Gouvernement du Canada | Government of Canada

Rapport sur l'examen à mi-terme

de l'Initiative pour la prévention des chutes – Anciens Combattants Canada et Santé Canada

Novembre 2002

Canada

Pour obtenir de plus amples renseignements :

Initiative pour la prévention des chutes – Anciens Combattants Canada et Santé Canada
a/s Division du vieillissement et des aînés
Santé Canada
Indice de l'adresse : 1908A1
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

Tél. : (613) 952-7606
Téléc. : (613) 957-9938
Courriel : seniors@hc-sc.gc.ca

Ce rapport a été préparé par **Les Associés de recherche EKOS Inc**. (99, rue Metcalfe, suite 1100, Ottawa ON K1P 6L7) pour l'Initiative pour la prévention des chutes – Anciens Combattants Canada et Santé Canada.
Les informations contenues dans le rapport ne reflètent pas nécessairement le point de vue ou les politiques de Santé Canada ou d'Anciens Combattants Canada.

©Ministre des travaux publics et des services gouvernementaux Canada, 2003.

This report is also available in English:
Report on the Mid-Term Review, Health Canada/Veterans Affairs Canada Falls Prevention Initiative.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE 1

1. INTRODUCTION 6
1.1 Contexte 6
1.2 Objectifs de l'évaluation 9
1.3 Enjeux et questions évalués 10
1.4 But du présent document 16

2. MÉTHODOLOGIE 17
2.1 Aperçu 17
2.2 Examen des dossiers et rapports de projet 18
2.3 Examen de la documentation 21
2.4 Entrevues menées auprès d'informateurs clés 22
2.5 Groupes de discussion 22
2.6 Analyse intégrée 24

3. PERTINENCE 25
3.1 Importance et pertinence de l'Initiative 25
3.2 Complémentarité ou chevauchement des autres programmes 26
3.3 Suffisance des ressources et échéancier de l'Initiative 27

4. PARTENARIAT ÉTABLI ENTRE ACC ET SC ET MISE EN ŒUVRE DE L'INITIATIVE . 29
4.1 Partenariat établi entre ACC et SC et gestion de l'Initiative 29
4.2 Instrument de mise en œuvre de l'Initiative 31
4.3 Surveillance du rendement et évaluation de l'Initiative 34

5. RÉSULTATS CLÉS OBTENUS À CE JOUR 37
5.1 Mise en œuvre des projets et résultats préliminaires 37
5.2 Acquisition de connaissances 41
5.3 Renforcement des capacités 42
5.4 Répercussions inattendues 48

6. LEÇONS APPRISES 49
6.1 Points forts et animateurs 49
6.2 Points faibles et obstacles 50
6.3 Améliorations proposées 51

7. CONCLUSIONS 53

ANNEXE A Examen à mi-terme du plan d'action de l'Initiative pour la prévention des chutes – Anciens Combattants Canada et Santé Canada

SOMMAIRE

Contexte

L'Initiative pour la prévention des chutes (IPC) est un projet conjoint d'Anciens Combattants Canada (ACC) et de Santé Canada (SC). Créée en août 2000 en vue d'aborder les problèmes de santé attribuables aux chutes chez les aînés et les anciens combattants canadiens, cette initiative pilote de quatre ans offre un financement ponctuel aux projets communautaires viables ayant pour objectif d'améliorer l'autonomie et la qualité de vie des anciens combattants et des aînés grâce à la prévention ou à la réduction du nombre ou de la gravité des chutes. Au total, on a financé 40 projets pilotes dans trois régions et à l'échelle nationale : 12 projets au Canada Atlantique, 15 en Ontario, neuf (9) en Colombie-Britannique et quatre (4) au niveau national (ces projets portaient essentiellement sur les aides fonctionnelles). Parmi les clients cibles de l'IPC, mentionnons les anciens combattants et les aînés résidant dans la collectivité ainsi que leurs fournisseurs de soins.

L'IPC comporte entre autres les caractéristiques suivantes : contrairement aux autres initiatives fédérales qui durent habituellement cinq ans, ce programme pilote s'échelonne sur quatre ans; deux ministères fédéraux (ACC et SC) ont établi un nouveau partenariat dans le cadre de cette initiative, qui représente une toute nouvelle approche pour ACC; en effet, cette initiative vise non pas comme d'habitude la prestation de services directs aux anciens combattants, mais bien la promotion de la santé; en outre, l'Initiative encourage les organismes d'aînés et d'anciens combattants à travailler de concert en vue de traiter les problèmes de santé attribuables aux chutes. En raison de ses caractéristiques propres, cette initiative pilote met surtout l'accent sur l'évaluation. Par exemple, on a fourni aux coordonnateurs de projet des directives ainsi qu'une formation afin de les aider à évaluer leur projet. L'examen à mi-terme de l'Initiative sur lequel porte le présent rapport s'est déroulé pendant l'été et l'automne 2002; on prévoit effectuer l'évaluation finale en 2003-2004.

Objectifs de l'étude et méthodologie

L'examen à mi-terme visait à évaluer la pertinence, l'exécution et les progrès de l'Initiative et des projets financés; il avait aussi pour objectif d'établir les résultats préliminaires clés touchant, entre autres, l'acquisition de connaissances et le renforcement des capacités, ainsi que les leçons apprises à ce jour. La méthodologie comprenait les composantes suivantes :

- un examen des propositions, des plans d'évaluation et des rapports accessibles pour les 40 projets régionaux et nationaux, ainsi que des entrevues de suivi menées auprès de 15 évaluateurs de projet (c.-à-d. des évaluateurs auxquels les coordonnateurs de projet ont confié en sous-traitance le soin d'évaluer les projets);

- un examen de la documentation sur l'Initiative;
- seize (16) entrevues menées auprès d'informateurs clés, c'est-à-dire des représentants d'ACC et de SC, des partenaires, des experts-conseils et des intervenants; et
- sept (7) groupes de discussion composés de coordonnateurs de projet, de membres du personnel, de partenaires et de participants, mis sur pied dans le cadre de divers projets déployés dans chacune des trois régions participantes.

Résultats clés et conclusions

Dans l'ensemble, l'examen à mi-terme de l'Initiative pour la prévention des chutes sur lequel porte le présent rapport a donné de très bons résultats. Tous s'entendent pour dire que la prévention des chutes est pleinement justifiée et nécessaire; c'est pourquoi l'Initiative et les projets financés sont actuellement mis en œuvre comme prévu et avancent bien. Des aînés, des anciens combattants et un certain nombre de partenaires compétents ont participé à l'élaboration et à l'exécution des projets financés, conformément aux exigences établies dans le cadre de cette initiative. Le processus d'évaluation des projets évolue également bien, et les responsables de bon nombre de projets ont amélioré leur plan d'évaluation et ont commencé à recueillir des données. En outre, certains projets ont déjà donné de bons résultats préliminaires, par exemple une sensibilisation et un intérêt accrus face à la prévention des chutes, un renforcement des capacités des collectivités, et des changements du milieu et des comportements qui permettent de réduire les risques de chute. Les résultats clés sont présentés plus en détail ci-dessous.

Pertinence

Presque tous les répondants de l'examen à mi-terme sont convaincus que l'Initiative pour la prévention des chutes est absolument justifiée et nécessaire, parce que les chutes sont l'une des principales causes de blessures chez les aînés (elles entraînent un déclin des fonctions des aînés et, parfois, leur décès, et elles coûtent par conséquent très cher au système de soins de santé), et à cause que la population canadienne vieillit. En outre, cette initiative unique en son genre au Canada complète d'autres programmes de plus petite envergure sans qu'il y ait chevauchement. On juge adéquat l'échéancier établi pour l'Initiative pour ce qui est des résultats à court terme; toutefois, c'est à long terme seulement que nous pourrons observer dans quelle mesure on aura réussi à réduire les chutes et les coûts des soins de santé qui s'y rattachent. De plus, on considère que les ressources financières et humaines affectées à cette initiative sont suffisantes, bien que certains répondants aient proposé qu'on les augmente pour mieux évaluer les projets, en assurer la viabilité et améliorer la gestion globale de l'Initiative (p. ex., des fonds opérationnels permettraient d'offrir des ateliers aux coordonnateurs de projet et, par la même occasion, favoriserait l'établissement de réseaux).

Partenariat établi entre ACC et SC et mise en œuvre de l'Initiative

Dans l'ensemble, le partenariat entre ACC et SC a permis de bien gérer l'Initiative à l'échelle nationale et régionale, et même si on a un peu tardé à annoncer le financement accordé aux projets, la mise en œuvre se déroule comme prévu. Comme il fallait s'y attendre, les partenaires ont dû faire face à une certaine « crise de croissance » causée surtout, semble-t-il, par la divergence d'opinions de ces deux ministères. Par exemple, alors que Santé Canada met l'accent sur la promotion de la santé au moyen d'une approche axée sur la santé de la population (et du mécanisme de financement du Fonds pour la santé de la population), Anciens Combattants Canada a toujours privilégié la prestation de services directs et pratiques. Le partenariat a évolué et, en s'éduquant mutuellement, les deux ministères ont réussi à résoudre la plupart des problèmes initiaux; ils sont toujours bien déterminés à atteindre leur objectif primordial, soit prévenir les chutes chez les aînés et les anciens combattants. Toutefois, comme certaines procédures portent à confusion (p. ex., les communications à l'intention des ministres respectifs de chaque ministère, et les communiqués de presse), il faudra peut-être éclaircir davantage le protocole à suivre pour les communications conjointes d'ACC et de SC.

Mise en œuvre des projets et résultats préliminaires

La mise en œuvre des projets dans les collectivités participantes se déroule comme prévu, les projets visant les secteurs considérés comme prioritaires dans le cadre de l'Initiative : l'établissement de partenariats, les pratiques de santé personnelles, le milieu physique et les populations à risque élevé. Les aînés et les anciens combattants ont participé activement à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets, par exemple en s'impliquant à titre de bénévoles, d'animateurs et de représentants au sein des comités consultatifs et des comités directeurs des projets. En outre, certains projets ont adopté une approche novatrice (p. ex., en fournissant aux aînés un « agenda » dans lequel tenir un registre de leurs chutes, ou encore un appareil photo à utiliser pour photographier des lieux sécuritaires et d'autres qui ne le sont pas). Même à ce stade précoce, des résultats positifs se font déjà sentir, entre autres, les suivants : une meilleure connaissance des facteurs de risque; un intérêt accru pour la prévention des chutes; le soutien social des aînés et anciens combattants participants et le renforcement de leur estime de soi; et des changements au chapitre du milieu et des comportements, qui permettent de réduire les risques de chute. En fait, on a obtenu des résultats positifs inattendus – plus d'enthousiasme et d'efforts que prévu concernant la prévention des chutes, l'insistance pour que les aides fonctionnelles deviennent une priorité nationale, et le grand soutien apporté au secteur de la prévention des blessures.

Renforcement des capacités

L'Initiative a, entre autres objectifs, l'intention de renforcer les capacités des organismes de SC, d'ACC, d'aînés et d'anciens combattants, pour qu'ils puissent élaborer et exécuter des programmes de promotion de la santé, comme ceux visant la prévention des chutes, au moyen d'une approche axée sur la santé de la population. Selon nos données

préliminaires, les deux ministères font des progrès dans ce domaine. Par exemple, Santé Canada continue à utiliser son approche axée sur la santé de la population et à la promouvoir auprès des nouveaux cadres supérieurs; en outre, le Ministère fait part des leçons qu'il en a tirées aux autres secteurs de programme (p. ex., ceux touchant le VIH/sida). À Anciens Combattants Canada, on note une activité et un intérêt accrus dans le domaine de la prévention des chutes; on a aussi ajouté la notion de santé de la population à une liste de contrôle interne destinée à la formulation de politiques en promotion de la santé. En outre, ACC et SC ont noué des liens avec des universitaires intéressés par la prévention des blessures et les aides fonctionnelles, ainsi qu'avec des organisations du domaine de la recherche, du développement et de la normalisation. Quant au renforcement des capacités et des organismes d'aînés, et d'anciens combattants, on constate que ceux qui ont participé à l'Initiative savent mieux évaluer la santé de la population et les principaux facteurs d'une bonne santé; toutefois, il faut s'attendre à ce que les grands changements organisationnels ne se fassent pas du jour au lendemain.

On a établi divers partenariats adéquats en vue de mener les projets à bien, par exemple avec des organismes d'aînés et d'anciens combattants, des organismes sans but lucratif et non gouvernementaux, municipaux, régionaux et provinciaux (notamment, dans les domaines de la santé, des services ambulatoires et des incendies), et même avec le secteur privé (p. ex., avec des pharmacies). Ces partenaires participent en général à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets, en plus de siéger à des comités consultatifs de projet, de participer à l'établissement de réseaux et aux activités de mobilisation visant à sensibiliser leur entourage, et de fournir des contributions en nature.

Acquisition de connaissances et leçons apprises

Déjà à ce stade, on a appris un certain nombre de leçons en ce qui concerne l'établissement et le renforcement de partenariats communautaires et la mise en œuvre des projets et de l'initiative globale. Par exemple, on peut faciliter l'établissement et le renforcement de partenariats communautaires comme suit : faire tout d'abord connaître l'importance d'une prévention des chutes; trouver ensuite une personne proactive à l'intérieur de l'organisation partenaire; enfin, consacrer beaucoup de temps et d'efforts aux activités de première ligne, ainsi qu'à celles de suivi (p. ex., celles consistant à fournir de l'information, à préciser les rôles et responsabilités, et à susciter le dialogue de façon régulière). Par contre, les principaux obstacles à l'établissement de partenariats sont entre autres les suivants : le temps restreint dont dispose le personnel de projet pour établir et renforcer des partenariats; le nombre de bénévoles qui ne peuvent plus travailler en raison de leur âge avancé; les difficultés que l'on éprouve à obtenir la participation d'autres secteurs que celui des soins de santé; et l'importance de trouver une équipe équilibrée et qualifiée de partenaires pour un projet donné.

Les principaux points forts relevés pour l'ensemble de l'Initiative sont les suivants: l'accent mis sur l'établissement de réseaux et de partenariats communautaires et locaux entre de multiples intervenants; l'engagement et l'expertise du personnel d'ACC et de SC, des

responsables du partenariat établi entre ces deux ministères, de l'équipe de direction et de la personne responsable de la coordination à l'échelle nationale; l'importance établie de la prévention des chutes et l'accent bien mis, en temps opportun, sur un seul enjeu; le grand soutien apporté par une diversité de partenaires et d'intervenants; et le recours à une source sûre de financement des projets pour la durée de l'Initiative. Parmi les faiblesses ou obstacles que pose principalement cette initiative, mentionnons les suivants : les obstacles toujours liés à la bonne mise en œuvre du partenariat établi entre ACC et SC (p. ex., travailler pour la première fois ensemble à la résolution d'une question commune, décider des rôles respectifs et des attentes dans le cadre de l'Initiative, et déterminer les procédures à suivre pour la diffusion de communications conjointes); les échéances serrées et le peu de ressources dont on dispose, alors que les projets doivent produire de très bons résultats (qui doivent être prouvés pendant l'évaluation); et les difficultés qu'on éprouve à obtenir la participation des aînés et des anciens combattants en bonne santé (surtout les hommes) aux projets.

Sur le plan des améliorations qu'il faudrait apporter à l'IPC à ce stade, on aurait avantage à clarifier les points pouvant encore porter à confusion en ce qui concerne les rôles respectifs d'ACC et de SC, les attentes et les communications conjointes touchant cette initiative. En outre, pour le bénéfice des coordonnateurs de projets, on devrait saisir toute occasion d'établir un réseau et d'échanger de l'information parmi les projets financés. En fait, on propose que l'IPC continue à encourager tous les responsables de projet actuels à achever et à appliquer leur plan d'évaluation des projets, afin qu'ils puissent se fonder sur ces résultats pour entreprendre l'évaluation finale de l'Initiative.

1. INTRODUCTION

1.1 Contexte

L'Initiative pour la prévention des chutes (IPC) est un projet conjoint d'Anciens Combattants Canada (ACC) et de Santé Canada (SC). Créée en août 2000 pour régler les problèmes de santé attribuables aux chutes chez les aînés et les anciens combattants canadiens, l'IPC vise à « améliorer la vie des anciens combattants et des aînés dans des collectivités choisies; à créer de nouvelles connaissances afin d'améliorer l'efficacité de la promotion de la santé; et à contribuer à la viabilité du système de soins de santé du Canada »[1]. Par l'entremise du Fonds pour la santé de la population de Santé Canada comme mécanisme de financement, l'Initiative offre un financement ponctuel aux projets communautaires viables ayant pour objectif d'améliorer l'autonomie et la qualité de vie des anciens combattants et des aînés grâce à la prévention ou à la réduction du nombre ou de la gravité des chutes. Au total, on a financé 40 projets pilotes dans trois régions et à l'échelle nationale : 12 projets au Canada Atlantique, 15 en Ontario, neuf (9) en Colombie-Britannique et quatre (4) à l'échelle nationale (ces projets portaient essentiellement sur les aides fonctionnelles). Parmi les clients cibles de l'IPC, mentionnons les anciens combattants et les aînés résidant dans la collectivité ainsi que leurs fournisseurs de soins. Cette initiative sera déployée jusqu'au 31 mars 2004.

