Health Canada Santé Canada

Synthèse évaluative : « Regard sir le passé et l'avenier »

Sommaire de six évaluations de programmes de contributions pour la santé de la population de la Direction générale de la population et de la santé publique

Préparé par :

la Direction des services de la gestion et des programmes
Direction générale de la santé de la population et de la santé publique

et

Division de l'évaluation des programmes du Ministère
Direction de la recherche appliquée et de l'analyse
Direction générale de l'information, de l'anaylse et de la connectivité

Présenter à

Santé Canada
Division de l'évaluation des programmes du Ministère

mars 4 2004

Canada

Synthèse évaluative:
« Regard sur le passé et l'avenir»

Sommaire de six évaluations de programmes de contributions pour la santé de la population de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique

Santé Canada

Préparé par :

la Direction des services de la gestion et des programmes
Direction générale de la santé de la population et de la santé publique

et

la Division de l'évaluation des programmes du Ministère
Direction de la recherche appliquée et de l'analyse
Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité

Le 30 octobre 2003

Synthèse évaluative pour la promotion de la santé de la population
Plan d'action

Octobre 2003

Contexte

Ce plan d'action découle d'un rapport de synthèse évaluative (octobre 2003) qui résumait les renseignements recueillis sur la conception et la mise en oeuvre des évaluations de programme. Le plan d'action tire profit des leçons apprises de la synthèse afin de lancer de nouvelles discussions sur des questions d'intérêt commun pour les évaluateurs et les analystes des politiques de l'ensemble de la direction générale quant au rôle de l'évaluation dans la poursuite des objectifs de responsabilisation. Le plan d'action se veut donc une référence pour les activités de formation et d'élaboration relatives aux évaluations de programme.

Réseau de la gestion et de l'évaluation du rendement de la DGSPSP

Un réseau d'agents et d'évaluateurs de programme de la DGSPSP se réunira en début 2004 pour amorcer des discussions sur l'élaboration de mesures de suivi possibles à la suite des améliorations proposées ci-après. Un réseau de ce genre peut servir de forum pour la formation et l'apprentissage continue sur l'évaluation de programme de la DGSPSP ainsi que pour discuter de questions générales, de mécanismes, d'approches et de pratiques exemplaires qui ont trait à l'évaluation. Les membres du réseau discuteront des mesures proposées dans le plan d'action et planifieront leur mise en oeuvre. Les activités du réseau seront liées aux activités de gestion de rendement en cours qui seront mises en oeuvre dans le cadre du Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats global, cadre qui est lié à la promotion de la santé de la population.. La création de ce réseau s'inscrit dans la politique d'évaluation de Santé Canada, qui encourage l'intégration de l'évaluation dans les responsabilités et les pratiques de gestion continues des gestionnaires.

Le Réseau national des évaluateurs de la santé de la population (RNESP) et l'Équipe de l'évaluation nationale pour les enfants (EENE), représentés par la RCN et les sept régions de Santé Canada, sont les organismes qui peuvent accueillir de nouveaux membres représentant les programmes et les secteurs fonctionnels de la direction générale.

Responsabilisation

Ce plan d'action tient compte de l'évolution au sein de la direction générale de la promotion de programmes de subventions et de contributions dans le domaine de la santé de la population en se penchant davantage sur le rôle de l'évaluation dans l'avancement de la responsabilisation des programmes. Il est à noter qu'aucun programme n'a la responsabilité d'effectuer les changements proposés dans le plan d'action. La plupart des recommandations consistent en des discussions et des analyses. Une structure de responsabilisation pour mettre en oeuvre les améliorations sera donc établie par le réseau lors de sa réunion.

