres programmes est son centre d'intérêt spécifique qui est la santé des femmes dans la communauté, tandis que les autres programmes et agences ont tendance à être axés sur la communauté ou sur la santé mais pas spécifiquement sur la recherche au sujet de la santé des femmes pertinente sur le plan des politiques et qui incorpore une perspective communautaire. De plus, contrairement aux autres programmes, le PCSF a incorporé l'élaboration des politiques, a mis en application l'analyse comparative entre les sexes, a établi un vaste élément de réseautage pour partager les informations avec les autres programmes, et s'est basé sur la recherche qualitative pour explorer les expériences personnelles des femmes. Ainsi, les participants aux entrevues et au sondage soutenaient que le PCSF est encore essentiel et que son rôle est critique à l'avancement et à la compréhension de la santé des femmes. Par contre, certains participants recommandaient davantage de recherche sur la santé des femmes francophones et autochtones, ainsi que sur la santé de toutes les femmes vivant en région rurale, éloignée et nordique du pays.

Les résultats de l'examen de la littérature sur d'autres programmes et agences étaient compatibles avec les résultats des entrevues et du sondage. La revue indiquait qu'il y a plusieurs programmes ou agences et politiques fédéraux, provinciaux et territoriaux intéressés à la santé des femmes d'une façon ou d'une autre, même si le montant de ressources investi pour les questions de santé des femmes semble varier d'une province à l'autre. Certains exemples (en plus de ceux mentionnés ci-dessus) comprennent : l'Initiative canadienne sur le cancer du sein; le Programme canadien de nutrition prénatale; le Réseau pour la prévention du cancer du col de l'utérus; le British Columbia Office of the Special Advisor for Women and Seniors Health [Bureau du conseiller spécial pour la santé des femmes et des aînés de la

Colombie-Britannique]; la Stratégie pour la santé des femmes du Manitoba; le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (une organisation non gouvernementale); le Conseil consultatif sur la condition des femmes au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle Écosse. Même s'il semblerait que plusieurs de ces organisations pourraient compléter les activités du PCSF (les organisations provinciales pour la santé des femmes pourraient, par exemple, servir de public cible pour la recherche effectuée par le Programme axée sur la politique), il ne semble pas y avoir de risque de chevauchement. Notamment, peu de ces autres programmes, agences ou politiques mettent l'accent sur une approche fondée sur les déterminants sociaux de la santé ou visent à travailler activement avec les groupes communautaires au niveau local. Plusieurs d'entre eux n'ont pas les activités de recherche comme centre d'intérêt principal, et la plupart de ceux qui sont axés sur la recherche s'intéressent plus aux méthodes cliniques.

5.4 Connaissances pertinentes sur le plan des politiques générées par le Programme

La majorité des intervenants et des experts convenaient que le Programme a généré des connaissances pertinentes sur le plan des politiques, particulièrement à l'échelle provinciale et régionale (par exemple, les gouvernements provinciaux et municipaux ont cité ou ont utilisé la recherche effectuée par les centres sur le syndrome d'alcoolisme foetal, les soins à domicile et la violence familiale), et a eu une certaine influence à l'échelle internationale (par exemple, le projet FUSION, des questions de VIH et SIDA). La plupart des participants étaient aussi d'accord pour dire que les centres avaient eu plus d'impact à l'échelle fédérale (par exemple, les répercussions sur les questions de politique relatives au syndrome d'alcoolisme foetal, aux soins à domicile et à la privatisation des soins de santé), tandis que les groupes de travail ont eu un impact grâce à leurs présentations aux commissions Romanow et Kirby. De façon similaire, dans le cadre du sondage, les bénéficiaires de financement ont indiqué que leur projet avait contribué à développer des connaissances qui sont pertinentes pour les responsables des politiques à tous les niveaux, notamment, à l'échelle provinciale ou territoriale et régionale ou communautaire (respectivement, 58 pour cent et 56 pour cent indiquait que leurs projets ont grandement contribué), mais aussi à l'échelle fédérale (39 pour cent).