Selon le Protocole d'entente entre Anciens Combattants Canada et Santé Canada, l'Initiative pour la prévention des chutes doit permettre, grâce à une approche axée sur la santé de la population, d'atteindre les objectifs suivants :

- améliorer notre compréhension des interventions efficaces en matière de prévention des chutes à l'intention des anciens combattants et des autres aînés tout en accroissant nos connaissances à ce sujet, et ce, au moyen d'une approche axée sur la santé de la population;
- renforcer les capacités des organismes d'anciens combattants et d'autres organismes communautaires, pour qu'ils élaborent et mettent sur pied des programmes communautaires de promotion de la santé viables qui ont trait à la prévention des chutes au moyen de l'approche axée sur la santé de la population; et
- renforcer les ressources des deux ministères pour l'élaboration de programmes de promotion de la santé à l'intention des aînés canadiens au moyen de l'approche axée sur la santé de la population.

---

1. *Protocole d'entente entre Anciens Combattants Canada et Santé Canada*, p. 2.

Les autres objectifs de l'Initiative sont les suivants :

- évaluer les répercussions sur la santé des projets d'intervention qui ont obtenu du financement ainsi que le potentiel que représentent ces projets quant à l'amélioration de la qualité de vie et à la réduction de l'utilisation et des coûts des soins de santé;
- recueillir des données probantes sur les interventions en matière de prévention des chutes et de leurs répercussions sur une population vieillissante, en effectuer la synthèse et les diffuser;
- cerner les modèles d'intervention les plus prometteurs en matière de prévention des chutes destinés à la population cible;
- comprendre les conditions freinant ou favorisant la création de partenariats communautaires viables qui permettent d'élaborer des programmes efficaces de prévention des chutes;
- accroître la participation du groupe cible d'ACC et des autres aînés aux programmes et initiatives communautaires de promotion de la santé, et promouvoir la création de nouveaux partenariats; et
- promouvoir l'approche axée sur la santé de la population auprès de la collectivité visée des anciens combattants et des aînés[2].

Au début de l'Initiative, on a établi un processus national et régional de consultation visant à en déterminer les priorités au chapitre du financement et les procédures à suivre pour les demandes de proposition (DP). Dans le cadre de cette initiative, les projets sont financés selon une approche en trois volets. Le premier volet (maintenant terminé) portait sur l'établissement de partenariats et les deux autres, sur les projets de prévention des chutes.

Voici une description de ces trois volets[3] :

Volet 1 : Établissement de partenariats
Date limite pour présenter une proposition : le 6 octobre 2000
Durée des projets : de trois à huit mois
Valeur : de 25 000 $ à 50 000 $, en moyenne

---

2. Protocole d'entente entre Anciens Combattants Canada et Santé Canada, pp. 2-3.

3. Comme on s'y est pris un peu tard pour annoncer le financement des projets du volet 1 (c.-à-d. qu'on ne l'a pas fait avant la mi-février 2001), la date limite pour présenter une proposition a été repoussée à la fin de février 2001 pour le volet 2 et au 2 novembre 2001 pour le volet 3.

Priorités : Ces projets portaient sur l'établissement de partenariats avec les aînés et les anciens combattants, ainsi qu'avec des organismes les représentant et d'autres organismes communautaires qui participent à des activités visant la prévention des chutes; ils devaient aussi permettre de déterminer dans quelle mesure la collectivité peut participer aux activités de prévention des chutes, et sensibiliser davantage la collectivité à cet égard.

Volet 2 : Projets de prévention des chutes
Date limite pour présenter une proposition : le 2 février 2001 (délai repoussé à la fin février 2001)
Durée des projets : 36 mois au plus
Valeur : 40 000 $ ou plus, en moyenne (jusqu'à concurrence de 100 000 $ par année)
Priorités : On accorde la priorité aux propositions provenant de partenariats établis. Parmi les secteurs clés des projets, mentionnons les suivants : 1) le milieu physique (le domicile et la collectivité); 2) les pratiques personnelles de santé(p. ex., celles touchant la vie active, l'utilisation de médicaments et la nutrition); 3) les populations à risque élevé (p. ex., les personnes âgées et les anciens combattants en perte d'autonomie et qui sont confinés chez eux); et 4) les aides fonctionnelles (projets nationaux).

Volet 3 : Projets de prévention des chutes
Date limite pour présenter une proposition : le 5 octobre 2001 (délai repoussé au 2 novembre 2001)
Durée des projets : 36 mois au plus
Valeur : 40 000 $ ou plus, en moyenne (jusqu'à concurrence de 100 000 $ par année)
Priorités : La priorité est accordée aux propositions des projets financés dans le cadre du volet 1. Les secteurs clés de ces projets sont les mêmes que ceux des projets du volet 2.

On a évalué les propositions en fonction des lignes directrices s'appliquant au Fonds pour la santé de la population. Il fallait tout d'abord respecter les critères d'admissibilité. On a également tenu compte du mérite et de la qualité des propositions. D'après l'énoncé de travail établi en vue d'évaluer les DP, les projets communautaires ne peuvent être financés que s'ils :

- permettent d'établir ou de renforcer de nouvelles connaissances ou de nouveaux modèles afin de prévenir les chutes chez les anciens combattants et les aînés, ainsi que d'aider les collectivités et les organismes à prendre des mesures plus efficaces dans ce domaine;
- visent à promouvoir la santé selon une approche axée sur la santé de la population;

- comptent sur la participation d'anciens combattants et d'aînés, ainsi que sur une collaboration intersectorielle;
- comportent des activités d'évaluation et de diffusion de l'information, qui permettent d'évaluer et d'échanger les connaissances et les expériences acquises pendant la durée du projet communautaire; et
- respectent les critères et exigences du Fonds pour la santé de la population.

1.2 Objectifs de l'évaluation

D'après le Protocole d'entente entre Anciens Combattants Canada et Santé Canada, les résultats du programme pilote de l'Initiative pour la prévention des chutes doivent être évalués. On a effectué cet examen à mi-terme, en 2002-2003. En outre, on doit procéder à une évaluation finale avant la fin de l'exercice financier 2003-2004, soit avant que ne s'achève l'Initiative. Nous devons effectuer cette tâche afin d'évaluer les progrès et les répercussions de l'Initiative et d'obtenir l'information requise pour soutenir le processus décisionnel touchant l'ensemble de cette initiative et chacun des projets déployés en ce sens. Pour bien savoir comment mesurer la mise en œuvre continue et les résultats de l'Initiative, on a établi un cadre d'évaluation[4], qui précise les enjeux de cette évaluation et les approches méthodologiques pouvant être adoptées. Ce cadre fournit aussi un modèle logique pour l'Initiative, qui porte sur les trois principaux volets du programme : la mise en œuvre de projets de prévention des chutes dans la collectivité, l'acquisition de connaissances et le renforcement des capacités. Cette évaluation s'adresse au sous-ministre adjoint de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (DGSPSP) de SC et du Secteur des services aux anciens combattants (SSAC) d'ACC.

L'IPC comporte plusieurs caractéristiques uniques, dont les suivantes : contrairement aux autres initiatives fédérales qui durent habituellement cinq ans, ce programme pilote s'échelonne sur quatre ans; deux ministères fédéraux (ACC et SC) ont établi un nouveau partenariat dans le cadre de cette initiative; l'Initiative encourage les organismes d'aînés et d'anciens combattants à travailler de concert en vue de traiter les problèmes de santé attribuables aux chutes, qui les touchent l'un et l'autre. En raison de ses caractéristiques propres, cette initiative pilote met surtout l'accent sur l'évaluation. Par exemple, les programmes fédéraux de subventions et de contributions (S et C) allouent habituellement environ 10 % du financement à des activités d'évaluation; l'Initiative pour la prévention des chutes en a alloué quant à elle 20 % (si l'on tient compte des fonds réels et aussi du temps considérable que le personnel de l'administration centrale et des régions a consacré à la gestion pratique du processus d'évaluation). Au sein des projets, 10 % du financement est affecté à l'évaluation, et les responsables de la plupart des projets financés ont demandé à un

4. *Evaluation Framework for the Health Canada/Veteran Affairs Canada Falls Prevention Initiative*, Les Associés de recherche EKOS inc., 31 janvier 2002.

évaluateur externe de les aider et de les conseiller à cet égard. En outre, l'Initiative a permis aux coordonnateurs de projet de suivre une formation dans le domaine de l'évaluation des projets; on leur a aussi fourni des lignes directrices en la matière, afin d'assurer la disponibilité d'informations concrètes et utiles sur les résultats des projets.

1.3 Enjeux et questions évalués

Dans le tableau 1.1, on présente les enjeux et questions que l'on a évalués pendant l'examen à mi-terme et que l'on examinera au cours de l'évaluation finale de l'Initiative. On propose aussi un ordre de priorité pour chacun des points (c.-à-d., élevé, moyen ou faible), en fonction de l'importance qu'y accordent les intervenants consultés pendant l'élaboration du cadre d'évaluation, par rapport à la mesure dans laquelle on peut traiter ce point de façon adéquate malgré les limites de l'évaluation au chapitre du temps, de la méthode et du budget. Les points soulevés durant l'examen à mi-terme mettaient l'accent sur la pertinence, la mise en oeuvre et les progrès de l'Initiative, ainsi que sur les projets réalisés à ce jour, l'établissement de partenariats, le renforcement des capacités et les leçons apprises.

TABLEAU 1.1

Questions de l'évaluation

	Questions	Priorité
1	**Pertinence**	
1.1	Le mandat et les objectifs de l'Initiative pour la prévention des chutes sont-ils toujours pertinents? (Évaluation finale)	Moyenne
1.2	Devons-nous continuer à offrir un programme comme l'Initiative pour la prévention des chutes? • Le cas échéant, quelles catégories d'anciens combattants, d'aînés et de fournisseurs de soins en auront le plus besoin et la jugent pertinente? • De façon plus générale, devons-nous continuer à offrir des programmes de promotion de la santé visant la prévention des chutes chez les anciens combattants et les aînés? (Évaluation finale)	Élevée

	Questions	Priorité
1.3	De quelle façon et dans quelle mesure est-ce que l'Initiative complémente, reprend ou chevauche d'autres stratégies de prévention des chutes déployées au Canada et dans les régions participantes? (Examen à mi-terme et évaluation finale)	Faible
1.4	Les ressources, les activités et les résultats de l'Initiative en respectent-ils le mandat et permettent-ils d'atteindre les buts et objectifs établis pour l'Initiative? (Examen à mi-terme)	Élevée
2	**Partenariats et mise en œuvre**	
2.1	Dans quelle mesure le partenariat établi entre Anciens Combattants Canada et Santé Canada s'est-il révélé une approche efficace de gestion et de mise en œuvre de l'Initiative? • Dans quelle mesure les responsabilités et rôles respectifs d'Anciens Combattants Canada et de Santé Canada sont-ils clairs et conviennent-ils aux deux ministères? • Dans quelle mesure le Comité mixte de gestion des programmes d'ACC et de SC a-t-il permis de gérer efficacement l'Initiative à l'échelle nationale? • Dans quelle mesure le partenariat établi entre les bureaux régionaux d'Anciens Combattants Canada et de Santé Canada a-t-il permis de gérer efficacement l'Initiative à l'échelle régionale? • Le protocole relatif aux communications conjointes est-il clair, pertinent et efficace? (Examen à mi-terme et évaluation finale)	Élevée
2.2	Le mécanisme de mise en œuvre de l'Initiative est-il appliqué comme prévu? Est-il le plus adéquat et efficace qui soit? • Le plan en trois volets établi pour les demandes de propositions est-il appliqué comme prévu? Dans quelle mesure ce plan est-il adéquat et efficace? • Dans quelle mesure les partenaires, les intervenants et les travailleurs de première ligne en prévention des chutes ont-ils été impliqués dans la mise en œuvre de l'Initiative? • L'Initiative (et les projets connexes) est-elle mise en œuvre de façon uniforme dans les trois régions participantes? Sinon, pourquoi? (Examen à mi-terme)	Élevée

	Questions	Priorité
2.3	A-t-on déployé une stratégie visant à mesurer le rendement de l'Initiative? • À quel point les mesures de rendement sont-elles fiables, valides et utiles? • Les données sur le rendement comportent-elles des lacunes? • Dans quelle mesure les promoteurs de projet utilisent-ils comme prévu le guide pour l'évaluation des projets communautaires? • Dans quelle mesure les ateliers relatifs au guide permettent-ils de renforcer suffisamment les capacités des responsables de projet pour qu'ils puissent établir et appliquer des plans d'évaluation adéquats? • Dans quelle mesure les projets financés satisfont-ils aux exigences en matière d'évaluation? (Examen à mi-terme)	Élevée
3	**Succès de l'Initiative**	
Secteur de résultats clé : Mise en œuvre des projets de prévention des chutes dans la collectivité		
3.1	Dans quelle mesure les projets administrés par les établissements pilotes ont-ils été menés à bien et ont-ils donné des résultats susceptibles de contribuer à prévenir les chutes chez les aînés et les anciens combattants? • Dans quelle mesure les projets financés respectent-ils les priorités en matière de financement présentées dans le plan qui accompagne une demande de proposition (c.-à-d., l'établissement de partenariats dans le volet 1, le milieu physique, les pratiques de santé personnelles et les populations à risque élevé des volets 2 et 3)? • Dans quelle mesure les aînés et les anciens combattants ont-ils été engagés activement dans les activités de planification, de mise en œuvre, d'évaluation et de diffusion des projets? • Dans quelle mesure les projets financés étaient-ils fondés sur des approches novatrices de prévention de chutes? • Dans quelle mesure les projets étaient-ils adaptés aux besoins du groupe cible? (Examen à mi-terme et évaluation finale)	Élevée
3.2	Dans quelle mesure l'Initiative a-t-elle permis de promouvoir l'autonomie et une meilleure qualité de vie chez les anciens combattants et les aînés vivant dans la collectivité et leurs fournisseurs de soins, dans les établissements pilotes? (Évaluation finale)	Élevée

	Questions	Priorité
3.3	Dans quelle mesure l'Initiative a-t-elle permis de réduire l'utilisation des soins de santé dans les établissements pilotes, et donc les coûts qui s'y rattachent, chez les aînés et les anciens combattants pour des blessures causées par des chutes? (Évaluation finale)	Moyenne
Secteur de résultats clé : Acquisition de connaissances		
3.4	Dans quelle mesure l'Initiative a-t-elle permis de recueillir des données probantes sur les interventions en matière de prévention des chutes et leurs répercussions sur une population vieillissante, d'en effectuer la synthèse et de les diffuser? (Évaluation finale)	Élevée
3.5	Dans quelle mesure l'Initiative a-t-elle permis de comprendre les conditions freinant ou favorisant la création de partenariats communautaires viables qui permettent d'élaborer des programmes efficaces de prévention des chutes? (Examen à mi-terme et évaluation finale)	Élevée
3.6	Dans quelle mesure l'Initiative a-t-elle permis d'améliorer notre compréhension des interventions efficaces en matière de prévention des chutes à l'intention des anciens combattants et des autres aînés tout en accroissant nos connaissances à ce sujet, et ce, au moyen d'une approche axée sur la santé de la population? • Dans quelle mesure l'Initiative a-t-elle permis de cerner les modèles d'intervention les plus prometteurs en matière de prévention des chutes destinés à la population cible? (Évaluation finale)	Élevée

	Questions	Priorité
Secteur de résultats clé : Renforcement des capacités		
3.7	Dans quelle mesure l'Initiative a-t-elle permis d'accroître la partici-pation du groupe cible d'ACC et des autres aînés à l'élaboration de programmes et d'initiatives communautaires de promotion de la santé, et de promouvoir la création de nouveaux partenariats? • Les partenaires potentiels connaissent-ils tous l'Initiative? • Dans quelle mesure le renforcement des capacités dans ce secteur est-il limité en raison du nombre insuffisant d'organismes oeuvrant dans le domaine de la prévention des chutes qui pourraient devenir partenaires? • Dans quelle mesure les nouveaux partenariats comprennent-ils des partenaires compétents et diversifiés qui peuvent modifier les politiques et le milieu? • Quels ont été les avantages et les inconvénients des partenariats établis entre les organismes d'anciens combattants et d'aînés? (Examen à mi-terme et évaluation finale)	Élevée
3.8	Dans quelle mesure l'Initiative a-t-elle permis de promouvoir une approche axée sur la santé de la population auprès de la collectivité visée des anciens combattants et des aînés? (Examen à mi-terme et évaluation finale)	Moyenne
3.9	Dans quelle mesure l'Initiative a-t-elle permis de renforcer les capacités des organismes d'anciens combattants et des organismes communautaires pour qu'ils élaborent et mettent en oeuvre des programmes communautaires de promotion de la santé viables qui ont trait à la prévention des chutes au moyen de l'approche axée sur la santé de la population? (Examen à mi-terme et évaluation finale)	Élevée