Conclusions	Améliorations proposées	Mesures proposées
1. Conception et mise en oeuvre des programmes : Planification d'évaluations de programmes d'envergure nationale.	◆ Renforcer les liens entre les approches de mesure de rendement axées sur des résultats et les évaluations, y compris l'utilisation de modèles logiques pour aider à établir ces liens, et préciser les détails des programmes, surtout à leur stade initial. ◆ Faire de l'évaluation une partie intégrante de la conception de programmes, au moyen, par exemple, de stratégies d'évaluation comprises dans les cadres de gestion et de responsabilisation axés sur les résultats. ◆ Renforcer les liens entre les évaluations des projets et les évaluations régionales afin d'améliorer les évaluations des programmes nationaux. ◆ Se pencher davantage sur l'examen des effets individuels des projets financés sur les populations cibles. ◆Se pencher davantage sur l'analyse des relations de cause à effet pour obtenir des renseignements sur les résultats.	▲ Convoquer le réseau d'agents et d'évaluateurs de programme de la direction générale à une réunion afin d'élaborer des mesures de suivi en fonction de toutes les améliorations proposées dans le plan d'action. ▲ Les cadres de gestion et de responsabilisation axés sur les résultats (CGRR) des programmes traiteront de la définition des détails des programmes. ▲ CGRR ▲CGRR ▲CGRR ▲ Les éléments des modèles logiques du CGRR illustreront les liens entre les activités et les résultats.

Conclusions	Améliorations proposées	Mesures proposées
2. Approches relatives à l'évaluation des programmes : qualité des données, méthodologie et application des pratiques exemplaires en matière d'évaluation.	◆ Établir des mesures de base préalables à la mise en oeuvre des programmes ou des points de comparaison fiables pour évaluer les répercussions des programmes. ◆ Établir des attentes de rendement (y compris des liens précis entre les activités et les objectifs des programmes) au début du cycle de vie du programme, et appliquer constamment les mesures de rendement afin de diriger les activités des programmes. ◆ Présenter les détails méthodologiques dans les rapports d'évaluation (p. ex., les mécanismes ou le processus de collecte de données et les plans analytiques) nécessaires pour effectuer des évaluations réussies. ◆ Préciser davantage les objectifs et la pertinence des évaluations de programme de la Direction générale en étudiant à fond des questions particulières sur l'évaluation, au lieu d'étudier plusieurs questions à la fois. ◆ Renforcer, au Ministère, les liens entre l'évaluation et les activités de planification, d'élaboration de politiques et de prise de décisions en ce qui a trait aux programmes. ◆ Mettre à l'épreuve des approches de mise en oeuvre des programmes afin d'orienter les interventions des programmes communautaires et leur évaluation lorsque nécessaire. ◆ Examiner les défis liés à l'attribution dans l'élaboration de programmes de promotion de la santé (p. ex., l'attribution d'activités de programmes afin d'atteindre les objectifs à long-terme (c.-à-d. les répercussions sur la santé).	▲ Organiser un forum d'apprentissage ou un atelier d'un jour pour tous les employés de la direction générale qui participent à la recherche sur l'évaluation et l'efficacité des interventions afin de discuter de ces questions communes. Chaque programme élaborera également des composantes d'un cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats, y compris des modèles logiques de programme afin de prendre les mesures recommandées dans le plan d'action. . ▲ Composantes des CGRR ▲ Composantes des CGRR ▲ Encourager la Division de l'évaluation des programmes du Ministère et le Comité de vérification et d'évaluation de la DGSPSP à répondre aux exigences dans l'ensemble de la Direction générale (formation et ressources humaines et financières) afin de renforcer les capacités d'évaluation. ▲ L'élaboration d'un projet sur l'efficacité des interventions est en cours.

Conclusions	Améliorations proposées	Mesures proposées
3. Cadre actuel de l'évaluation : Les exigences relatives à la capacité ne peuvent parer aux changements des attentes XXXX	◆ Un changement vers un cadre axé sur les résultats laisse entendre l'utilisation de renseignements découlant de plusieurs sources (p. ex., des données quantitatives et qualitatives) au cours d'une période prolongée pour effectuer une évaluation. ◆ Des programmes d'apprentissage et de formation en évaluation sont nécessaires afin de former un « réseau d'échange de pratiques » solide. ◆ Capacité insuffisante d'effectuer des évaluations, indiquant la nécessité d'augmenter les ressources humaines et financières et de mieux comprendre les concepts d'évaluation et leur application. ◆ Manque de temps et de compétences pour effectuer des évaluations, ce qui entraîne un plus grand recours à des sources d'information qui pourraient ne pas être fiables ainsi qu'un recours à des consultants externes pour les programmes d'évaluation. ◆ Absence de données fiables et d'une base de renseignements tirés d'un grand nombre de sources pour effectuer l'évaluation qui assure une rigueur méthodologique. ◆ Nombre insuffisant de systèmes de mesure de rendement capables de recueillir des données et d'élaborer un cadre de planification bien avant les évaluations.	▲ Composantes des CGRR ▲ Système de gestion du rendement ▲ Renforcer les capacités de la direction générale au moyen d'activités d'apprentissage communes parmi les évaluateurs et les analystes des politiques. ▲ Composantes des CGRR ▲ Système de gestion du rendement pour la promotion de la santé de la population