Par contre, tel qu'il a été mentionné plus haut, la pertinence relative à la politique de la recherche financée par le PCSF est peut-être restreinte par le manque de recherche quantitative (plutôt que qualitative). De plus, selon les analystes des politiques, les implications relatives à la politique de la recherche diffusée dans les bulletins de recherche et par d'autres moyens ne sont pas toujours aussi claires qu'elles pourraient l'être. C'est peut-être en partie dû au fait que les chercheurs universitaires dans les centres régionaux n'ont pas une aussi bonne compréhension du processus de politique fédérale qu'ont les groupes de travail et le RCSF, qui ont un lien plus direct avec le BSF. Cela démontre que l'on doit informer les centres au sujet des priorités fédérales relatives à la politique et des besoins des responsables des politiques en matière d'information pour que la pertinence sur le plan des politiques et les implications de la recherche effectuée par le centre soient spécifiées plus clairement lorsque les informations sont diffusées à la communauté politique.

Selon les intervenants et les experts, les questions de politique qui pourraient justifier une plus grande attention de la part du PCSF et qui pourraient avoir un plus grand impact sur le plan des politiques à l'échelle fédérale comprennent : la promotion de la santé; les prestations de soins de santé primaires, les variations des prix et de l'usage des médicaments sur ordonnance, les soins complémentaires ou alternatives, la planification sanitaire, la santé au travail et l'hygiène de l'environnement, les questions de santé publique telles que la contamination de l'eau, les questions de biomédecine (par exemple, l'endocrinologie), le logement, les soins des enfants, et les différences entre les sexes dans la prévention et la gestion des maladies chroniques.

Conforme aux résultats des entrevues et du sondage, la revue de la documentation révélait que le Programme a bien généré des connaissances pertinentes sur le plan des politiques. Par exemple, le bulletin de recherche des Centres d'excellence pour la santé des femmes, la revue trimestrielle publiée par les Centres d'excellence, a présenté des sommaires des projets de recherche récents financés par les centres. Plusieurs de ces articles sommaires traitaient d'implications politiques et de recommandations, qui variaient beaucoup en ce qui a trait à leur portée, leur spécificité et leur niveau de politique. Certains articles, tels que la discussion du CESAF sur les femmes immigrantes et le système de soins de santé[28], ne faisait que mentionner les bénéfices que la recherche fourniraient aux responsables des politiques, les

28 Le Centre d'Excellence pour la Santé des Femmes (2000). *Expériences des immigrantes et des réfugiées avec le réseau québécois de la santé.* Bulletin de recherche des Centres d'excellence pour la santé des femmes; 1(1): 16-17.

planificateurs et les fournisseurs de soins de santé. D'autres articles faisaient des recommandations spécifiques, que ce soit de suggérer que les parties intéressées soient consultées pendant le processus d'élaboration de politiques[29], ou que des suggestions détaillées soient faites concernant les organismes de réglementation[30]. Des exemples spécifiques de l'influence sur la politique de la recherche effectuée par les centres sont détaillés dans la section 4.5.

5.5 Positionnement stratégique du Programme

Les intervenants et les experts ont offert les suggestions suivantes sur la façon dont le PCSF pourrait se positionner stratégiquement pour optimiser sa pertinence dans le contexte actuel de la recherche et de politique sur la santé des femmes :

- augmenter la visibilité du BSF et du Programme chez Santé Canada, par exemple, en mettant l'accent sur les relations communautaires et le centre d'intérêt unique qui est la santé des femmes, et en impliquant des « champions » dans le département tels que les sous-ministres adjoints (par exemple, en les invitant aux présentations et aux réunions clés);
- augmenter les communications et la collaboration entre le BSF et les bureaux régionaux de SC; entre le gouvernement fédéral et les chercheurs et les universitaires; entre le BSF, les centres et le RCSF; entre les centres; et avec le public;
- incorporer la recherche et l'analyse quantitatives lorsque c'est approprié afin d'améliorer la crédibilité et la pertinence en matière de politique de la recherche effectuée par les centres;
- utiliser des méthodes accessibles de diffusion des connaissances (par exemple, une source unique qui permettrait l'accès aux feuillets d'information, aux bulletins et aux bases de données);
- adapter les communications et la diffusion des connaissances pour que le message s'applique au public cible (par exemple, les responsables des politiques versus les fournisseurs de soins de santé versus le grand public ou consommateurs);
- renforcer le domaine d'intérêt et la visibilité du Programme à l'échelle nationale en articulant un programme de recherche national et des domaines prioritaires nationaux connexes pour la recherche pertinente sur le plan des politiques, et possiblement en convoquant un comité consultatif national pour le PCSF; et

29 Voir par exemple, Bottorff, Joan L. et al (2001). *L'examen des soins axés sur la femme dans le contexte du dépistage du cancer du col de l'utérus chez Les groups ethnoculturels*. Bulletin de recherche des Centres d'excellence pour la santé des femmes; 1(2): 8-9.