	Questions	Priorité
3.10	Dans quelle mesure l'Initiative a-t-elle permis de renforcer les ressources des deux ministères pour l'élaboration de programmes de promotion de la santé à l'intention des aînés canadiens au moyen de l'approche axée sur la santé de la population? • Dans quelle mesure ACC et SC encouragent-ils le recours aux programmes de promotion de la santé et à une approche axée sur la santé de la population? Comment s'y prennent-ils? (Examen à mi-terme et évaluation finale)	Élevée
Autres questions relatives au succès de l'Initiative		
3.11	Quelles répercussions inattendues, positives ou négatives, l'Initiative a-t-elle engendrées? (Examen à mi-terme et évaluation finale)	Moyenne
3.12	Quelles leçons a-t-on tirées des projets financés et de l'Initiative globale? • Quelles activités de programme, quels éléments des projets financés ou quels autres facteurs ont contribué au succès de l'Initiative? Quels ont été les principaux points forts de l'Initiative? • Quelles activités de programme, quels éléments des projets financés ou quels autres facteurs ont nui au succès de l'Initiative? Quels ont été les principaux points faibles de l'Initiative? • Quelles améliorations devrait-on apporter à l'Initiative pour en garantir le succès? À SC? À ACC? (Examen à mi-terme et évaluation finale)	Élevée
4	**Rentabilité**	
4.1	L'Initiative pour la prévention des chutes représente-t-elle une approche rentable? • Dans quelle mesure les projets communautaires et nationaux ont-ils reçu des fonds ou ressources supplémentaires et ont pu se poursuivre même sans financement fédéral? • Dans quelle mesure les projets communautaires et nationaux ont-ils eu des répercussions durables? (Évaluation finale)	Élevée

	Questions	Priorité
4.2	Pourrait-on administrer et mettre en œuvre l'Initiative de façon plus rentable? (Évaluation finale)	Moyenne
4.3	Pourrait-on atteindre les objectifs de l'Initiative de façon plus rentable? (Évaluation finale)	Moyenne

1.4 But du présent document

Le présent document a pour but de présenter la méthode, les résultats et les conclusions de l'examen à mi-terme de l'Initiative pour la prévention des chutes. La méthode est décrite au chapitre 2. Les résultats sont ensuite présentés aux chapitres 3 à 6, qui sont organisés par principaux points d'évaluation. Enfin, les conclusions de l'examen à mi-terme se trouvent au chapitre 7.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1 Aperçu

a) Méthodes d'évaluation

Les méthodes utilisées pour l'examen à mi-terme de l'Initiative pour la prévention des chutes sont décrites dans le présent chapitre. Les méthodes quantitatives et qualitatives se fondaient sur des sources de données primaires et secondaires (c.-à-d. existantes).

La méthode comportait les éléments suivants :

- un examen des propositions, des plans d'évaluation et des rapports accessibles pour les 40 projets régionaux et nationaux, ainsi que des entrevues de suivi menées auprès de 15 évaluateurs de projet;
- un examen de la documentation sur l'Initiative;
- seize (16) entrevues menées auprès d'informateurs clés, c'est-à-dire des représentants d'ACC et de SC, des partenaires, des experts-conseils et des intervenants;
- sept (7) groupes de discussion composés de coordonnateurs et de membres du personnel de projet, de partenaires, ainsi que d'aînés, d'anciens combattants et de fournisseurs de soins participant dans les trois régions pilotes; et
- une analyse intégrée.

b) Aide requise des experts-conseils de programme et des responsables de projet

Pour mener à bien l'examen à mi-terme de l'Initiative, nous avions besoin de l'aide et de la participation, à Santé Canada, d'experts-conseils de programme, de promoteurs et de coordonnateurs de projet, de partenaires, d'évaluateurs de projet (engagés par les promoteurs pour évaluer les projets), ainsi que d'aînés, d'anciens combattants et de fournisseurs de soins :

- ***Experts-conseils de programme :*** On a demandé aux experts-conseils de programme de Santé Canada à l'administration centrale et aux bureaux régionaux d'effectuer les activités suivantes : participer à une entrevue d'une heure menée auprès d'informateurs clés; réserver une salle de réunion à leur bureau pour une journée afin que les séances des groupes de discussion puissent se tenir dans les régions; assurer la transmission d'information relative aux groupes de discussion aux promoteurs et aux coordonnateurs de projet; et

obtenir une photocopie des documents clés de tous les dossiers de projet, afin de l'envoyer aux Associés de recherche EKOS à Ottawa.

- ***Promoteurs et coordonnateurs de projet :*** On a demandé à *certains* promoteurs et coordonnateurs de projet d'effectuer les activités suivantes : aider à choisir les aînés, les anciens combattants, les fournisseurs de soins, le personnel de projet et les partenaires et intervenants clés des groupes de discussion; transmettre les informations à ce sujet; et participer à un groupe de discussion d'une durée de deux heures tenue au bureau régional de SC. En outre, on a demandé à *tous* les promoteurs et coordonnateurs de dresser une liste (noms et coordonnées) des aînés et des anciens combattants qui participent à leur projet, afin d'établir un échantillon pour l'enquête téléphonique prévue pour l'évaluation finale. On leur a également demandé d'inscrire l'âge et le sexe des participants, et de préciser s'il s'agit ou non d'anciens combattants.
- ***Évaluateurs de projet :*** On a demandé à *tous* les évaluateurs de projet actuels de se préparer en vue de participer à une entrevue téléphonique de 20 minutes qui nous permettra d'examiner plus à fond les dossiers et les évaluations de projet.
- ***Partenaires, aînés, anciens combattants et fournisseurs de soins qui participent aux projets :*** On a demandé à *certains* partenaires de projet, d'aînés, d'anciens combattants et de fournisseurs de soins de participer à un groupe de discussion de deux heures.

2.2 Examen des dossiers et rapports de projet

Pendant l'élaboration du cadre d'évaluation, on a rédigé un guide pour l'évaluation des projets communautaires; on a également organisé trois ateliers d'évaluation régionaux à l'intention des promoteurs de projet, en vue de soutenir le processus d'évaluation des projets. Ce guide fournissait aux promoteurs de projet non seulement des lignes directrices et des conseils en ce qui concerne l'élaboration, la révision et l'application d'un plan d'évaluation des projets, mais aussi la description de rapports normalisés. Les rapports d'évaluation des projets permettront de suivre les progrès accomplis dans le cadre de tous les projets financés en fonction d'indicateurs clés qui permettent d'évaluer la mise en œuvre et le succès de l'Initiative. Dans ces rapports, les promoteurs de projet présenteront leurs observations et des données probantes sur la mise en œuvre et l'avancement de leur projet et ses répercussions, entre autres, sur les aînés et les anciens combattants participants (p. ex., la connaissance des facteurs de risque de chute, les indications d'un changement d'attitude et de comportement qui permet de réduire ces risques, et la réduction du nombre de blessures causées par une chute), sur les capacités de leur organisme, le nombre et la qualité des partenariats, les ressources (financières et en nature) obtenues d'autres sources. On leur a présenté cette évaluation sous un jour positif (p. ex., comme un meilleur moyen d'échanger de l'information sur les

répercussions des projets et les leçons qu'on en a tirées), au lieu de dire qu'il s'agit simplement d'un moyen pour le gouvernement fédéral d'évaluer le rendement de leurs projets.

Le tableau 2.1 nous permet de constater que l'Initiative a permis de financer en tout 40 projets, dont 36 projets régionaux (12 dans la région de l'Atlantique, 15 en Ontario et neuf (9) en Colombie-Britannique) et quatre (4) projets nationaux. Deux promoteurs des projets nationaux du volet 3 qui sont actuellement en cours sont situés en Colombie-Britannique et le troisième, en Ontario. À l'heure actuelle, tous les projets du volet 1 sont terminés, tous les projets du volet 3 sont en cours, et les projets du volet 2 sont soit terminés, soit en cours.

TABLEAU 2.1

Projets financés

Région	Volet 1	Volet 2	Volet 3	Total
Région de l'Atlantique	5	1	6	12
Région de l'Ontario	4	5	6	15
Région de la Colombie-Britannique	4	1	4	9
À l'échelle nationale	–	1	3	4
Total	13	8	19	40

L'évaluation de l'Initiative posait problème, car au moment de recueillir les données pour l'examen à mi-terme, les rapports d'évaluation des projets n'étaient pas encore terminés, ce scénario devant d'ailleurs se reproduire pour l'évaluation finale. (Dans le cas des projets du volet 1, nous disposions des rapports finaux au moment d'entreprendre l'examen à mi-terme.) Tous les promoteurs de projet présenteront un rapport d'étape un an après avoir reçu leurs fonds et un rapport final peu de temps après la fin de leur période de financement, en mars 2004. Malheureusement, nous devons respecter l'échéancier établi pour l'évaluation globale; c'est pourquoi nous ne disposions pas des rapports d'étape sur les évaluations de projet au moment d'entreprendre l'examen à mi-terme de l'Initiative, et que ce sera le cas également pour l'évaluation finale.

Pour régler ce problème, nous avons pris les mesures suivantes :

- ***Examen à mi-terme :*** Dans le cadre de l'examen à mi-terme de l'Initiative, nous avons passé en revue les dossiers (conservés à l'administration centrale et aux trois bureaux régionaux de Santé Canada) des 40 projets financés, afin d'obtenir

des données probantes sur la mise en œuvre des projets, leurs résultats et leurs issues préliminaires. La proposition de projet, le plan d'évaluation, ainsi que les rapports trimestriels et final de projet dont nous disposions étaient particulièrement importants. En outre, on s'est servi d'un instrument normalisé pour colliger les données tirées de l'examen des dossiers et rapports de projet; ce guide d'examen des dossiers sera distribué aux promoteurs de projet pour qu'ils fournissent autant de renseignements utiles que possible dans leurs rapports trimestriels et annuels de projet habituels. L'examen des dossiers et des rapports de projet était assortis d'une entrevue téléphonique de suivi de 20 minutes menée auprès de l'évaluateur des projets en cours. Pendant ces entrevues, nous nous sommes efforcés de recueillir toute donnée manquante à partir des dossiers et rapports de projet, ainsi que les observations de l'évaluateur en ce qui a trait à la mise en œuvre des projets et aux répercussions anticipées.

- ***Évaluation finale :*** À l'instar de l'examen à mi-terme de l'Initiative, l'évaluation finale comportera un examen de tous les dossiers de projet en cours, ainsi qu'une brève entrevue supplémentaire qui sera menée auprès de tous les évaluateurs de projet. On adoptera la même approche que celle de l'examen à mi-terme. En outre, nous examinerons les rapports d'étape sur les évaluations de projet, puisqu'ils seront alors achevés.

En vue d'entreprendre l'examen des dossiers de projet, nous avons demandé que les trois bureaux régionaux de SC envoient au bureau d'EKOS à Ottawa, une copie des documents suivants (si disponibles) :

Projets des volets 1 et 2 qui sont terminés

- la plus récente proposition (assortie de la version préliminaire du plan d'évaluation);
- le plan d'évaluation révisé;
- les rapports de projet trimestriels;
- le rapport de projet final; et
- le rapport d'évaluation des projets (s'il n'a pas été intégré au rapport de projet final).

Projets des volets 2 et 3 qui sont en cours

- la plus récente proposition (assortie de la version préliminaire du plan d'évaluation);
- le plan d'évaluation révisé;
- les rapports de projet trimestriels rédigés à ce jour.

2.3 Examen de la documentation

Dans le cadre de l'examen à mi-terme, on a effectué une analyse de base des sources de données existantes (ou secondaires), ainsi que des documents relatifs à l'IPC et aux projets. Ce volet a fourni des renseignements de base utiles, ainsi que des données probantes sur la pertinence de certaines questions touchant l'évaluation. Nous avons passé en revue les documents suivants :

- *Consultation des intervenants sur l'Initiative pour la prévention des chutes d'Anciens Combattants Canada et de Santé Canada*, compte rendu de la réunion des 18 et 19 juillet 2000;
- comptes rendus des réunions et des téléconférences de l'équipe de gestion de IPC;
- rapports trimestriels des régions sur l'Initiative;
- estimations prévisionnelles de l'Initiative pour la prévention des chutes d'ACC et de SC;
- demande de propositions (pour la Colombie-Britannique, l'Ontario et les régions de l'Atlantique) pour les projets communautaires inscrits dans le cadre de l'Initiative pour la prévention des chutes d'ACC et de SC;
- document de référence sur la prévention des chutes;
- analyse environnementale des aides fonctionnelles;
- examen des ouvrages portant sur les aides fonctionnelles et les chutes;
- l'Initiative pour la prévention des chutes d'ACC et de SC : résumés des projets financés pour la période 2000-2004;
- *Répertoire des programmes canadiens de prévention des chutes chez les aînés vivant dans la communauté* et *Guide des meilleures pratiques pour la prévention des chutes chez les aînés vivant dans la communauté*, rédigés au nom du Comité des hauts fonctionnaires (aînés) fédéral-provincial-territorial à l'intention des ministres responsables des aînés, septembre 2001; et
- documents de prévention des chutes et de promotion de la santé (p. ex., de la documentation éducative rédigée à l'intention du public), publiés par Anciens Combattants Canada et Santé Canada.

2.4 Entrevues menées auprès d'informateurs clés

Les entrevues menées auprès de membres du personnel, de cadres et d'intervenants de l'Initiative pour la prévention des chutes, ainsi qu'auprès d'experts-conseils dans ce domaine, nous ont permis d'obtenir des observations et des opinions sur la plupart des questions de l'évaluation. Nous avons mené 16 entrevues pendant l'examen à mi-terme. Nous les avons effectuées au téléphone dans la langue officielle choisie par le répondant. Nous avons envoyé (par courrier électronique ou par télécopieur) un guide d'entrevue à toutes les personnes interrogées pour qu'elles le lisent avant leur rendez-vous; nous leur avons également assuré que les renseignements fournis resteraient confidentiels. Les entrevues ont duré de 60 à 90 minutes en moyenne.

Après consultation auprès du Groupe de travail chargé de l'évaluation, les informateurs clés ont été triés sur le volet parmi les groupes suivants :

- des représentants d'Anciens Combattants Canada, y compris la personne qui copréside l'Initiative, des employés des trois régions participantes et des représentants de la haute direction, par exemple des directeurs généraux régionaux;
- des représentants de Santé Canada, y compris la personne qui copréside l'Initiative, celle qui coordonne le programme national, celle qui est responsable des services de consultation touchant le programme national, des experts-conseils en matière de programme dans les trois régions participantes, et des représentants de la haute direction;
- des associations nationales, régionales ou provinciales d'anciens combattants;
- des organisations d'aînés établies à l'échelle nationale, régionale ou provinciale;
- des experts-conseils, des spécialistes et chercheurs en prévention des chutes;
- des intervenants des autres secteurs œuvrant dans le domaine de la prévention des chutes chez les anciens combattants et les aînés.

2.5 Groupes de discussion

Les groupes de discussion composés de promoteurs et de coordonnateurs de projet, de membres de personnel de projet, de partenaires et d'intervenants, d'aînés, d'anciens combattants et de fournisseurs de soins qui participent aux projets ou sont visés par ceux-ci se sont révélés d'utiles outils de recherche qualitative supplémentaire. Au cours de ces discussions de deux heures, un animateur a posé au groupe de cinq à dix participants des questions à développement sur l'importance du projet financé, sa mise en œuvre, les progrès accomplis et les leçons tirées.

Comme le montre le tableau 2.2, nous avons tenu en tout sept groupes de discussion. Nous nous sommes efforcés de faire porter chacun des groupes sur un certain nombre de projets différents, qui sont déployés dans divers centres et diverses régions géographiques, et qui présentent une nature ou un genre d'intervention connexe variés. En outre, l'un des groupes de discussion réunissait des francophones de la région de l'Atlantique. (Les participants pouvaient se faire rembourser leurs dépenses de voyage.) Tous les groupes de discussion se sont réunis aux bureaux régionaux de Santé Canada à Vancouver, à Toronto et à Halifax pendant la journée (c.-à-d. que, en général, une réunion se tenait le matin et une autre, l'après-midi). Les participants ont eu droit à des collations et ont reçu chacun 50 $ à titre d'honoraires. On a enregistré chacune des réunions afin d'en rédiger un bon compte rendu. Nous avons respecté le caractère strictement confidentiel des commentaires présentés par les participants.