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS i

SOMMAIRE iii

SOMMAIRE DES LEÇONS APPRISES vi

PARTIE A : INTRODUCTION 1
1.1 Définition des termes et concepts clés 1
1.2 Objectifs et méthode de la synthèse évaluative 4

PARTIE B : ANALYSE INTÉGRÉE DES ÉVALUATIONS 11
2.1 Examen des méthodes d'évaluation des programmes 11
2.2 Pertinence du programme 13
2.3 Impact et effets : contribution à l'atteinte des résultats prévus 15
A) Résultats au chapitre des partenariats et des collaborations 15
B) Résultats au chapitre du renforcement de la capacité d'agir sur les déterminants de la santé 21
C) Résultats au chapitre du développement et de la diffusion des connaissances
2.4 Conception et exécution 27
2.5 Rentabilité 30
2.6 Sommaire de l'analyse intégrée 32

PARTIE C : ORIENTATIONS FUTURES 33

Annexes: 38

Annexe A : Description des programmes 39
Annexe B : Plan de travail de la synthèse évaluative 47
Annexe C : Équipes d'examinateurs principaux et secondaires 49
Annexe D : Définition des principaux termes relatifs à la gestion et à l'évaluation du rendement 50
Annexe E : Protocole d'examen de la synthèse évaluative des programmes 54

BIBLIOGRAPHIE 70

AVANT-PROPOS

L'équipe de recherche a préparé le présent rapport dans les buts suivants :

- mieux comprendre les répercussions des programmes;
- mieux comprendre les types d'activités d'évaluation entreprises au sein de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique et fournir des orientations sur les approches communes à adopter pour les évaluations futures;
- appuyer le Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats pour la promotion de la santé de la population;
- satisfaire aux exigences du Secrétariat du Conseil du Trésor en vue du renouvellement des Modalités régissant la promotion de la santé de la population.

La synthèse vise six programmes: le Programme canadien de nutrition prénatale; la Stratégie canadienne sur le VIH/sida; l'Initiative pour la prévention des chutes; le Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C; le Fonds pour la santé de la population; et le volet « soins de santé dans les régions rurales et éloignées » de l'initiative Innovations en matière de santé dans les collectivités et en milieu rural.

Les personnes suivantes étaient membres de l'Équipe de projet chargée de la synthèse évaluative et ont contribué à la pré du présent rapport :

Fowsia Abdulkadir (Direction générale de la santé de la population et de la santé publique)
Geoffrey Cole (Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité)
Jennifer Davidson (Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité)
Catherine Fothergill-Payne (Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité)
Sharon Gribbon (Direction générale de la santé de la population et de la santé publique)
Monika Gupta (Direction générale de la santé de la population et de la santé publique)
Nancy Hajal (Direction générale de la santé de la population et de la santé publique)
Solange Van Kemenade (Direction générale de la santé de la population et de la santé publique)

Rédaction et révision
John Bissonnette and Associates Ltd.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur le présent rapport, veuillez communiquer avec :
Nancy Hajal, conseillère principale en évaluation
Section du rendement intégré et de la responsabilisation
Direction des services de la gestion et des programmes
Direction générale de la santé de la population et de la santé publique
Santé Canada
130, chemin Colonnade
Ottawa (Ont.) K1A 0K9
Téléphone : (613) 957-9534 | Télécopieur : (613) 957-4180

SOMMAIRE

Entre avril et septembre 2003, la Direction des services de la gestion et des programmes – qui relève de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada –, en collaboration avec la Division de l'évaluation des programmes du Ministère de la Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité, a examiné systèmatiquement six évaluations de programmes de promotion de la santé de la population.