30 Voir par example, de Batt, Sharon (2001). *Sant pulque et la chimio-prévention*. Bulletin de recherche des Centres d'excellence pour la santé des femmes; 2(2): 9-12.

- inclure de la recherche sur la santé des groupes marginalisés (par exemple, les femmes francophones, autochtones, vivant en région rurale, éloignée et nordique, et les femmes immigrantes ou appartenant à une minorité visible).

6. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

6.1 Opérations et élaboration du Programme

Le modèle d'exécution décentralisé et mixte actuel du PCSF est adéquat pour appuyer l'élaboration et l'utilisation des connaissances pertinentes sur le plan des politiques. Par contre, les résultats suggèrent qu'il serait nécessaire de se concentrer davantage sur les priorités nationales.

L'efficacité des communications et des relations entre chacun des éléments du PCSF varie, tel que l'indiquent les résultats des entrevues avec les intervenants et les experts et de la revue de la documentation. On a cité comme facteurs ayant un impact négatif sur les relations, le roulement du personnel au BSF, le partage insuffisant des informations et un manque de clarté des rôles. Malgré ces défis, les centres ont collaboré ensemble, récemment surtout, et plus qu'au début du Programme.

L'approche inclusive et multisectorielle du PCSF était perçue comme étant son meilleur atout, suivi de son centre d'intérêt sur les questions régionales et nationales. Les partenariats avec diverses organisations et institutions dans un éventail de secteurs, tel qu'il est documenté dans les rapports, les entrevues et sur les sites Web, ont fourni plusieurs ressources, y compris des contributions en nature, de l'expertise, des conseils et des contributions financières.

Le manque de financement pluriannuel a été identifié comme étant la plus grande faiblesse du PCSF et comme le facteur qui présente le plus grand défi pour les centres en ce qui concerne le recrutement et le maintien en poste du personnel, les coûts d'administration, l'étendue et la portée de la recherche, et la possibilité de planifier à long terme.

6.2 Répercussions du Programme

Les résultats des entrevues, du sondage et de l'examen de la documentation confirment que le PCSF a contribué à l'enrichissement des connaissances concernant la santé des femmes à l'échelle régionale, nationale et internationale. Les centres ont appuyé à eux seuls plus de 300 projets de recherche liés aux questions de santé des femmes, dont la plupart ciblaient les politiques sur la santé, les déterminants de la santé, et l'état de santé. Les sujets les plus courants ont été la planification, l'équité et l'analyse relatifs aux différences entre les sexes; les communautés ethnoculturelles; et la recherche sur la santé génésique.

Les intervenants et les experts ont classé les connaissances générées par le PCSF comme étant de qualité moyenne. Appui additionnel de la qualité de la recherche, 21 des 57 bénéficiaires de financement participant au sondage (ou 37 pour cent) ont indiqué que leur recherche avait été acceptée pour publication dans une revue évaluée par les pairs. Certains intervenants ont suggéré que la qualité et l'influence de la recherche sur le plan des politiques pourraient être améliorées par l'incorporation de plus de recherche et d'analyse quantitatives et par l'inclusion d'implications claires en matière de politique avec chaque document de recherche.