TABLEAU 2.2

Composition des groupes de discussion et échéancier

	Coordonnateur de projet et membres du personnel de projet	Partenaires et participants de projet	Coordonnateurs de projet, membres du personnel, partenaires et participants
Ville	**Réunion en anglais**	**Réunion en anglais**	**Réunion en français**
Toronto	21 juin (matinée)	21 juin (après-midi)	–
Vancouver	5 juillet (matinée)	5 juillet (après-midi)	–
Halifax	8 juillet (matinée)	8 juillet (après-midi)	9 juillet (après-midi)

En guise de préparation aux réunions des groupes de discussion, nous avons demandé aux experts-conseils de programme de Santé Canada de nous aider à choisir (de façon objective) une diversité de représentants des projets et de participants aux groupes de discussion. Nous leur avons également demandé d'être les premiers à informer les coordonnateurs de projet choisis au sujet de la tenue des groupes de discussion. On a ensuite remis des lignes directrices à ces coordonnateurs qui devaient choisir (là encore, de façon objective) une équipe adéquate de membres du personnel de projet et de partenaires, ainsi que d'aînés, d'anciens combattants et de fournisseurs de soins participants; ils devaient les informer au sujet de la tenue des groupes de discussion, en plus de dresser une liste du nom et du numéro de téléphone des personnes qui pourraient y participer. Ensuite, on a confirmé la participation de chaque répondant par téléphone ou par courrier électronique.

2.6 Analyse intégrée

L'examen à mi-terme de l'Initiative pour la prévention des chutes comportait plusieurs séries de données aussi bien quantitatives que qualitatives; par conséquent, il a fallu procéder avec soin à une analyse intégrée de tous les volets de l'étude et en tirer une série de résultats et de conclusions logiques. Au cours de cette analyse, on a comparé les donnés recueillies de différentes sources pour voir lesquelles sont concluantes et mettre en contexte celles qui semblaient incomplètes ou contradictoires.

3. PERTINENCE

3.1 Importance et pertinence de l'Initiative

Les informateurs clés, les responsables d'ACC et de SC, les partenaires et les intervenants ont tous convenu que les projets communautaires de prévention des chutes sont toujours nécessaires et très pertinents. Comme la population canadienne se fait de plus en plus vieillissante (comme le révèlent de récentes données recueillies par Statistique Canada), ce besoin ne peut que s'accroître. Cette opinion se fonde sur les conclusions de recherche selon lesquelles les chutes constitueraient la principale cause de blessure chez les aînés. Comme ces derniers se blessent encore à la suite de chutes, les personnes interrogées considèrent qu'il y a un besoin constant de projets dans ce domaine. À l'échelle communautaire, les coordonnateurs de projet et les partenaires notent que leurs projets ont suscité beaucoup d'intérêt et d'enthousiasme, ce qui dénote que le besoin et la demande en mesures de prévention des chutes sont élevés. De plus, certains répondants soutiennent que les mesures de prévention des chutes devraient être étendues à une plus grande population partout au Canada. Une bonne part d'entre eux s'entendent également pour dire qu'il faut enseigner les mesures préventives et les soins requis après une chute (surtout aux fournisseurs de soins).

D'après bon nombre de partenaires et d'intervenants, les résultats commencent tout juste à se faire sentir, car nous n'avons pas encore rejoint tout le monde; dans de nombreuses régions, les initiatives fédérales constituent le seul moyen d'agir. Dans le même ordre d'idées, les participants aux groupes de discussion conviennent que nous avons grand besoin de projets communautaires de prévention des chutes.

Parmi les raisons données pour montrer l'importance de l'Initiative, mentionnons les suivantes :

- les mesures fédérales font ressortir des points importants;
- le problème de la prévention des chutes ne peut se régler « d'un seul coup » et doit faire l'objet d'activités de suivi;
- le domaine de la prévention des chutes est nouveau; et
- la possibilité de réduire le nombre d'hospitalisations (à la suite de chutes) permet de justifier grandement la prévention des chutes sur le plan financier.

Selon les informateurs clés et les participants aux groupes de discussion, les aînés et les anciens combattants qui ont le plus besoin d'aide sont entre autres les suivants : les personnes âgées en perte d'autonomie; les aînés qui ont plusieurs troubles de santé; ceux qui vivent dans les régions rurales; ceux qui vivent seuls et ne bénéficient pas des services d'aidants qui pourraient vérifier s'ils vont bien; les aînés qu'on arrive difficilement à rejoindre et qui ne

sont membres d'aucun organisme d'aînés ou d'anciens combattants; les 70 ans et plus et les 85 ans et plus (groupes d'âge à risque particulièrement élevé); les aînés peu actifs; les anciens combattants âgés qui souffrent de blessures; ceux qui sont mal nourris ou ne prennent pas leurs médicaments comme il se doit; et les personnes pauvres qui touchent des prestations d'aide sociale, ont un revenu fixe et ne reçoivent aucune prestation d'anciens combattants.

3.2 Complémentarité ou chevauchement des autres programmes

Les informateurs clés ont désigné un certain nombre d'autres programmes ou sources possibles de financement pour les projets de prévention des chutes au Canada, notamment des fonds provinciaux et municipaux; toutefois, certains d'entre eux n'étaient pas sûrs que tous ces programmes sont encore en vigueur. En outre, dans le *Répertoire des programmes canadiens de prévention des chutes chez les aînés vivant dans la communauté* (septembre 2001), on a répertorié 58 programmes dans l'ensemble du pays (il est possible toutefois que des programmes communautaires de plus petite envergure aient été oubliés dans cet examen).

Parmi les exemples fournis par les informateurs clés et les participants aux groupes de discussion, mentionnons les suivants :

- le projet « De pied ferme (Steady As You Go) » du Nouveau-Brunswick;
- la Clinique ambulatoire pour les blessures liées aux chutes et le programme d'étude sur les chutes de l'hôpital Queen Elizabeth II, en Nouvelle-Écosse;
- les travaux pratiques effectués dans la collectivité par l'administration centrale d'ACC;
- l'établissement de Sunnybrook, où l'on fournit des aides fonctionnelles;
- le programme des Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) de l'Ontario, qui permet d'éduquer les personnes à risque;
- les mesures prises par le gouvernement de la Colombie-Britannique pour former les fournisseurs de soins qui travaillent en milieu institutionnel dans le domaine de la prévention des blessures;
- les activités de promotion de la santé générale et celles liées aux programmes pour un mode de vie sain et une bonne forme physique qui sont exécutés à l'échelle locale;
- le financement restreint offert par les associations de services locales;
- les initiatives actuellement déployées par les départements de santé communautaire et les universités au Canada;
- le financement accordé par les gouvernements de l'Ontario et du Québec (au Québec, la prévention des chutes est intégrée au système de soins de santé);

- le financement accordé pour la promotion de la santé à l'échelle locale en ce qui concerne les chutes par des administrations régionales de la santé (p. ex., celles de Winnipeg et, peut-être, de la Colombie-Britannique);
- les activités effectuées par les préventionnistes de services des incendies qui se rendent chez les aînés pour discuter de prévention dans ce domaine;
- l'apport du Conseil canadien de la sécurité et de l'Association canadienne de normalisation;
- la contribution des Services sociaux, qui favorisent l'autonomie chez les aînés, entre autres en leur fournissant une aide financière, en les aidant à trouver un médecin et en leur fournissant les services d'une infirmière.

Les informateurs clés s'entendent pour dire que ces autres programmes ont tendance à compléter plutôt qu'à chevaucher les efforts déployés dans le cadre de l'Initiative pour la prévention des chutes. Bon nombre de ces programmes sont offerts seulement à l'échelle locale ou régionale et offrent un financement « fractionné » ou « ponctuel ». L'Initiative pour la prévention des chutes est le seul grand programme offert à l'échelle nationale, les autres sources de financement fédéral à l'intention des aînés se faisant à l'heure actuelle assez rares. Les répondants estiment que les chevauchements qui existent tout de même ont un aspect positif. Par exemple, les répondants ont déclaré que « le service d'urgence d'un hôpital peut fournir les mêmes renseignements à un client » que « les gérontologues, les physiothérapeutes [et] les travailleurs sociaux, qui servent les [mêmes] clients » que ceux de l'Initiative pour la prévention des chutes, et enfin que « puisque nous engageons les mêmes chercheurs, il y a ici non pas chevauchement, mais bien homogénéité. » Les répondants soulignent que le processus d'examen des propositions a permis de s'assurer que les projets inscrits dans le cadre de l'IPC complètent les autres programmes au lieu de les chevaucher. En outre, ils estiment que l'Initiative évite aussi les chevauchements en mettant l'accent sur les anciens combattants, les aînés et les fournisseurs de soins; ils soulignent également que le bon réseau de communication établi entre cette initiative et d'autres programmes ou sources de financement est une garantie de succès.

3.3 Suffisance des ressources et échéancier de l'Initiative

Les informateurs clés estiment que l'Initiative devrait atteindre une bonne partie de ses buts et objectifs au cours des deux prochaines années. Parmi les remarques positives présentées à ce sujet, mentionnons les suivantes : « tout se déroule comme prévu »; « les projets donnent des résultats et permettront de tirer d'importantes conclusions »; et « nous avons fait des progrès sur le plan de la sensibilisation et du soutien ». Toutefois, tous reconnaissent qu'il ne faut pas s'attendre à une grande réduction du nombre des chutes, ni de l'ampleur des soins de santé ou des coûts qui s'y rattachent pendant la période de mise en œuvre de cette initiative pilote. On s'attend à ce que les efforts déployés en vue d'établir des partenariats, de sensibiliser davantage la population, de renforcer les capacités, de mobiliser

les membres et les ressources des collectivités, et d'acquérir des connaissances portent fruit et garantissent le succès des mesures que l'on prendra dans le futur.

L'opinion des coordonnateurs de projet, des membres du personnel et des partenaires au sujet de l'échéancier de l'Initiative est plutôt partagée. Certains estiment que deux années sont suffisantes tant que les projets s'assortissent d'objectifs réalistes, alors que d'autres craignent qu'on n'arrive pas à obtenir de bons résultats en si peu de temps.

Les répondants ne sont également pas tous certains que le financement accordé dans le cadre des projets sera suffisant pour atteindre les buts et objectifs de l'Initiative. Dans l'ensemble, les informateurs clés se sont montrés satisfaits du montant et du degré de souplesse du financement accordé (c.-à-d. que les fonds peuvent être facilement transférés d'une région à l'autre). Ils soutiennent aussi l'approche adoptée dans le cadre de cette initiative pilote, qui consiste « à commencer à petite échelle et à prendre graduellement de l'ampleur »; en effet, si on avait « adopté l'approche habituelle qui consiste à déployer des efforts dans six régions, chacune d'entre elles se serait retrouvée avec moins de fonds pour mettre ces projets en œuvre ». Quoi qu'il en soit, bon nombre d'informateurs clés reconnaissent qu'il faudrait bien augmenter les fonds, notamment pour couvrir les frais généraux, offrir un financement plus stable aux organismes communautaires sous-financés, et favoriser l'expansion de l'Initiative à l'échelle nationale. Certains coordonnateurs de projet sont également de cet avis (p. ex., ils estiment que d'autres fonds seraient requis pour soutenir l'évaluation des projets et leur permettre d'accroître leurs efforts dans ce domaine), bien que la plupart se disent satisfaits du financement accordé à l'heure actuelle dans le cadre de ces projets.

Lorsqu'on a demandé aux informateurs clés de préciser s'ils jugent suffisantes les ressources humaines et financières actuellement offertes en vue de coordonner et de déployer l'Initiative, la plupart ont répondu par la négative. Les membres du personnel d'ACC et de SC ont consacré énormément d'heures supplémentaires aux activités d'administration et de coordination de l'Initiative – ils ne manquent sans aucun doute pas de « bonne volonté ». En outre, certains informateurs clés estiment qu'il faudrait accroître le budget de fonctionnement (p. ex., pour financer l'organisation d'ateliers et de réunions de groupe à l'intention des coordonnateurs de projet).

4. PARTENARIAT ÉTABLI ENTRE ACC ET SC ET MISE EN ŒUVRE DE L'INITIATIVE

4.1 Partenariat établi entre ACC et SC et gestion de l'Initiative

Dans l'ensemble, les informateurs clés d'Anciens Combattants Canada et de Santé Canada estiment que le partenariat établi entre les deux ministères permet de garantir l'efficacité de toutes les activités de gestion et de mise en œuvre touchant l'Initiative pour la prévention des chutes. Toutefois, on a dû faire face à des obstacles et à une « crise de croissance » en raison surtout des différences qui existent entre les deux ministères au chapitre de la culture, des priorités et des procédures organisationnelles. Par exemple, ACC a toujours mis l'accent sur la prestation de services directs et SC, sur la promotion de la santé. En outre, certains répondants ont constaté que les deux ministères partenaires faisaient preuve au départ d'un manque d'ouverture et de transparence (p. ex., ils omettaient de se transmettre certains renseignements). Même s'ils ont tout d'abord eu de la difficulté à établir ce partenariat, les deux ministères ont fini par résoudre leurs problèmes au moyen d'un processus d'éducation mutuelle; en outre, ils s'efforcent de toujours garder à l'esprit leur objectif primordial, à savoir prévenir les chutes chez les aînés et les anciens combattants. Pour reprendre les paroles d'un des répondants, « comme dans tout mariage, nous nous sommes heurtés à quelques obstacles, [mais] nous sommes fermement décidés à passer au travers. »

La plupart des répondants estiment que les responsabilités et rôles respectifs d'Anciens Combattants Canada et de Santé Canada sont clairs et convenables, même s'il faut composer avec certaines « zones grises ». Par exemple, certains membres du personnel de Santé Canada aimeraient savoir exactement dans quelle mesure ils doivent aider (s'il y a lieu) ACC à renforcer ses capacités dans le domaine de la santé de la population et de la promotion de la santé; ils souhaitent également mieux connaître les attentes et les besoins en information d'ACC pour tout ce qui concerne la prise de décisions relatives à l'Initiative. Les répondants d'ACC ont précisé aussi que les responsabilités de chaque ministère doivent être mieux délimitées, car on relève encore dans certaines régions des écarts qu'il faudrait resserrer; en outre, les responsables ne connaissent pas tous l'état d'avancement des projets déployés dans les régions. Le protocole d'entente établi au départ entre les deux ministères ne précisait pas bien en quoi consistent leurs responsabilités, sans compter que l'Initiative a évolué depuis.

L'opinion des répondants au sujet de la mesure dans laquelle le Comité mixte de gestion des programmes d'ACC et de SC arrive à bien gérer l'Initiative à l'échelle nationale est plutôt partagée. D'une part, les répondants de SC trouvent que le Comité est extrêmement efficace et inclusif (c.-à-d. que les parties ont autant l'occasion les unes que les autres de discuter de questions importantes), même si d'aucuns reconnaissent que le processus décisionnel est parfois lent. D'autre part, certains répondants d'ACC se sont montrés beaucoup moins satisfaits du Comité, par exemple en ce qui a trait à la diffusion et à l'échange

d'information entre ACC et SC (entre autres, au début de l'Initiative, on a omis de fournir des renseignements au sujet de projets que l'on envisageait de financer) et aux réunions nationales de nature souvent trop bureaucratique. Même si nous avons réalisé des progrès dans ce domaine, il y a encore place à l'amélioration.

En ce qui concerne le partenariat établi entre les bureaux régionaux d'ACC et de SC pour la gestion régionale de l'Initiative, les informateurs clés signalent que SC est tout à fait habilité à s'occuper des activités de coordination et de gestion; en effet, le personnel régional de ce ministère possède les compétences et l'expertise requises pour bien gérer les programmes de subventions et contributions, ainsi que pour participer aux projets communautaires. Les représentants d'ACC se disent d'accord, mais expriment des réserves, concernant l'utilisation du Fonds pour la santé de la population de SC. De toute évidence, les membres du personnel régional d'ACC et de SC ont fini par bien délimiter le rôle qu'ils devraient jouer. Selon l'un des informateurs clés, pour assurer une bonne gestion à l'échelle régionale, il faut avant toute chose que l'expert-conseil des programmes de SC porte une attention particulière à ses relations de travail avec le représentant régional d'ACC; l'énergie investie dans cette relation semble varier considérablement d'une région à l'autre.

Pendant les réunions des groupes de discussion, les coordonnateurs de projet, les membres du personnel et les partenaires ont pu présenter certaines observations au sujet de la gestion régionale de l'Initiative. Les participants à ces groupes se sont dits très satisfaits du processus de gestion et de coordination de l'Initiative, ainsi que de l'aide et de l'appui accordés par les experts-conseils des programmes de Santé Canada, qui ont fait preuve en outre d'une grande expertise et de souplesse. De plus, comme l'expert-conseil des programmes de SC communique de façon régulière avec le représentant d'ACC au sujet d'importantes questions liées aux projets, certains participants en déduisent que le partenariat établi entre ACC et SC est relativement efficace. Toutefois, certains coordonnateurs de projet se plaignent que leur fardeau administratif, par exemple l'obligation de remplir des formulaires et de rédiger des rapports périodiques, est un peu trop lourd et les détourne de leurs principales activités de projet. Quelques coordonnateurs de projet et membres du personnel ont l'impression que les représentants régionaux d'ACC sont absents ou jouent un rôle passif [5]. Ils proposent que les responsables d'ACC leur fournissent le nom de personnes-ressources pour tous les projets et jouent un rôle plus actif, par exemple dans le cadre des activités de promotion de l'Initiative et en engourageant la participation d'anciens combattants aux projets.