Le présent rapport renferme des renseignements sur la conception et la mise en oeuvre des évaluations dans le cadre des programmes ainsi qu'une synthèse des résultats des évaluations. En plus de faire état des conclusions tirées dans chaque rapport d'évaluation, les examinateurs présentent leurs propres conclusions concernant les résultats des programmes et les pratiques de mise en œuvre. Ils accordent une attention particulière à la rigueur des évaluations et aux problèmes méthodologiques susceptibles de se poser durant la planification et la réalisation des évaluations des programmes. Le présent rapport s'adresse particulièrement à ceux qui souhaitent mettre à profit les leçons tirées de la planification d'évaluations de programmes d'envergure nationale.

Résultats de l'examen : **sommaire de l'analyse intégrée**

Les six programmes faisant l'object de la synthèse évaluative font état des progrès dans l'atteinte de résultats immédiats, à savoir accroître les partenariats et la collaboration, renforcer les capacités et développer et diffuser des connaissances. Tous les programmes ont permis de répondre dans une certaine mesure aux besoins de leurs groupes cibles. Les façons dont ils ont amené les populations cibles et les intervenants à mettre en œuvre des initiatives ainsi qu'à développer de nouvelles connaissances et données constituent des succès remarquables.

Durant les évaluations, on a relevé plusieurs difficultés communes à l'ensemble du système (p. ex., visant l'ensemble des programmes) et propres aux programmes. Le Sommaire des leçons apprises (p. vi) présente les conclusions des examinateurs concernant les points forts des évaluations et les améliorations éventuelles à apporter aux évaluations ultérieures afin d'assurer une approche rigoureuse, un solide cadre de planification bien avant la réalisation de l'évaluation et une claire articulation des liens entre les activités menées dans le cadre des programmes et leur incidence sur la santé.

L'équipe de projet a dégagé des leçons apprises trois questions clés qui pourraient être examinées plus attentivement afin d'améliorer les pratiques de mise en œuvre des programmes et de mieux comprendre leurs incidences. À la lumière des conclusions de l'équipe d'examen et de consultations avec des agents de programme, on a cerné plusieurs difficultés et lacunes communes à tous les programmes dans le cadre desquels des évaluations sont menées, mettant ainsi au jour des domaines où des améliorations sont nécessaires. Ces domaines ont trait à *la conception et à la mise en œuvre des programmes, aux approches généralement adoptées pour évaluer les programmes et projets de Santé Canada et le cadre actuel d'évaluation*. Les difficultés sont résumées ci-après et analysées en détail dans les sections intitulées « Analyse

intégrée » (partie B) et « Orientations futures » (partie C) du présent rapport.

Conception et mise en œuvre des programmes

- Améliorer les liens entre les approches axées sur les résultats, d'une part, et la mesure du rendement et l'évaluation, d'autre part, y compris l'utilisation de modèles logiques pour aider à établir ce lien et à définir clairement les éléments d'un programme, particulièrement à ses débuts.
- Veiller à ce que l'évaluation fasse partie intégrante de la conception du programme, par exemple, à l'aide des stratégies d'évaluation figurant dans les cadres de gestion et de responsabilisation axés sur les résultats.
- Renforcer les liens entre les évaluations de projets et les évaluations régionales à l'appui des évaluations nationales de programmes.
- Accorder une plus grande importance à l'examen des répercussions des projets financés sur les membres de populations cibles.
- Accorder une plus grande importance à l'examen de la relation de cause à effet pour arriver à une information axée sur les résultats.

Approches d'évaluation des programmes

- Établir avant la mise en œuvre du programme des mesures de référence ou des points fiables de comparaison pour évaluer les répercussions du programme.
- Mieux cibler les évaluations de programmes au sein de la Direction générale et améliorer leur pertinence en examinant en profondeur chaque élément d'évaluation au lieu d'examiner plusieurs éléments ensemble.
- Améliorer les liens entre l'évaluation et les activités de planification et de prise de décisions concernant les politiques et les programmes du Ministère.
- Déterminer les attentes au niveau du rendement (y compris les liens mentionnés entre les objectifs et les activités des programmes) au début du cycle de vie des programmes et en tenir continuellement compte dans le cadre des activités directes des programmes.
- Présenter dans les rapports d'évaluation des renseignements détaillés sur les méthodes (p. ex., outils et processus de collecte de données et plans d'analyse) nécessaires pour mener à bien les évaluations.
- Mettre à l'essai des approches de mise en œuvre des programmes pour orienter les interventions des programmes communautaires et leur évaluation.
- Examiner les défis de l'attribution de résultats dans les programmes de promotion de la santé (p. ex., attribuer la réalisation de résultats à long terme, c'est-à-dire la santé, aux activités des programmes).