Par contre, on reconnaît de plus en plus que les méthodes quantitatives ne s'appliquent pas en toute circonstance. Cela provient surtout du besoin de comprendre la façon dont les expériences en matière de santé des gens sont influencées par leur situation sociale, culturelle, et économique. Bref, les méthodologies qualitatives combinent les méthodes d'interprétation qui peuvent fournir un point de vue différent sur la santé et les soins de santé, ainsi qu'une meilleure compréhension des résultats cliniques. Une approche qualitative est particulièrement importante dans le contexte du PCSF parce qu'elle est bien adaptée pour générer des résultats de recherche pour les populations marginalisées, elle est compatible avec l'orientation action sociale, et elle permet aux participants de développer leur sentiment d'appartenance à l'égard de la recherche.[31] Les résultats générés par les études quantitatives, lorsqu'ils sont combinés avec les résultats qualitatives, permettent aux chercheurs d'intégrer les chiffres aux récits derrière ces chiffres, éclairant ainsi les relations sociales de la santé et des soins de santé.

31 Grant, K.R. (2002). *Why Women's Health? Issues and Challenges for Women's Health Research in Canada in the 21st Century: A Position Paper.* Preparé pour le Bureau pour la Santé des femmes, Santé Canada.

Les résultats des entrevues, du sondage et de l'examen de la documentation ont indiqué que les centres, les projets financés, les groupes de travail et le RCSF ont utilisé divers méthodes et médias pour diffuser la recherche vers les différents publics. Les analystes des politiques et les décideurs à l'échelle fédérale et provinciale ont trouvé les méthodes seulement relativement efficaces parce qu'ils n'ont pas toujours reçu toutes les informations pertinentes générées par les centres.

Tous les groupes participants ont indiqué que les informations générées par le Programme ont été utilisées dans une certaine mesure par divers individus, gouvernements et organisations (par exemple, pour l'élaboration des programmes d'atelier, la planification, l'établissement d'objectifs, la formation, les changements de politique, les cours du niveau supérieur, les conférences, les débats télévisés, les présentations et les campagnes de sensibilisation). L'information était plus susceptible d'inciter les décideurs à réfléchir aux questions de santé des femmes, de poser des questions pertinentes et de redistribuer l'information à leurs mandants et à leurs collègues plutôt que de changer les politiques. De plus, les résultats des entrevues et du sondage indiquaient que les connaissances ont eu le plus d'influence sur l'accès aux informations pour les femmes et sur l'émancipation des communautés et des consommateurs, et une influence plus modérée sur l'élaboration et l'implantation de politiques, la planification sanitaire et les pratiques de soins de santé. Et puis, les centres et les projets qu'ils financent auraient eu le plus d'influence à l'échelon provincial ou territorial et régional, alors que les groupes de travail et le RCSF auraient eu un impact plutôt à l'échelle fédérale.

Les résultats des entrevues et de l'examen de la documentation suggéraient que le financement du PCSF et l'existence des centres ont permis le développement de nouvelles recherches sur la santé des femmes qui n'auraient autrement pas vu le jour.

6.3 Pertinence soutenue

Les participants étaient bien d'accord que le mandat et les objectifs du PCSF demeurent toujours très pertinents. La revue de la documentation et de la littérature a indiqué que les femmes ne sont pas représentées adéquatement en ce qui a trait à l'élaboration des politiques sur la santé et la réforme des soins de santé. De plus, il serait nécessaire que le système de santé ait une meilleure compréhension des préoccupations concernant la santé des femmes et y réponde mieux. Les lacunes clés dans la recherche sur la santé des femmes comprennent : la santé des femmes autochtones (par exemple, le racisme, l'abus d'alcool et d'autres drogues et la santé maternelle, les interactions avec le système de soins de santé et

l'accès aux services); les femmes vivant en région rurale et éloignée; les femmes marginalisées; les femmes vivant dans la pauvreté; les fournisseurs de soin; la biotechnologie et la biomédecine et la recherche sur l'hygiène de l'environnement dans un contexte écologique. De plus, les résultats provenant de l'examen de la documentation et de la littérature suggéraient qu'il existe un besoin pour plus de connaissances sur la santé des femmes relatives à la promotion de la santé, les soins de santé primaires, les différences entre les sexes dans la prévention et la gestion des maladies chroniques, et les questions de biomédecine (par exemple, l'endocrinologie); les produits pharmaceutiques, la planification sanitaire, le logement, le milieu, les soins des enfants et le lieu de travail. Malgré la bonne volonté de la part des centres à aborder ces lacunes en matière de connaissances, les niveaux actuels de financement ne suffisent pas pour traiter de toutes ces questions.