---

5. Ce sont là les perceptions de certains coordonnateurs de projet et membres du personnel, ce qui ne veut pas dire qu'elles soient fondées. Par exemple, dans la région de l'Atlantique, ACC a mis sur pied un comité de promotion de la santé (PS) de l'Atlantique; les coordonnateurs de projet ont rencontré leurs représentants de districts de la PS d'ACC, qui leur ont fait savoir que leurs points de service se situent dans les districts. En fait, bon nombre de ces représentants siègent aux comités de sélection des projets. D'après les conclusions tirées de ces groupes de discussion, il faudrait donc parfois que l'on fournisse aux coordonnateurs de projet le nom de leur personne-ressource à ACC (ou qu'on le leur rappelle), ainsi qu'une description du rôle qu'elle joue dans le cadre de l'Initiative pour la prévention des chutes. Il faudrait peut-être aussi préciser que les représentants régionaux d'ACC ne doivent pas jouer un rôle aussi important que les experts-conseils régionaux des programmes de SC dans la coordination de l'Initiative.

En ce qui concerne l'uniformité de la mise en oeuvre de l'Initiative dans les trois régions participantes, l'opinion des répondants clés est partagée. La plupart des personnes de SC interrogées estiment que la gestion et la mise en œuvre de cette initiative ont été effectuées de façon raisonnablement uniforme, tout en permettant une certaine souplesse pour adapter les projets aux besoins et aux capacités des régions; et que toutes les régions travaillent à l'unisson, puisqu'elles ont les mêmes priorités au chapitre du financement et de l'administration. Les répondants soulignent également que, malgré le fait que chaque région a ses propres priorités, les membres du personnel n'oublient pas que l'IPC est un programme national, et qu'ils doivent donc tirer des leçons de la mise en œuvre de leurs projets régionaux et permettre aux autres régions du pays de profiter de leur expérience. Par ailleurs, certains des répondants d'ACC estiment que les activités de gestion et de mise en œuvre de l'Initiative ne sont pas menées de façon efficace dans toutes les régions. Parmi les principales raisons à cela, mentionnons le fait que les deux ministères disposent d'un personnel insuffisant et surchargé. À l'intérieur des deux ministères, on estime que les téléconférences mensuelles et les réunions annuelles permettent de garantir l'homogénéité à l'échelle régionale, bien que certains répondants les jugent trop coûteuses et suggèrent d'en réduire le nombre.

Les répondants d'ACC et de SC conviennent tous que le protocole de communication conjointe manque de clarté et d'efficacité, bien que les communications se seraient effectivement améliorées depuis la mise en œuvre de l'Initiative. Ils s'entendent pour dire que la plupart des écarts dans ce domaine sont liés au fait que chaque ministère a ses procédures de communication propres. Par exemple, il a fallu mieux préciser les procédures touchant la diffusion de communiqués de presse et de communications aux deux ministres, car les protocoles de communication conjointe et d'entente n'en dressaient pas tous les points. La plupart des informateurs clés estiment que le protocole de communication porte encore à confusion et qu'il faut donc le clarifier.

4.2 Instrument de mise en œuvre de l'Initiative

L'opinion des informateurs clés au sujet de la pertinence et de l'efficacité du Fonds pour la santé de la population (FSP) en tant qu'instrument de financement de l'Initiative était plutôt partagée. Selon les représentants de SC, l'utilisation du Fonds doit absolument faire partie intégrante de ce processus. Le FSP est le meilleur outil dont dispose SC dans ce domaine; en outre, comme ACC voulait commencer à utiliser les fonds rapidement, les subventions et les contributions se sont révélées le meilleur moyen de le faire. De plus, en utilisant ce fonds, on a encouragé les demandeurs à tenir compte des grands déterminants de la santé dans leur proposition. Par ailleurs, certains répondants d'ACC se sont dits fort intéressés à administrer leurs propres projets, à compter sur leur expertise personnelle des aînés et des anciens combattants, ainsi qu'à adopter une approche de services beaucoup plus pratique que celle préconisée dans le cadre du FSP, qui est axée sur la promotion de la santé. Ils craignent que cette approche n'entraîne un chevauchement des projets au lieu de permettre l'innovation dans ce domaine, surtout pour tout ce qui touche à l'élaboration des trousses d'information et à la diffusion de l'information. Certains représentants d'ACC se demandent

également si le montant requis pour couvrir les frais généraux liés à l'administration du FSP ne serait pas excessif; par conséquent, ils estiment que ce serait peut-être plus rentable pour ACC de se charger lui-même de l'Initiative, et que ces fonds seraient utilisés à meilleur escient pour la prestation de services directs aux collectivités.

Les personnes interrogées considèrent toutes comme adéquates et raisonnables les exigences relatives aux propositions, qui sont établies dans le document intitulé *Fonds pour la santé de la population – Guide du requérant*. En outre, les représentants régionaux estiment qu'il était nécessaire de discuter avec les membres des collectivités pour leur expliquer le processus et aider ceux qui n'ont jamais rédigé une proposition à bien le faire. Les coordonnateurs de projet interrogés pendant les réunions des groupes de discussion estimaient aussi que la plupart des exigences relatives aux propositions étaient claires; en outre, ils se sont dits satisfaits du processus touchant les demandes de financement, ainsi que de l'aide dont ils ont bénéficié pour la révision de leur proposition. Toutefois, certains d'entre eux soulignent qu'on aurait pu mieux annoncer l'Initiative au moment de son lancement, puisque c'est seulement « par hasard » qu'ils ont entendu parler de cette source de financement.

Les répondants conviennent également que le processus d'examen des propositions s'est déroulé de façon équitable et efficace. Dans l'ensemble, on juge ce processus bien étayé, puisqu'il comportait la présentation de lettres d'intention, un examen des propositions et des procédures d'acceptation des projets. Les comités d'examen — composés d'universitaires, d'experts, d'aînés, d'anciens combattants, de représentants communautaires, et de membres du personnel d'ACC et de SC – ont bien passé en revue les propositions et en ont discuté à fond. Une poignée de répondants d'ACC se sont toutefois plaints du fait que les demandeurs doivent bien savoir comment rédiger ces propositions, de sorte que les plus expérimentés dans ce domaine ont plus de chances que les autres d'obtenir le financement voulu.

En ce qui a trait à la promptitude avec laquelle on a répondu aux demandeurs, les répondants d'ACC et de SC conviennent que le processus a été quelque peu retardé en raison de problèmes d'ordre bureaucratique et de modifications ministérielles. En outre, il a fallu consacrer pas mal de temps à certaines propositions pour bien les évaluer, sans compter que plus de propositions que prévu exigeaient des révisions. Certains des répondants d'ACC estiment que ces retards ont nui à la bonne marche financière de ces projets, alors que les répondants de SC jugent ces retards tout à fait normaux dans ce genre de processus. Pendant les réunions des groupes de discussion, certains coordonnateurs de projet ont également souligné que les retards avaient freiné quelque peu les progrès de leur projet.

En général, les répondants conviennent que le processus en trois volets qui est utilisé pour les demandes de propositions est utile et efficace, bien qu'il pose problème à certains égards. La plupart des informateurs clés sont satisfaits du volet 1, qui a permis d'établir un partenariat, d'évaluer les besoins des collectivités et de les sensibiliser. De plus, on a souligné l'importance des activités d'élaboration au cours des consultations nationales menées auprès des intervenants en juillet 2000. Cependant, d'après certains répondants d'ACC, le volet 1 aurait duré trop longtemps; en effet, la plupart des fonds auraient dû servir aux projets du volet 3, car c'est seulement de cette façon qu'on aurait pu vraiment toucher les groupes cibles.

Parmi les points forts du processus en trois volets utilisé pour les demandes de proposition que l'on a relevés, mentionnons les suivants :

- le volet 1 a permis d'établir des relations et des réseaux clés (p. ex., avec les organismes d'anciens combattants) et de susciter davantage l'intérêt des intervenants et des chercheurs pour le projet entrepris;
- elle a permis de prendre le temps de cerner les besoins des collectivités et d'écouter leur avis au sujet de l'orientation que devraient prendre les projets; et
- les trois volets ont fourni l'occasion d'observer les progrès de l'Initiative sur une plus longue période.

En ce qui concerne les points faibles et les problèmes relevés dans le cadre de cette approche, les répondants ont présenté ces commentaires :

- on a éprouvé des difficultés à bien répartir les fonds affectés aux projets dans les régions géographiques isolées (plus les frais de voyage sont élevés, moins il reste de fonds pour le projet);
- on a éprouvé des difficultés à expliquer les trois volets aux demandeurs, et bon nombre de coordonnateurs de projet ont signalé qu'elles portaient effectivement à confusion quand on les a interrogés à ce sujet pendant les réunions des groupes de discussion;
- certains coordonnateurs de projet du volet 1 tenaient pour acquis qu'ils recevraient des fonds pour le volet 3 et ont donc été surpris lorsqu'on leur a demandé de réviser leur proposition pour ce dernier volet;
- la participation au volet 2 s'est révélée moins forte que prévu, et certains des projets prévus pour cette période n'ont pas pu être adéquatement élaborés, faute de temps; et
- les projets du volet 3 sont contraints de produire des résultats en peu de temps.

La plupart des informateurs clés qui ont donné leur avis à ce sujet estiment que les projets financés dans le cadre des volets 1 et 3 ont tiré pleinement parti de la phase initiale d'élaboration. Les coordonnateurs des projets du volet 3 estiment que les activités d'élaboration effectuées au cours du premier volet étaient essentielles et utiles à leur projet. Toutefois, certains répondants d'ACC signalent que quelques responsables de projet ne comprenaient pas bien les exigences relatives au financement du volet 3 (p. ex., certains d'entre eux ont sous-estimé l'exigence selon laquelle leur proposition devait se fonder de façon logique et précise sur les activités d'élaboration effectuées dans le cadre de leur projet du volet 1).

4.3 Surveillance du rendement et évaluation de l'Initiative

a) Résultats des entrevues et des groupes de discussion

D'après les informateurs clés d'ACC et de SC, on a établi d'assez bons plans d'évaluation des projets dans le cadre du processus de demande de financement; en outre, les responsables des projets sont maintenant arrivés à différents stades de révision de leur plan et ont entrepris le processus d'évaluation. Même si la plupart des évaluations de projet se déroulent dans les délais prévus, certains rapports ayant déjà été rédigés et publiés, une partie d'entre elles sont en retard. Par exemple, certains responsables de projet n'arrivent pas à fixer des objectifs réalistes et mesurables. La plupart des coordonnateurs de projet qui ont participé aux groupes de discussion ont également précisé que leurs plans d'évaluation de projet avançaient bien. Les évaluateurs de projet interrogés signalent être arrivés à différents stades de révision et d'application des plans d'évaluation de projet. La moitié d'entre eux ont précisé que leur plan est terminé et qu'ils ont commencé la cueillette des données requises, alors que les autres ont précisé qu'ils ne l'avaient pas encore terminé mais « qu'ils y travaillaient ».

Dans l'ensemble, les évaluateurs et les coordonnateurs de projet on trouvé utiles les ateliers d'évaluation des projets organisés cette année et le guide pour l'évaluation des projets communautaires « tant par la qualité de leur contenu que par le fait que cela nous a réunis ». Une faible proportion d'évaluateurs soulignent toutefois que l'atelier risquait d'être beaucoup moins utile à ceux qui savent déjà très bien comment fonctionne le processus d'évaluation. La plupart des évaluateurs conviennent que l'horaire des ateliers était adéquat, bien que certains évaluateurs et coordonnateurs trouvent qu'il aurait fallu les tenir plus tôt, c'est-à-dire au début de l'Initiative, pour qu'ils soient vraiment utiles. Tous ces commentaires sont conformes à ceux présentés dans les questionnaires distribués à la fin des ateliers sur l'évaluation des projets, et qui révèlent un fort taux de satisfaction à l'égard des ateliers ainsi que pour le réseau qu'ils ont permis d'établir.

La plupart des informateurs clés et des évaluateurs de projet conviennent que les exigences touchant l'évaluation des projets sont claires et raisonnables, mais une faible proportion de répondants d'ACC aimeraient bien qu'on les simplifie. À l'opposé, certains évaluateurs de projet estiment que les exigences sont déraisonnables compte tenu du montant restreint des fonds alloués pour l'évaluation (comme nous le verrons plus loin).

En général, les informateurs clés s'accordent pour dire que les projets ont reçu un soutien pouvant leur permettre de se conformer aux exigences en matière d'évaluation. Toutefois, certains répondants d'ACC signalent que des fonds supplémentaires seraient utiles pour couvrir les frais généraux engagés au début du projet. L'opinion des évaluateurs de projet est partagée en ce qui concerne la question du financement de projet affecté à l'évaluation : environ la moitié d'entre eux considère que le financement et le soutien de projet ne sont pas suffisants pour garantir une évaluation adéquate des projets, l'autre moitié est de l'avis contraire. Certains des coordonnateurs de projet consultés pendant les réunions des groupes de discussion se sont également dits préoccupés par le fait qu'on ne dispose pas

de ressources humaines suffisantes pour entreprendre une évaluation des projets. Hormis le financement, cependant, les évaluateurs se sont entendus pour dire qu'ils n'ont pas besoin d'aide supplémentaire pour évaluer les projets.

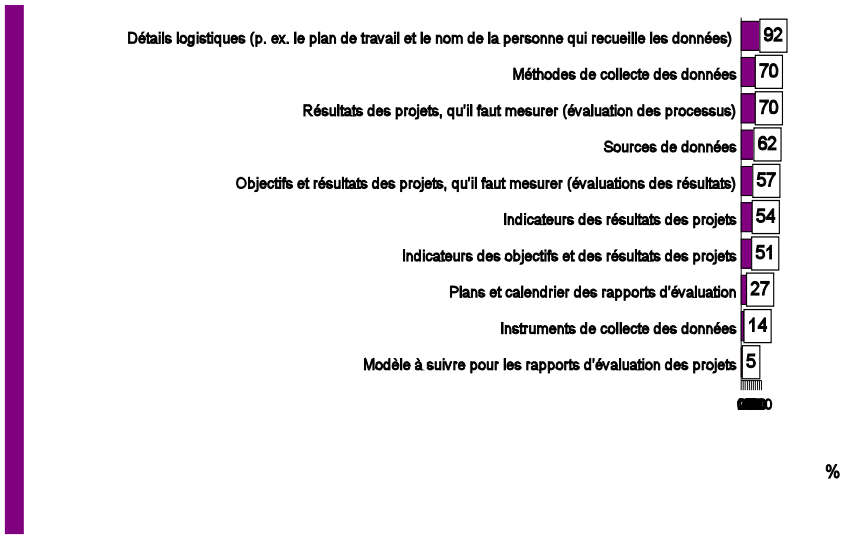
Les informateurs clés de SC estiment que des renseignements utiles et valides sur le rendement des projets sont ou seront recueillis au cours de l'évaluation, et les responsables des projets travaillent actuellement ensemble en vue de produire les données requises. En fait, ils signalent qu'on porte une attention toute particulière à l'évaluation dans le cadre de cette initiative et des projets financés, par rapport aux programmes habituels de subventions et de contributions accordées par le Ministère. La plupart des répondants d'ACC ne sont pas encore en mesure de discuter des progrès des évaluations de projet (p. ex., parce que certains d'entre eux n'ont pas encore passé en revue les rapports); en outre, certains se sont dits surpris qu'on n'ait pas déjà renforcé les capacités d'évaluation de SC pour soutenir l'administration du Fonds pour la santé de la population et des projets financés dans ce cadre.

b) Résultats de l'examen des dossiers

L'examen des plans d'évaluation de projet présentés dans les propositions, ainsi que de la version révisée de ces plans rédigée par les responsables de dix projets, révèle que plus de la moitié des projets comportent la plupart des principaux éléments d'un bon plan d'évaluation (voir la figure 4.1). Les dossiers de projet de l'IPC (n=37) montrent que les plans d'évaluation des projets fournissent surtout des détails logistiques (92 %, soit 34 projets), les méthodes utilisées pour recueillir des données et les résultats des projets à mesurer (70 %, soit 26 projets, dans chaque cas). Plus de 60 % des projets (23) désignent leurs sources de données, alors qu'un peu moins précisent les objectifs du projet et les résultats à mesurer (57 %, soit 21 projets) ou les indicateurs des objectifs ou des résultats des projets (51 %, soit 19 projets). Plus de la moitié des projets (20) mentionnent des indicateurs de résultat des projets. Les plans d'évaluation ne comportent pas souvent un plan ou un calendrier de rapports sur l'évaluation (10 projets), et sont peu nombreux à décrire les instruments de collecte des données (cinq projets) ou à présenter un modèle de rapport d'évaluation des projets (deux projets). Toutefois, les experts-conseils des programmes de SC ont fourni aux responsables de projet le modèle et le calendrier des rapports.

L'examen des dossiers de projet révèle également que la collecte des données avait commencé pour 13 (35 %) de ces projets.

FIGURE 4.1
Éléments du plan d'évaluation



Les Associés de recherche
EKOS Inc.

Examen des dossiers des projets inscrits de l'IPC , 2002

n=37

5. RÉSULTATS CLÉS OBTENUS À CE JOUR

5.1 Mise en œuvre des projets et résultats préliminaires

a) Conception et évolution des projets

Les informateurs clés signalent qu'on en est arrivé à diverses étapes de la mise en œuvre des projets dans les collectivités participantes. Les projets du volet 3, par exemple, n'en sont encore qu'aux stades préliminaires et n'ont donc pas encore permis d'obtenir beaucoup de renseignements, alors que les projets du volet 2 qui ont reçu des fonds l'année dernière suivent l'échéancier prévu et ont bien avancé. Par exemple, ces projets ont permis de nouer des liens ou d'encourager la participation, de mettre sur pied des comités consultatifs, ainsi que d'organiser des ateliers et des groupes de discussion. De même, un projet national diffuse actuellement de l'information et des données sur les progrès accomplis à ce jour.

Les informateurs clés et les participants aux groupes de discussion conviennent que les projets sont mis en œuvre à peu près comme prévu, malgré de légers retards et des changements résultant de « circonstances imprévisibles ». Par exemple, on a modifié le montant des frais de voyage prévu pour un comité consultatif suite aux attaques terroristes du 11 septembre 2001 aux États-Unis. D'après l'examen des dossiers de projet, on constate également que, malgré tout, la mise en œuvre des projets va bon train.

Les principaux obstacles à la mise en œuvre des projets sont les suivants :

- l'isolement géographique de certains projets;
- le manque de transport public dans certaines régions;
- la participation d'ACC aux communications;
- les efforts déployés en vue de favoriser la collaboration entre les collectivités ou les organismes qui font face aux mêmes problèmes;
- les changements de personnel;
- la perception des professionnels selon laquelle les aînés et les anciens combattants sont non pas des partenaires, mais des clients;
- les difficultés qu'on éprouve à communiquer avec les anciens combattants et à obtenir leur participation à certains projets;
- la difficulté de convaincre les aînés, notamment les hommes et les personnes en bonne santé, de participer à ces projets et d'effectuer des changements;
- la grande part de temps et d'efforts qu'il faut consacrer aux partenaires pour obtenir leur participation;

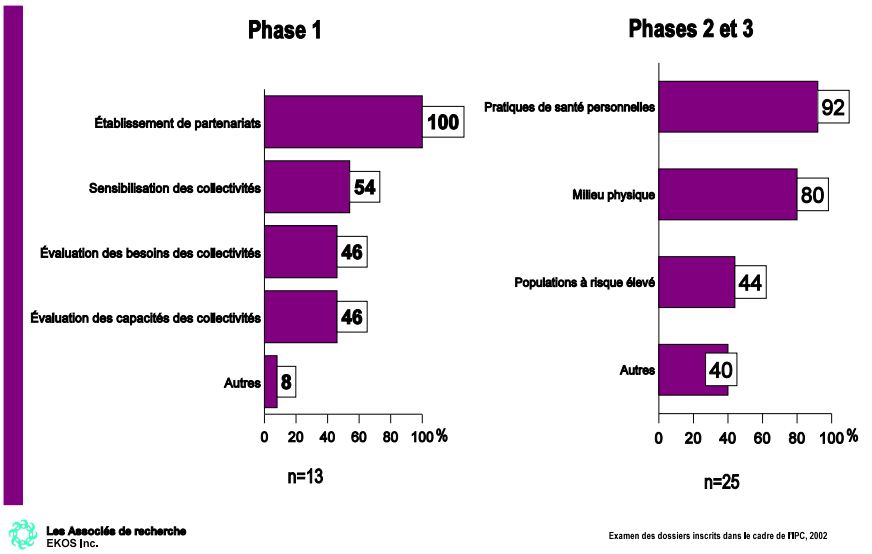
- le temps que prend l'évaluation des projets;
- les relations avec les dirigeants politiques municipaux, relations qui peuvent avoir des répercussions sur le mode de prestation des projets.

La plupart des évaluateurs de projet signalent aussi que les travaux avancent comme prévu bien que lentement, surtout pendant l'été. La majeure partie des évaluateurs ont signalé qu'ils venaient de se joindre à l'équipe. Quoi qu'il en soit, ils estiment que les projets se déroulent bien, selon l'échéancier prévu, malgré quelques modifications. L'un des évaluateurs ajoute que le projet dont il s'occupe « a avancé et continue dans cette direction ». Au chapitre des difficultés ou des obstacles que pose le processus de mise en œuvre, les évaluateurs notent ceci : « rassembler des groupes d'aînés pose parfois problème », comme l'établissement de relations avec les anciens combattants; en raison d'un manque de ressources humaines et de fonds, on a éprouvé des difficultés à trouver des coordonnateurs et des évaluateurs qualifiés; on s'est buté à des problèmes liés à la participation continue des bénévoles; enfin, la transition du volet 1 au volet 3 s'est mal effectuée en raison du laps de temps qui s'est écoulé entre la réception des résultats du volet 1 et la présentation d'une proposition pour le volet 3.

Sur le plan de la clientèle ciblée, les informateurs clés conviennent que les projets respectent bien les priorités de financement établies pour l'Initiative, car « autrement, ceux-ci ne seraient pas financés ». Les participants aux groupes de discussion sont d'accord sur ce point. Toutefois, certains répondants se disent préoccupés par le fait que les centres d'accueil ne participent pas à l'Initiative pour la prévention des chutes. Quelques répondants craignent également qu'on ait élaboré trop d'outils éducatifs, par rapport au petit nombre de projets portant sur l'application et l'intégration de ces renseignements dans la vie des aînés, des anciens combattants et des fournisseurs de soins. En outre, les personnes interrogées et les participants aux groupes de discussion s'entendent pour dire que les projets sont bien adaptés aux besoins spéciaux de leur groupe cible. Par exemple, aux dires d'un répondant, « les gens accordent plus d'importance aux chutes chez les anciens combattants ».

Conformément aux résultats des entrevues et des groupes de discussion, l'information tirée des propositions et des rapports de projet révèle que les projets sont très bien axés sur les priorités de financement établies pour l'Initiative (voir la figure 5.1). Les dossiers de projet montrent que les projets du volet 1 (n=13) portent tous sur l'établissement de partenariats, de ce nombre, environ la moitié vise également à sensibiliser la collectivité et à évaluer ses besoins et capacités. Par ailleurs, la plupart des projets des volets 2 et 3 (n=25) portent sur les pratiques de santé personnelles (92 %, soit 23 projets) et le milieu physique (80 %, soit 20 projets). Moins de la moitié de ces projets (11 projets) sont centrés sur les populations à risque élevé. Certains projets des volets 2 et 3 (40 %, soit 10 projets) portent également sur d'autres questions comme les réseaux de soutien social, l'éducation, les services de santé communautaires, les aînés des Premières nations (problèmes de langue), et les aînés des minorités ethniques (p. ex., Punjabi, Chinois).

FIGURE 5.1
Objectifs de projet



b) Participation des aînés et des anciens combattants

Les informateurs clés, les participants aux groupes de discussion et les évaluateurs de projet décrivent un certain nombre de moyens par lesquels les aînés, les anciens combattants ou les fournisseurs de soins participent aux projets financés. Par exemple, les groupes cibles ont participé à l'étape de présentation des propositions, pour ensuite jouer un rôle actif à titre de membres de comités consultatifs, de bénévoles, d'animateurs, ou encore de participants aux groupes de discussion. D'autres projets encouragent la participation des aînés et des anciens combattants au processus visant à déterminer l'orientation du projet. Les projets favorisent également la participation de groupes cibles aux activités faisant la promotion des projets de prévention des chutes, notamment celles portant sur les aides fonctionnelles. Des informateurs clés se sont toutefois dits préoccupés par le fait que certains organismes d'anciens combattants ne participent que de façon symbolique. En outre, quelques évaluateurs de projet soulignent que les fournisseurs de soins n'ont pas tellement adhéré à cette initiative.

Tous les répondants conviennent que la participation des aînés, des anciens combattants et des fournisseurs de soins est essentielle et utile, la prévention des chutes représentant un problème pour eux, pour d'autres aînés canadiens et pour ceux qui s'en occupent. L'un des représentants régionaux a déclaré : « Ils savent bien ce dont ils ont besoin et devraient donc pouvoir le préciser clairement; après tout, il s'agit de leur vie. » Leur participation permet d'améliorer les projets et de les rendre crédibles.

c) Utilisation d'approches novatrices

Les informateurs clés signalent que les projets sont novateurs, créatifs et informatifs, c'est-à-dire qu'ils sont fondés sur des données probantes ou portent sur de nouvelles questions. Par exemple, on n'avait accordé que peu d'attention aux aides fonctionnelles jusqu'à ce qu'on désigne ce secteur comme une priorité nationale au cours des consultations menées auprès des intervenants dans le cadre de l'Initiative. En outre, si la collecte des données sur les chutes a été réalisée (jusqu'à un certain point) pour quelques projets, on mentionne aussi avoir utilisé un moyen novateur, fondé sur des méthodes d'obtention ou de diffusion de l'information auprès des aînés canadiens, pour recueillir ces données auprès des aînés : on leur a donné un agenda pour qu'ils y tiennent un registre de leurs chutes. On mentionne également que, bien qu'on ait déjà utilisé des trousses d'information sur les aides fonctionnelles dans d'autres provinces (p. ex., en Colombie-Britannique et en Alberta), celles-ci seront utilisées de façon différente dans le cadre de l'Initiative pour la prévention des chutes, surtout parce que son approche est axée sur la santé de la population. Autre approche novatrice mentionnée : les responsables d'un projet à Ottawa ont fourni aux aînés des appareils photos pour qu'ils photographient des lieux jugés sécuritaires ou risqués (en fonction des facteurs de risque s'appliquant aux chutes) dans la collectivité.

d) Résultats préliminaires

Dans l'ensemble, les informateurs clés et les participants aux groupes de discussion sont satisfaits des progrès accomplis à ce jour, notamment en ce qui concerne la sensibilisation, la participation et l'intérêt des groupes cibles, des décideurs et des collectivités où les projets sont mis en œuvre. Comme la prévention des chutes a fait la manchette dans les médias (p. ex. dans les journaux locaux et nationaux) et que le secteur médical, les universités et les chercheurs s'intéressent de plus en plus à la question, on diffuse davantage d'information sur le sujet, et la demande augmente sans cesse. Parmi les autres résultats préliminaires obtenus, mentionnons les suivants : l'établissement de partenariats; les résultats préliminaires d'une étude (qui permetta d'établir le profil des aînés et des anciens combattants); la collecte de nouvelles données sur les admissions à l'hôpital pour des blessures attribuables à des chutes; et la prévention de l'isolement social chez certains aînés (p. ex., des séances d'exercice grâce auxquelles les participants profitent d'un soutien social et acquièrent une meilleure estime de soi). D'autres informateurs clés ne sont pas encore en mesure de présenter des résultats préliminaires, car bon nombre de projets (ou d'évaluations) viennent tout juste de commencer.

À ce stade, l'examen des dossiers de projet n'a permis d'établir des résultats préliminaires que dans très peu de cas (n=7). Parmi ceux obtenus à ce jour, mentionnons les suivants : une meilleure connaissance des facteurs de risques liés aux chutes (sept projets); les changements de comportement qui donnent lieu, entre autres, à de meilleures pratiques de santé personnelles (trois projets); des changements environnementaux à la maison et dans la collectivité (un projet); et l'utilisation accrue d'aides fonctionnelles (un projet). Plus de la moitié de ces dossiers de projet font également état d'un certain nombre d'autres résultats et avantages (p. ex., l'augmentation du nombre ou de la portée des partenariats, l'accroissement

de la demande en information sur la prévention des chutes, et la mise en œuvre de projets connexes administrés par d'autres groupes communautaires).

5.2 Acquisition de connaissances

Dans le cas de l'examen à mi-terme de l'Initiative, l'acquisition de connaissances clés découle des leçons tirées au sujet des partenariats communautaires. Les informateurs clés précisent avoir appris les leçons suivantes sur l'établissement et le renforcement de partenariats communautaires pour les projets de prévention des chutes :

- on a tout avantage à surveiller les fonds de près;
- « l'échange d'information est essentiel »;
- il faut effectuer beaucoup de tâches de première ligne, ce qui comprend fournir de l'information, préciser les rôles, favoriser la communication et le dialogue, susciter des occasions de discussion et veiller constamment à alimenter cet échange;
- dans plusieurs cas, il faut consacrer davantage de temps et d'efforts à l'établissement et au maintien des partenariats communautaires qu'à la réalisation du projet;
- on peut éprouver des difficultés à obtenir l'engagement des anciens combattants et des membres des Légions;
- pour établir des partenariats, il faut d'abord sensibiliser les partenaires éventuels à l'importance de leur participation;
- on devrait « faire preuve d'un esprit novateur » pour les partenariats (p. ex., on pourrait essayer de trouver de nouveaux moyens d'obtenir des contributions en nature);
- « c'était la meilleure façon de sensibiliser l'ensemble de la collectivité »;
- une plus grande participation des organismes nous aiderait à travailler à l'extérieur des frontières municipales.

Voici une liste des facteurs qui ont favorisé l'établissement de partenariats efficaces :

- la mesure dans laquelle on peut consacrer du temps et des ressources à l'établissement de partenariats;
- la participation d'experts-conseils régionaux de SC qui reconnaissent l'importance de l'apport d'un bon nombre de partenaires provenant de différentes régions;
- le soutien du personnel national en vue de désigner les partenaires les plus compétents;
- l'engagement du personnel et des bénévoles à participer au projet;

- une approche pratique pour l'établissement de partenariats (p. ex., des réunions en personne);
- la sélection d'une personne de l'organisme partenaire qui serait déterminée, proactive et agirait à titre de personne-ressource principale;
- une bonne communication au sujet de l'Initiative à l'échelle nationale;
- l'élaboration d'une bonne structure préliminaire de partenariat (p. ex., une structure qui précise clairement le rôle des partenaires).

Certains aspects freinent l'établissement d'un partenariat, notons entre autres les suivants :

- le peu de temps dont on dispose pour établir des partenariats et terminer les projets;
- les difficultés qu'on éprouve à établir des partenariats avec d'autres secteurs que celui des soins de santé;
- le défi de composer une équipe de partenaires équilibrée et compétente pour un projet précis;
- les limites géographiques (p. ex., les partenaires éventuels sont moins nombreux dans les collectivités petites ou éloignées);
- la réduction du bassin de bénévoles en raison d'un âge avancé;
- les tensions qui peuvent se faire sentir entre les spécialistes et les aînés ou les anciens combattants (lorsque les professionnels considèrent les aînés et les anciens combattants comme non pas des partenaires, mais des comme des « clients »);
- les contraintes du gouvernement fédéral (p. ex., les échéanciers, les procédures administratives, la paperasserie et l'obligation d'adopter une « approche novatrice »);
- le fait qu'on n'ait pas d'aperçu général de tous les projets de l'IPC – ce qui est nécessaire pour que tous les coordonnateurs de projet connaissent l'ensemble des autres projets et partenaires.

5.3 Renforcement des capacités

a) Établissement de partenariats

Les informateurs clés et les participants aux groupes de discussion signalent qu'une diversité de partenaires participent à l'Initiative et aux projets financés de façon directe ou indirecte. Parmi ces partenaires, mentionnons les suivants : des anciens combattants, des aînés, des organismes non gouvernementaux ou sans but lucratif, des administrations municipales ou régionales, des gouvernements provinciaux et des membres du secteur privé.

Certains répondants d'ACC aimeraient toutefois que les ministères provinciaux de la santé prennent davantage part à cette initiative.

Au nombre des partenaires qui participent le plus à l'Initiative, on compte :

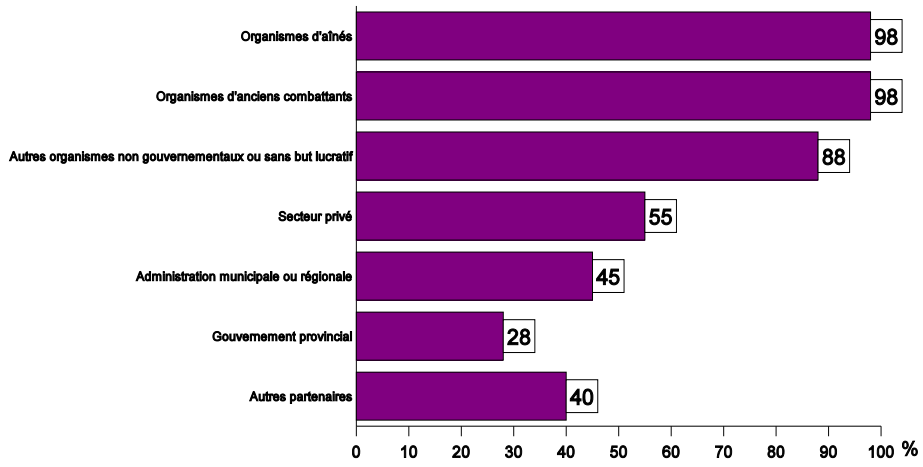
- des organismes d'anciens combattants comme la Légion royale canadienne;
- des organismes d'aînés comme l'Association canadienne des individus retraités (ACIR ou, en anglais, CARP).