On convenait en général qu'il y a eu des changements dans le contexte de recherche et de politique sur la santé des femmes depuis le début du Programme. À titre d'exemple, on cite la mise sur pied de l'Institut de la santé des femmes et des hommes de l'IRSC et une préoccupation accrue concernant la santé des femmes dans les secteurs public et privé. Les résultats des entrevues et de l'examen de la documentation indiquaient que même si plusieurs organisations partagent un intérêt dans la santé des femmes, le PCSF est unique parce qu'il incorpore un point de vue communautaire; met en application l'analyse comparative entre les sexes; vise la recherche relative aux politiques et à la mise en application des connaissances dans le secteur de la politique, à l'échelle fédérale et provinciale; utilise des méthodologies de recherche qualitative pour explorer les expériences personnelles des femmes; a établi de vastes réseaux pour partager les informations avec d'autres programmes; et surtout, se concentre sur les questions de santé des femmes.

Le centre d'intérêt du PCSF, la santé des femmes, se distingue de la recherche financée par l'Institut de la santé de femmes et des hommes (ISFH) du IRSC en ce sens que le ISFH appuie la recherche concernant la façon dont les différences entre les sexes (c'est à dire, les facteurs biologiques) et le sexe social (c'est à dire les expériences socioculturelles) interagissent avec d'autres facteurs qui influent sur la santé pour créer des conditions et des problèmes uniques, plus présents, plus graves ou différents en ce qui a trait aux facteurs de risque ou aux interventions efficaces pour les femmes *et* pour les hommes. Cependant, le PCSF examine comment le sexe et le sexe social sont des déterminants de la santé des femmes et des filles et étudie surtout les conditions qui sont plus présentes, uniques ou plus graves chez les femmes, ainsi que les conditions ou les expériences qui sont moins bien comprises chez

les femmes, les filles et divers groupes de femmes. La recherche financée par le ISFH met comparativement plus l'accent sur les facteurs biomédicaux relatifs à la santé des hommes et des femmes, tandis que le PCSF cible principalement la recherche sur les déterminants sociaux et culturels de la santé des femmes.

Le PCSF et l'Institut de la santé des femmes et des hommes se distinguent de plus par le fait que le PCSF utilise une approche participative à la recherche, et collabore étroitement avec la communauté, les universités, les fournisseurs de santé et les responsables des politiques dans le processus de recherche et utilise des partenariats universitaires-communautaires, tandis que le ISFH est un organisme subventionnaire impliqué surtout dans la recherche universitaire et dans les hôpitaux.

Les experts consultés dans le cadre de l'évaluation ont rapporté que les questions de santé des femmes devraient être examinées séparément de celles des hommes, et que le travail de l'Institut de la santé des femmes et des hommes complète, mais ne chevauche pas, celui du PCSF.

Les participants aux entrevues et au sondage ont rapporté que les PCSF a généré des connaissances pertinentes sur le plan des politiques à l'échelon provincial et régional, et a exercé une certaine influence à l'échelle nationale et internationale. Des exemples spécifiques de conseils stratégiques provenant de la documentation sont :

- Le CESFA a mis sur pied le BlackWomen's Health Network [Réseau pour la santé des femmes noires], le forum sur la politique de santé et de bien-être des femmes, et la chaire Elizabeth May en santé des femmes et l'environnement qui ont créé de nouveaux réseaux ainsi que des connaissances qui ont été utilisées;
- Le CESAF a tenu des consultations publiques avec la Régie régionale de la santé de Montréal au sujet des prestations des soins de santé. Ces consultations ont amené l'implantation d'un programme recommandé de formation;
- L'analyse par le RPSFM de la pauvreté et de l'accès à la justice en tant que facteurs déterminants de la santé a généré des demandes d'informations du bureau du Premier Ministre;
- Le CESFP a mené une étude sur les expériences des femmes en milieu rural relatives à la violence familiale. Cette étude a amené des changements de politique, y compris des nouveaux principes directeurs d'admission au niveau des services de santé mentale en Saskatchewan de l'est et du centre;

- Le CESFCB a effectué des recherches sur les mères enceintes et celles qui nourrissent et qui utilisent des substances diverses, et la Commission sur les enfants de la Colombie-Britannique s'est servi des résultats du Centre pour faire des recommandations au gouvernement provincial pour la prévention du syndrome d'alcoolisme foetal;
- Le RCSF a fourni et a présenté des mémoires sur le projet de loi C-13 au Comité sénatorial Kirby, à la Commission Romanow, et au Comité permanent de la santé;
- le Comité coordonnateur des femmes et la réforme en santé a effectué des revues et des analyses de l'impact de la privatisation sur la santé des femmes et a soumis des présentations sur la réforme des soins de santé au Comité sénatorial Kirby et à la Commission Romanow; et
- le groupe de travail Action pour la protection de la santé des femmes a passé en revue et a analysé l'impact de la publicité directe au consommateur par l'industrie pharmaceutique et a envoyé un mémoire à ce sujet au Ministre de la Santé fédéral

6.4 Recommandations

Basé sur les résultats de l'évaluation du Programme de contribution pour la santé des femmes, nous avançons les recommandations suivantes à des fins d'étude par Santé Canada :

Pertinence soutenue et positionnement stratégique du Programme

1. ***Élaborer un programme de recherche avec des priorités communes pour le Programme tout en conservant la flexibilité régionale.*** Tandis que la plupart des intervenants et des experts soutenaient qu'un modèle d'exécution mixte national et régional est adéquat, certains d'entre eux ont suggéré qu'un lien plus fort avec les priorités fédérales de Santé Canada serait nécessaire. On recommande que le PCSF clarifie ses priorités en matière de recherche et demande que les centres démontrent de quelle façon leur travail contribue à ces domaines prioritaires, tout en leur permettant une certaine flexibilité pour faire de la recherche qui est pertinente sur le plan des politiques pour leur région aussi. Le défi pour le BSF est de trouver l'équilibre qui lui permet de gérer un programme fédéral bien coordonné et responsable, tout en donnant aux centres la flexibilité pour continuer à faire leur bon travail. On recommande de plus qu'une portion des fonds soit mise de côté pour des initiatives intercentres qui traitent de domaines prioritaires communs.

2. ***Encourager davantage de liens entre la recherche qualitative et quantitative.*** Les résultats des entrevues et de l'examen de la documentation indiquaient que davantage de recherche quantitative est nécessaire pour remplir les besoins en matière de politique à l'échelle fédérale et pour valider la recherche qualitative qui a examiné les expériences personnelles des femmes en ce qui a trait au système de santé. Tandis que les fonctionnaires du SC défendaient plus fortement la recherche quantitative, les représentants des centres ont aussi suggéré que davantage de méthodologies quantitatives soient incorporée à leur recherche, par contre, ils soutenaient que cela ne serait possible qu'avec plus de ressources. Vu les niveaux de financement actuels pour les centres, on

recommande que le Programme se concentre sur la production de la meilleure recherche qualitative possible et sur l'exploration des possibilités de lier cette recherche aux études quantitatives entreprises par d'autres agences. La combinaison des recherches qualitatives et quantitatives répondrait mieux aux besoins des responsables des politiques et faciliterait la mise en oeuvre des politiques.

3. ***Promouvoir le PCSF et augmenter sa visibilité.*** Les participants aux entrevues recommandaient fortement qu'il y ait plus d'efforts de mis pour augmenter la visibilité du BSF et du PCSF chez SC, un très grand ministère avec de nombreuses priorités concurrentiels, et pour distinguer le PCSF des autres programmes ou agences connexes. Cela demanderait le positionnement du Programme en faisant la promotion de son intérêt particulier à la santé des femmes sous un angle communautaire, l'incorporation de l'élaboration des politiques, la mise en application de l'analyse comparative entre les sexes, l'accent sur la recherche qualitative et l'élément de vaste réseautage. De plus, comme stratégies on pourrait organiser plus de symposiums, publiciser les réalisations des centres et du programme et faire passer le message qu'il est encore nécessaire de traiter des plusieurs lacunes en matière de connaissances et d'impliquer des « champions » au ministère tels que les sous-ministres adjoints (par exemple, en les convoquant aux réunions et présentations clés).