Parmi les autres groupes qui y participent un peu moins, mentionnons les suivants :

- des ONG (p. ex. la Société Alzheimer du Canada);
- des organismes et associations du secteur privé (p. ex. une association pharmaceutique et la Chambre du commerce);
- des universités (pour l'élaboration de manuels et la mise en œuvre de certains projets de l'IPC);
- l'Association canadienne de normalisation, notamment son comité technique de conception à l'intention des aînés (pour la conception d'aides fonctionnelles destinées aux aînés, l'apport de contributions financières);
- des Centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario (pour le cofinancement des services domestiques);
- des services d'urgence/ambulatoires et d'incendie municipaux;
- des services municipaux de santé et des résidences pour personnes âgées;
- des professionnels de la santé (p. ex. des physiothérapeutes);
- le ministère de la Santé de l'Ontario (le Groupe de travail sur la sûreté et la sécurité, notamment);
- des représentants des collectivités ethnoculturelles;
- de grandes chaînes de magasin (p. ex. Home Depot et Shoppers Drug Mart).

Conformément aux résultats obtenus dans les entrevues et les groupes de discussion, l'examen des dossiers de projet révèle que les projets comportent un bon nombre de partenaires compétents (voir la figure 5.2). Ces dossiers (n=40) montrent que tous les projets ont obtenu la participation d'organismes d'aînés et d'anciens combattants. Des groupes non gouvernementaux ou sans but lucratif participent également à environ neuf projets sur dix, sans compter que près de la moitié des projets ont permis l'établissement de partenariats avec le secteur privé et l'administration municipale ou régionale, et le quart des projets, avec le gouvernement provincial.

FIGURE 5.2
Partenaires de projet



Les Associés de recherche
EKOS inc.

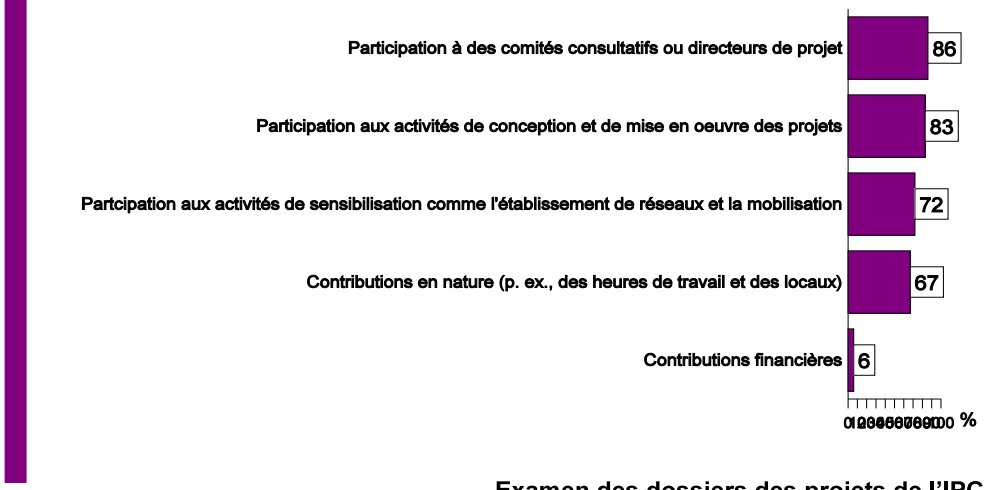
n=40

Examen des dossiers des projets d'IPC, 2002

Les informateurs clés signalent que les partenaires participent aux projets de diverses façons. Ils effectuent des contributions en nature, passent en revue les propositions de projet, fournissent une rétroaction, favorisent l'établissement de réseaux, et encouragent les anciens combattants et les aînés à participer aux réunions d'intervenants et aux des groupes de discussion. De même, comme l'illustre la figure 5.3, les dossiers de projet (n=36) révèlent que les partenaires siègent en général aux comités consultatifs ou aux comités directeurs des projets et contribuent à la conception et à la mise en œuvre des projets (plus de 80 % des projets dans chaque cas). Les partenaires de près de 70 % des projets participent également aux activités de sensibilisation en favorisant l'établissement de réseaux et la mobilisation des gens; ils fournissent aussi des contributions en nature (p. ex., des heures de travail, des locaux et des fournitures).

Certains informateurs clés signalent avoir déjà noué des liens avec ces partenaires avant la mise en œuvre de l'Initiative; par ailleurs, la plupart d'entre eux déclarent avoir pu établir de nouveaux partenariats susceptibles d'entraîner des modifications politiques et environnementales dans le domaine de la prévention des chutes. On cite par exemple les relations établies avec des ergothérapeutes et d'autres professionnels de la santé qui oeuvrent auprès des aînés ou encore avec des universitaires qui effectuent des recherches pouvant servir à la formulation de politiques. Toutefois, une faible proportion de répondants soulignent que les modifications environnementales et la formulation de politiques est un objectif à long terme dont il faudrait tenir compte plus tard.

FIGURE 5.3
Participation des partenaires



Examen des dossiers des projets de l'IPC, 2002
n=36

Les Associés de recherche
EKOS Inc.

Moins de la moitié des représentants d'ACC et de SC estiment que tous leurs partenaires éventuels connaissent l'Initiative. Au dire de l'un des répondants de SC, « tous les principaux experts dans ce domaine participent à cette initiative, [quoique] de petits groupes ne la connaissent peut-être pas encore... » Toutefois, la plupart des représentants d'ACC et quelques répondants de SC se demandent effectivement s'il existe, « au sein des collectivités, des organismes qui n'ont jamais entendu parler de l'Initiative ou du processus de proposition, et qu'on aurait avantage à impliquer » (c.-à-d., des groupes qui oeuvrent de façon continue auprès des aînés). Lorsqu'on leur a demandé dans quelle mesure le renforcement des capacités dans ce domaine est limité par le nombre de partenaires qui oeuvrent en prévention des chutes, les deux ministères ont souligné que l'Initiative devrait profiter du plus grand nombre possible de partenaires. Selon l'un des répondants d'ACC, « plus la participation sera grande, mieux nous arriverons à déployer des gens et à diffuser de l'information ». Toutefois, les répondants d'ACC reconnaissent que les deux ministères ne recherchent probablement pas le même genre de partenaires – SC pourrait demander l'aide de professionnels (p. ex., par l'entremise de consultations) qui n'oeuvrent pas directement auprès des aînés et des anciens combattants dans les collectivités (et qui peuvent demander rémunération pour leur travail); par ailleurs, ACC veut surtout obtenir la participation de bénévoles qui oeuvrent auprès des aînés et des anciens combattants de façon quotidienne et qui, par conséquent, comprennent à quels genres de problèmes ces groupes cibles font face.

La plupart des informateurs clés ne peuvent préciser dans quelle mesure l'Initiative a permis d'accroître la participation des anciens combattants et des aînés et de promouvoir l'établissement de nouveaux partenariats avec eux pour l'exécution de programmes communautaires de promotion de la santé. Ces répondants espèrent être fixés à ce sujet grâce

à l'évaluation finale. Toutefois, une faible proportion de répondants estiment que ces groupes n'ont pas suffisamment participé à cette initiative au début, mais qu'ils ont fini par le faire de plus en plus, ce qui a permis d'établir des partenariats aussi bien à l'échelle nationale que régionale.

Les informateurs clés soulignent que l'établissement de partenariats entre des organismes d'anciens combattants et d'aînés peut favoriser :

- l'élaboration de programmes mutuellement avantageux;
- une meilleure connaissance des problèmes de santé semblables;
- le partage des ressources;
- l'élargissement de notre culture, afin de combattre les stéréotypes relatifs aux aînés;
- l'établissement de partenariats futurs.

Parmi les obstacles à ces partenariats, mentionnons les suivants :

- les questions liées à l'autorité respective des organismes d'anciens combattants et des organismes d'aînés (c.-à-d., l'importance de respecter le mandat et les responsabilités de ces deux genres d'organisations);
- la concurrence éventuelle pour des fonds restreints (p. ex., si on accordait des fonds pour des appareils et des accessoires fonctionnels seulement aux anciens combattants ou seulement aux aînés, on nierait le fait que ces deux groupes en ont besoin autant l'un que l'autre);
- une mauvaise compréhension de ce que sont les programmes de « promotion de la santé » et de ceux axés sur « la santé de la population » (p. ex., si on ignore que les programmes actuels visent en fait la « promotion de la santé », ou qu'on ne sait pas comment s'y prendre pour adopter une approche axée sur la santé de la population);
- les problèmes géographiques (p. ex., obtenir des partenaires situés à l'extérieur de sa collectivité);
- la réduction du bassin de bénévoles en raison de leur âge avancé;
- les échéances d'ordre bureaucratique liées au financement fédéral.

b) Renforcement des capacités en ce qui a trait à la promotion de la santé et à l'approche axée sur la santé de la population

En ce qui concerne le renforcement des capacités d'ACC et de SC d'exécuter des programmes de promotion de la santé aux aînés canadiens par une approche axée sur la santé de la population, les informateurs clés estiment qu'on a accompli des progrès dans ce domaine. Par exemple, ils signalent avoir trouvé utile d'apprendre que les deux ministères ont un mandat semblable en ce qui concerne les aînés canadiens, ainsi que de profiter de leur

expérience et de leur expertise dans ce domaine. Bon nombre d'informateurs clés soulignent que ACC et SC mettent l'accent sur les programmes de promotion de la santé dont l'approche est axée sur la santé de la population (p. ex., leurs activités de sensibilisation comportent la production et la distribution de documents d'éducation publique). En outre, certains répondants des deux Ministères, qui œuvrent à l'échelle nationale et régionale, estiment que les expressions « promotion de la santé » et « promotion de la santé communautaire » veulent dire la même chose.

Voici des exemples d'activités visant à renforcer les capacités des deux ministères :

- les membres du personnel de SC partagent leurs connaissances sur la santé de la population avec d'autres secteurs de programme (p. ex., ceux touchant le VIH et le sida);
- l'Initiative a grandement permis de renforcer les capacités dans le domaine de la promotion de la santé de la population dans les régions;
- les membres du personnel de SC continuent à encourager les nouveaux cadres supérieurs à adopter l'approche axée sur la santé de la population;
- on relève un accroissement des connaissances et des activités en matière de prévention des chutes au sein d'ACC et de SC;
- on a ajouté l'approche axée sur la santé de la population à une liste de contrôle interne d'ACC, qui vise la formulation de politiques en promotion de la santé;
- selon certains répondants d'ACC, SC a appris à utiliser l'approche axée sur la santé de la population de façon plus pertinente et pratique grâce à l'Initiative.

La plupart des informateurs clés estiment que les organismes d'anciens combattants et d'aînés qui participent à l'Initiative comprennent désormais mieux en quoi consiste l'approche axée sur la santé de la population dans le domaine de la prévention de chutes et de la promotion de la santé (p. ex., ils ont appris à tenir compte des grands déterminants de la santé), même si la moitié des répondants estiment avoir seulement appris à définir autrement des concepts déjà connus. En outre, les intervenants soutiennent qu'une meilleure compréhension de l'application de cette approche à la prévention des chutes est utile à divers égards (p. ex., pour établir des partenariats communautaires et pour réduire, grâce à la promotion de la santé, les coûts liés aux soins de santé). Toutefois, d'après certains participants aux groupes de discussion, les aînés et les anciens combattants comprennent peut-être désormais mieux la question, mais il faudra encore attendre avant que ce ne soit le cas des organismes. Certains informateurs clés estiment également que ces organismes soutiennent cette approche, puisqu'elle est intégrée à certains de leurs travaux de développement communautaires. Ceux qui adoptent l'approche axée sur la santé de la population pour la première fois ne sont toutefois pas certains qu'elle sera aussi efficace que la prestation de services directs.

5.4 Répercussions inattendues

Bien qu'on n'ait pas relevé d'importantes répercussions inattendues de l'Initiative à ce jour, certains informateurs clés et participants aux groupes de discussion ont constaté que celle-ci a donné des résultats positifs assez inattendus, par exemple :

- l'importance accordée aux aides fonctionnelles à l'échelle nationale;
- l'intérêt sur la scène internationale pour l'établissement de normes relatives aux aides fonctionnelles;
- la publicité d'ordre national et international qui porte sur la prévention des chutes depuis que l'Initiative a été lancée;
- l'augmentation du nombre des demandes de financement de projets relatifs à la prévention des chutes (qu'on ne peut satisfaire à l'heure actuelle);
- le degré surprenant d'intérêt et d'enthousiasme pour certains projets dans la collectivité;
- le fait que les responsables de certains projets aient invité d'autres groupes communautaires à profiter des leçons qu'ils en ont tirées;
- le partage des ressources de projet et l'utilisation du modèle de partenariat dans d'autres domaines touchant les programmes dans les collectivités;
- le grand soutien apporté par les professionnels dans le domaine de la prévention des blessures;
- l'importance générale accordée à la prévention des chutes, qui peut avoir un impact sur des activités connexes, par exemple les nouvelles initiatives de recherche déployées actuellement dans les universités.

6. LEÇONS APPRISES

6.1 Points forts et animateurs

D'après les répondants de l'examen à mi-terme, la plupart des points forts de l'Initiative portent sur ce qui suit : l'importance accordée à l'établissement de réseaux et de partenariats communautaires et populaires avec de nombreux intervenants; l'engagement et l'expertise du personnel d'ACC et de SC, du partenariat entre ces deux ministères, de l'équipe de gestion et de la personne responsable des activités de coordination à l'échelle nationale; l'orientation bien justifiée et définie vers une seule question d'ordre prioritaire; la participation active d'une diversité de partenaires et d'intervenants; et l'utilisation d'une source sûre de financement des projets pour la durée de l'Initiative.

À ce sujet, voici une liste de points forts soulignés par des informateurs clés, des évaluateurs de projet et des participants aux groupes de discussion :

- l'engagement et l'expertise du personnel d'ACC et de SC;
- la grande importance accordée à l'établissement de réseaux et de partenariats;
- le fait que le personnel soit enclin à régler les problèmes à l'amiable;
- le fait que l'aide accordée représente une source sûre de financement et favorise la participation;
- l'accent mis sur l'approche axée sur la santé de la population et les déterminants de la santé;
- la participation de nombreux intervenants;
- les liens avec les recherches actuelles;
- l'approche communautaire et à l'écoute des gens;
- l'équipe mixte de gestion d'ACC et de SC;
- le fait d'avoir une personne responsable de la coordination à l'échelle nationale;
- le partenariat établi entre ACC et SC, qui a permis aux deux Ministères d'unir leurs forces pour traiter de cette préoccupation commune;
- la participation active du personnel aux évaluations;
- l'efficacité avec laquelle les programmes et les projets sont mis en œuvre;
- le fait que les partenariats soient bien organisés;
- le fait que le but et les objectifs de l'Initiative soient bien définis;

- le fait d'avoir une seule orientation (c.-à-d., de « mettre le paquet sur une seule chose à la fois »);
- la qualité des groupes d'intervenants qui participent à cette initiative;
- l'enthousiasme que témoignent le personnel et les aînés;
- le fait que ce soit le temps opportun pour entreprendre ces activités;
- les bonnes relations établies avec les médias;
- la participation du gouvernement provincial;
- « l'acceptation de tous »;
- l'amélioration constante des communications entre ACC et SC.

6.2 Points faibles et obstacles

Les répondants de l'examen à mi-terme relèvent également certains points faibles de l'Initiative pour la prévention des chutes. Parmi les obstacles principaux, mentionnons les difficultés initiales liées à la réunion de deux systèmes gouvernementaux, particulièrement en ce qui a trait à la communication entre les représentants nationaux et régionaux au sujet de l'établissement de nouvelles priorités, entre les deux ministères en général, et entre l'administration centrale d'ACC et ses bureaux régionaux. Au nombre des autres points faibles ou obstacles, on compte des échéances et des ressources serrées par rapport aux résultats escomptés des projets financés et de leur évaluation; on éprouve aussi des difficultés à obtenir la participation d'aînés et d'anciens combattants en bonne santé (surtout les hommes) aux projets.