4. ***Traiter des lacunes concernant les questions de santé des femmes autochtones, francophones ou vivant en Alberta, en région rurale, éloignée ou nordique.*** Les données provenant des entrevues, de la documentation et de la littérature indiquaient qu'il existe un grand besoin d'aborder les questions de santé chez les femmes autochtones et les femmes francophones (les femmes vivant au Québec et les femmes francophones vivant à l'extérieur du Québec). De plus, il faudrait mettre plus l'accent sur les questions de santé de toutes les femmes vivant en région nordique (c'est à dire au Nunavut, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Yukon), en Alberta et en région rurale et éloignée. Ainsi, les participants aux entrevues suggéraient la création de nouveaux centres (ou la remise en place d'un Centre québécois) pour représenter ces femmes et faire de la recherche au sujet de leurs besoins. Ce serait peut-être à considérer pour l'avenir si le budget du Programme le permet. Pour l'instant, on recommande que le Programme aborde autant que possible les lacunes en matière de connaissances relatives à ces groupes de femmes.

Maximiser les répercussions du Programme

5 . ***Améliorer les stratégies de diffusion à l'échelle nationale.*** Même si beaucoup d'efforts ont été mis sur la diffusion des connaissances à l'échelle régionale, les résultats des entrevues et de l'examen de la documentation suggéraient que le manque de partage des informations entre les centres et le RCSF a entravé la diffusion à l'échelle fédérale. Certaines améliorations des communications internes sont donc requises pour assurer l'efficacité des communications externes.

6. ***Établir du financement pluriannuel.*** Les participants aux entrevues suggéraient que du financement pluriannuel serait requis pour faciliter le recrutement et le maintien en poste du personnel dans les centres et pour financer des projets de recherche pendant plus d'un an à la fois. Les exigences pour de la bonne recherche, ainsi que la synthèse, la sensibilisation, les conseils stratégiques et autres activités de transfert des connaissances, ne concordent pas nécessairement avec les échéanciers de l'année fiscale. Ils ont déclaré que du financement à long terme aiderait à encourager la recherche quantitative et longitudinale pour appuyer le travail qualitative en cours actuellement.

7. ***Augmenter les niveaux de financement.*** Les participants aux entrevues et au sondage partageaient la même opinion : le Programme a besoin davantage de fonds (par exemple, pour le personnel, l'infrastructure, la recherche et les activités de diffusion). L'augmentation du montant de fonds permettrait aux centres d'effectuer plus de recherches pour traiter des lacunes en ce qui a trait aux connaissances concernant la santé des femmes et pour incorporer plus de méthodologie quantitative dans leur recherche. Davantage de financement pourrait également permettre d'améliorer les activités de diffusion du Programme au niveau fédéral.

Améliorer les opérations et l'élaboration du Programme

8. ***Continuer à renforcer les communications et les relations entre les éléments du PCSF.*** Les résultats des entrevues et de l'examen de la documentation indiquaient qu'il faudrait améliorer les relations, la collaboration et les communications entre certains éléments du Programme, en particulier, entre le BSF et les centres, entre les centres et le RCSF, et entre les quatre centres. De plus, le Programme pourrait bénéficier d'une clarification des rôles et des responsabilités, par exemple, les responsabilités du RCSF en ce qui a trait aux communications comparativement à celles des centres. Malgré le manque d'homogénéité dans le Programme et les tensions entre les éléments du Programme, causés en partie par le roulement du personnel au BSF, les directeurs administratifs des différents centres et du RCSF ont travaillé très fort pour bâtir, ou dans certains cas, rebâtir les relations avec chacun des éléments du PCSF. De plus, le BSF a organisé des réunions productives telles que l'atelier multi-intervenants au mois de septembre 2002, à Winnipeg, dans le but d'examiner la vision, les valeurs et les priorités du Programme. Le résultat a été une amélioration des communications et de la collaboration depuis la création du Programme. Par contre, il est encore nécessaire de porter une plus grande attention à ce dossier pour entretenir des liens solides entre les éléments du Programme afin d'appuyer l'exécution et les résultats du Programme. Des discussions et des réunions plus poussées avec des représentants de tous les éléments du Programme faciliteraient la consolidation des relations de collaboration et la clarification des rôles, des responsabilités et des priorités pour le PCSF.