Parmi les points faibles relevés, mentionnons les suivants :

- le fait que l'échéancier soit trop serré;
- le manque de rétroaction de la part d'ACC en ce qui concerne la conception et l'orientation de l'Initiative;
- le fait que le partenariat établi entre ACC et SC ne soit pas bien équilibré (probablement parce que ACC est responsable du financement et SC, de la mise en œuvre);
- le fait qu'on ne sache pas encore exactement quels rôles ACC et SC doivent jouer (p. ex. : SC doit-il renforcer les capacités d'ACC en ce qui a trait à la santé de la population? Celui-ci veut-il jouer un rôle plus important et plus actif?);
- le fait que SC ne sache pas bien de quels renseignements ACC a besoin pour prendre des décisions relativement à l'Initiative;

- le fait que les échéances gouvernementales liées aux exercices financiers puissent nuire au bon déroulement du projet et retarder l'injection de fonds;
- le fait que les ressources financières soient restreintes (par rapport aux attentes touchant les projets);
- le fait qu'on attende beaucoup des groupes communautaires (c.-à-d. que, une fois terminés, les projets doivent avoir donné des résultats durables et viables);
- le stress lié à l'évaluation des projets;
- la faible visibilité de l'Initiative;
- le peu de perspectives qu'offrent les projets financés sur le plan de la collaboration et de l'établissement de réseaux interrégionaux;
- les modifications constantes des lignes directrices relatives aux projets;
- les problèmes liés à la représentation géographique;
- le manque de clarté en ce qui concerne les rôles des partenaires;
- les difficultés qu'on éprouve à obtenir la participation des aînés aux activités de l'IPC, notamment en matière de leadership;
- les difficultés qu'on éprouve à communiquer avec les anciens combattants, notamment les hommes, et à obtenir leur participation;
- les retards et problèmes liés à la mise en œuvre de certains projets; et
- les retards administratifs initiaux relevés à l'échelle nationale.

6.3 Améliorations proposées

Les informateurs clés, les évaluateurs et les participants aux groupes de discussion proposent qu'on améliore l'Initiative pour la prévention des chutes grâce aux activités suivantes :

- améliorer les communications, favoriser l'établissement de réseaux et encourager l'échange d'information entre les projets (p. ex., l'échange d'outils utilisés dans le cadre de divers projets au Canada);
- accroître l'aide financière accordée à l'échelle nationale, afin de favoriser la diffusion de l'information aux groupes cibles;
- préciser les rôles d'ACC et de SC, ainsi que le protocole de communications;
- en temps opportun, fournir à ACC des renseignements exacts quant aux progrès accomplis, y compris des données et des rapports préliminaires;

- passer en revue les ressources requises pour l'évaluation des projets, ainsi que les ressources humaines de l'IPC;
- mettre l'accent non pas sur l'éducation, mais bien sur la prestation de services directs et pratiques;
- accroître la surveillance des projets à l'échelle nationale (p. ex., présenter des rapports à l'échelle nationale, afin de permettre à ACC, à SC et aux intervenants clés d'être bien informés au sujet des progrès accomplis par tous les projets dans l'ensemble des régions);
- évaluer les répercussion des projets et demander aux professionnels de la santé de présenter des recommandations sur lesquelles on devrait se fonder pour entreprendre d'autres projets novateurs;
- traiter de questions liées à la prévention des chutes autres que celles abordées à l'heure actuelle dans le cadre des projets nationaux (p. ex. : adopter une bonne attitude face à la vieillesse; vieillir sainement; reconnaître l'utilité des barres d'appui – car bon nombre d'aînés ne s'en serviront pas tant qu'ils n'auront pas fait de chute – et concevoir des appareils et accessoires de tous les jours qui permettent « d'éliminer les obstacles »);
- assurer une plus forte représentation d'ACC et amener ce ministère à promouvoir davantage l'Initiative auprès des groupes d'anciens combattants;
- présenter les résultats ou les conclusions aux intervenants qui ont participé au lancement initial de l'Initiative, afin de leur dire qu'on envisage d'accorder des fonds supplémentaires à certains projets et de leur demander lesquels devraient, à leur avis, en recevoir;
- déterminer la mesure dans laquelle les activités de gestion sont « rentables »;
- obtenir la collaboration du Programme de modifications du domicile de la Société canadienne d'hypothèques et de logement;
- accroître la promotion des projets et activités portant sur la prévention des chutes;
- réduire l'âge du groupe visé par les projets de prévention des chutes à 50 ans;
- rester fidèle au modèle de développement communautaire;
- veiller à ce que la haute direction continue à respecter ses engagements face à l'Initiative; et
- prolonger l'Initiative au-delà des deux prochaines années.

7. CONCLUSIONS

Dans l'ensemble, l'examen à mi-terme de l'Initiative pour la prévention des chutes sur lequel porte le présent rapport a donné de très bons résultats. Tous s'entendent pour dire que la prévention des chutes est pleinement justifiée et nécessaire; c'est pourquoi l'Initiative et les projets financés sont actuellement mis en œuvre comme prévu et avancent bien. Des aînés, des anciens combattants et un éventail de partenaires utiles ont participé à l'élaboration et à l'exécution des projets financés, conformément aux exigences établies dans le cadre de cette initiative. Le processus d'évaluation des projets évolue également bien, et les responsables de bon nombre de projets ont amélioré leur plan d'évaluation et ont commencé à recueillir des données. En outre, certains projets ont déjà donné de bons résultats préliminaires; par exemple une sensibilisation et un intérêt accrus face à la prévention des chutes, un renforcement des capacités des collectivités, et des changements positifs au niveau du milieu et des comportements, qui permettent de réduire les risques de chute. Les résultats clés sont présentés plus en détail ci-dessous.

Pour presque tous les répondants de l'examen à mi-terme, l'Initiative pour la prévention des chutes est absolument justifiée et nécessaire parce que les chutes sont l'une des principales causes de blessures chez les aînés (elles entraînent un déclin des fonctions des aînés et, parfois, leur décès, et elles coûtent par conséquent très cher au système de soins de santé) et en raison du vieillissement de la population canadienne. En outre, cette initiative représente un programme national unique en son genre au Canada, qui complémente d'autres programmes de plus petite envergure sans qu'il y ait chevauchement. On juge adéquat l'échéancier établi pour l'Initiative pour ce qui est des résultats à court terme; toutefois, c'est à long terme seulement que nous pourrons observer dans quelle mesure on aura réussi à réduire les chutes et les coûts des soins de santé qui s'y rattachent. De plus, on considère que les ressources financières et humaines affectées à cette initiative sont suffisantes, bien que certains répondants aient proposé qu'on les augmente pour mieux évaluer les projets, en assurer la viabilité et améliorer la gestion globale de l'Initiative (p. ex., des fonds opérationnels permettraient d'offrir des ateliers aux coordonnateurs de projet et, par le fait même, l'occasion d'établir des réseaux).

Dans l'ensemble, le partenariat entre ACC et SC a permis de bien gérer l'Initiative à l'échelle nationale et régionale, et même si on a un peu tardé à annoncer le financement accordé aux projets, la mise en œuvre se déroule comme prévu. Comme il fallait s'y attendre, les partenaires ont dû faire face à une certaine « crise de croissance » causée surtout, semble-t-il, par la divergence d'opinions de ces deux ministères. Par exemple, alors que Santé Canada met l'accent sur la promotion de la santé au moyen d'une approche axée sur la santé de la population (et du mécanisme de financement du Fonds pour la santé de la population), Anciens Combattants Canada a toujours privilégié la prestation de services directs et pratiques. Le partenariat a évolué et, en s'éduquant mutuellement, les deux ministères ont réussi à résoudre la plupart des problèmes initiaux; ils sont toujours bien déterminés à atteindre leur objectif primordial, soit prévenir les chutes chez les aînés et les anciens

combattants. Toutefois, comme certaines procédures portent à confusion (p. ex., les communications à l'intention des ministres respectifs de chaque ministère, et l'émission de communiqués de presse), il faudra peut-être éclaircir davantage le protocole à suivre pour les communications conjointes d'ACC et de SC.

La mise en œuvre des projets dans les collectivités participantes se déroule comme prévu et les projets visent adéquatement les secteurs considérés comme prioritaires dans le cadre de l'Initiative : l'établissement de partenariats, les pratiques personnelles de santé, le milieu physique et les populations à risque élevé. Les aînés et les anciens combattants ont participé activement à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets, par exemple en servant à titre de bénévoles, d'animateurs et de représentants au sein des comités consultatifs et des comités directeurs des projets. Notons que certains projets ont adopté une approche novatrice (p. ex., en fournissant aux aînés un agenda dans lequel tenir un registre de leurs chutes, ou encore un appareil photo à utiliser pour photographier des endroits qui sont sécuritaires et d'autres qui ne le sont pas). Même à ce stade précoce, des résultats positifs se font déjà sentir, entre autres, les suivants : une meilleure connaissance des facteurs de risque; un intérêt accru pour la prévention des chutes; le soutien social amélioré chez les aînés et anciens combattants participants et le renforcement de leur estime de soi; et des changements au chapitre de l'environnement et des comportements qui permettent de réduire les risques de chute. En fait, on a obtenu des résultats positifs inattendus : plus d'enthousiasme et d'efforts que prévu concernant la prévention des chutes, l'insistance pour que les aides fonctionnelles deviennent une priorité nationale, et le grand soutien en provenance du secteur de la prévention des blessures.

L'Initiative a entre autres objectifs de renforcer les capacités des organismes d'ACC, de SC, d'aînés et d'anciens combattants, pour qu'ils puissent élaborer et exécuter des programmes de promotion de la santé, comme ceux visant la prévention des chutes, au moyen d'une approche axée sur la santé de la population. Selon nos données préliminaires, les deux ministères font des progrès dans ce domaine. Par exemple, Santé Canada continue à utiliser son approche axée sur la santé de la population et à la promouvoir auprès des nouveaux cadres supérieurs; en outre, le Ministère fait part des leçons qu'il en a tirées aux autres secteurs de programme (p. ex., ceux touchant le VIH/sida). À Anciens Combattants Canada, on note une activité et un intérêt accrus dans le domaine de la prévention des chutes; on a aussi ajouté la notion de santé de la population à une liste de contrôle interne destinée à la formulation de politiques en promotion de la santé. En outre, ACC et SC ont noué des liens avec des universitaires intéressés par la prévention des blessures et les aides fonctionnelles, ainsi qu'avec des organisations du domaine de la recherche, du développement et de la normalisation. Quant au renforcement des capacités et des organismes d'aînés, et d'anciens combattants, on constate que ceux qui ont participé à l'Initiative savent mieux évaluer la santé de la population et les principaux facteurs d'une bonne santé; toutefois, il faut s'attendre à ce que les grands changements organisationnels ne se fassent pas du jour au lendemain.

On a établi divers partenariats adéquats en vue de mener les projets à bien, par exemple avec des organismes d'aînés et d'anciens combattants, des organismes sans but lucratif et non gouvernementaux, municipaux, régionaux et provinciaux (notamment, dans les domaines de la santé, des services ambulatoires et des incendies), et même avec le secteur

privé (p. ex., avec des pharmacies). Ces partenaires participent en général à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets, en plus de siéger à des comités consultatifs de projet, de participer à l'établissement de réseaux et aux activités de mobilisation visant à sensibiliser leur entourage, et de fournir des contributions en nature.

Déjà à ce stade, on a appris un certain nombre de leçons en ce qui concerne l'établissement et le renforcement de partenariats communautaires et la mise en œuvre des projets et de l'initiative globale. Par exemple, on peut faciliter l'établissement et le renforcement de partenariats communautaires comme suit : faire tout d'abord connaître l'importance d'une prévention des chutes; trouver ensuite une personne proactive à l'intérieur de l'organisation partenaire; enfin, consacrer beaucoup de temps et d'efforts pour créer le partenariat, ainsi que pour l'entretenir (p. ex., celles consistant à fournir de l'information, à préciser les rôles et responsabilités, et à susciter le dialogue de façon régulière). Par contre, les principaux obstacles à l'établissement de partenariats sont entre autres les suivants : le temps restreint dont dispose le personnel de projet pour établir et renforcer des partenariats; le nombre de bénévoles qui ne peuvent plus travailler en raison d'un âge avancé; les difficultés que l'on éprouve à obtenir la participation d'autres secteurs que celui des soins de santé; et l'importance de bâtir une équipe équilibrée et appropriée de partenaires pour un projet donné.

Les principaux points forts relevés pour l'ensemble de l'Initiative sont les suivants: l'accent mis sur l'établissement de réseaux et de partenariats communautaires etpopulaires entre de multiples intervenants; l'engagement et l'expertise du personnel d'ACC et de SC, des responsables du partenariat établi entre ces deux ministères, de l'équipe de direction et de la personne responsable de la coordination à l'échelle nationale; l'importance établie de la prévention des chutes et l'accent bien mis, en temps opportun, sur un seul enjeu; le grand soutien apporté par une diversité de partenaires et d'intervenants; et le recours à une source sûre de financement des projets pour la durée de l'Initiative. Parmi les faiblesses ou obstacles principaux que pose cette initiative, mentionnons les suivants : les obstacles liés à l'évolution constante du partenariat établi entre ACC et SC (p. ex., travailler pour la première fois ensemble à la résolution d'une question commune, décider des rôles respectifs et des attentes dans le cadre de l'Initiative, et déterminer les procédures à suivre pour la diffusion de communications conjointes); les échéances serrées et le peu de ressources dont on dispose, alors que les projets doivent produire de très bons résultats (qui doivent être prouvés pendant l'évaluation); et les difficultés qu'on éprouve à obtenir la participation des aînés et des anciens combattants en bonne santé (surtout les hommes) aux projets.

Sur le plan des améliorations qu'il faudrait apporter à l'IPC à ce stade, on aurait avantage à clarifier les points pouvant encore porter à confusion en ce qui concerne les rôles respectifs d'ACC et de SC, les attentes et les communications conjointes touchant cette initiative. En outre, pour le bénéfice des coordonnateurs de projets, on devrait envisager de profiter de toute occasion d'établir un réseau et d'échanger de l'information parmi les projets financés. En fait, on propose que l'IPC continue à encourager tous les responsables de projet actuels à achever et à appliquer leur plan d'évaluation des projets, afin qu'ils puissent se fonder sur ces résultats pour entreprendre l'évaluation finale de l'Initiative.

ANNEXE A

la prévention des chutes

Examen à mi-terme du plan d'action de l'Initiative pour Anciens Combattants Canada et Santé Canada

Examen à mi-terme du plan d'action de l'Initiative pour la prévention des chutes
Santé Canada et Anciens Combattants Canada

Janvier 2003

Conclusions	Améliorations proposées	Réponse du programme : État de la situation	Réponse du programme : Mesures requises	Date prévue pour l'achèvement	Personne-ressource
1. Rôles et responsabilités : manque de clarté en ce qui a trait aux rôles de ACC et SC. (page 50)	Clarifier les rôles de ACC et SC au sein de l'initiative.	Examen et clarification des rôles et des responsabilités entrepris.	Communication permanente entre les ministères.	Mars 2004	Cathy Bennett, coordonnatrice nationale, Division du vieillissement et des aînés, 952-7607
2. Protocole de communication : Il faut clarifier le protocole conjoint de communication pour certaines procédures comme les communiqués, les communications pour les deux ministres, etc. (page 31)	Clarifier les rôles de ACC et SC et le protocole de communication.	Le protocole de communication est achevé et approuvé.	Aucune autre mesure requise.	Novembre 2002	Cathy Bennett, coordonnatrice nationale, Division du vieillissement et des aînés, 952-7607

Conclusions	Améliorations proposées	Réponse du programme : État de la situation	Réponse du programme : Mesures requises	Date prévue pour l'achèvement	Personne-ressource
3. Fonds de soutien : Il faut obtenir plus de fonds pour l'Initiative. (pages 28 et 34)	Obtenir l'engagement continu de la haute direction pour ce qui est du soutien de l'Initiative.	Des ressources de F&E et de S&C ont été pleinement engagées jusqu'en 2004.	Question à examiner dans le cadre des discussions portant sur le maintien du programme.	Mars 2004	Cathy Bennett, coordonnatrice nationale, Division du vieillissement et des aînés, 952-7607
4. Participation du personnel d'ACC : Il faut s'assurer que les responsables des projets financés connaissent les personnes-ressources à ACC. (page 30)	Représentants et efforts additionnels d'ACC pour la promotion de l'Initiative auprès des organisations d'anciens combattants.	Les renseignements sur les responsables à ACC ont été communiqués aux responsables des projets financés.	Communication permanente entre les ministères.	Mars 2004	Cathy Bennett, coordonnatrice nationale, Division du vieillissement et des aînés, 952-7607
5. Évaluations de projet : Il faut continuer d'appuyer les projets financés. (pages 34-35)	Les conseillers de programme de SC doivent continuer d'appuyer les responsables des projets afin de mettre en oeuvre les évaluations de projet.	On a offert des ateliers et un guide sur les évaluations. On donne des conseils et un appui soutenu.	Continuer d'appuyer les responsables des projets financés en ce qui a trait à l'exécution des évaluations.	Mars 2004	Cathy Bennett coordonnatrice nationale, Division du vieillissement et des aînés, 952-7607