Cadre d'évaluation actuel

- Le passage à un cadre axé sur les résultats (organismes centraux, SCT) requiert l'utilisation d'information provenant de plusieurs sources (p. ex., utilisation de données quantitatives et qualitatives) pendant une évaluation de longue durée.

- La capacité d'effectuer des évaluations est insuffisante, comme en témoigne le besoin de disposer de ressources humaines et financières supplémentaires, de bénéficier d'une formation et d'avoir une même compréhension des concepts de l'évaluation et de leur application.
- En raison du manque de temps et de ressources pour effectuer des évaluations, on a de plus en plus recours à des sources d'information pouvant comporter des erreurs systématiques et à des consultants externes pour évaluer les programmes.
- On constate l'absence d'une solide plate-forme d'information et de données comportant un large éventail de sources pour permettre de mener les évaluations avec rigueur.
- On enregistre un nombre insuffisant de systèmes de mesure du rendement communs (horizontaux) et individuels (propres aux programmes) capables de stocker des données, de permettre l'établissement d'un cadre de planification bien avant les évaluations et de mener des évaluations régionales et des évaluations de projets à l'appui des évaluations nationales.
- L'apprentissage et la formation en matière d'évaluation sont nécessaires à l'établissement d'un solide réseau d'échange de pratiques en évaluation.

Pour poursuivre le dialogue sur ces questions et déterminer les améliorations pouvant être apportées aux évaluations ultérieures, l'équipe de projet recommande la mise en place d'un réseau d'évaluateurs et d'agents de programme de la DGSPSP. Un plan d'action portant sur ces questions communes peut être utilisé comme point de départ aux discussions. Le réseau en question pourrait servir de tribune où on pourrait instaurer et entretenir une culture de l'évaluation au sein de la Direction générale. Cette masse critique servira également de point de coordination pour la formation et l'apprentissage continu concernant l'évaluation des programmes. L'actuel Comité de vérification et d'évaluation de la DGSPSP, qui comprend des hauts responsables des programmes et des gestionnaires, établira un lien avec le réseau d'évaluation et le Comité de vérification et d'évaluation du Ministère. Ensemble, ces tribunes permettront d'examiner les questions abordées en détail ci-dessus.

SOMMAIRE DES LEÇONS APPRISES EN VUE DES ÉVALUATIONS FUTURES

Leçons apprises	Page
Méthodes d'évaluation des programmes	
La planification de l'évaluation doit se faire au début du processus d'élaboration du programme : • Il faut continuer d'élaborer des cadres de gestion et de responsabilisation axés sur les résultats au début du cycle de vie du programme, notamment la mise en œuvre d'activités continues de collecte de données, les mécanismes de stockage et la méthode d'analyse de l'information recueillie. • Il faudrait établir des données de référence dans le cadre de l'exercice de planification et d'élaboration du programme, afin d'appuyer la raison d'être du programme ainsi que la fonction d'évaluation. • De l'information détaillée devrait être fournie sur la méthode employée pour mener l'évaluation (p. ex., descriptions des processus employés pour recueillir et analyser les données) et les résultats de ce travail (p. ex., une liste des ouvrages consultés) pour permettre la validation. Des lignes directrices, comme le *Guide d'évaluation des rapports d'évaluation de Santé Canada,* pourraient être utilisées pour assurer une présentation uniforme, sur le plan quantitatif et qualitatif, des méthodes d'évaluation, des résultats et des recommandations.	p. 14
L'adoption de pratiques de collecte systématique de données auprès de plusieurs sources de données (y compris des extraits d'enquêtes et d'entrevues fiables) permettra de recueillir et d'analyser les données qui pourront être utilisées pour mesurer efficacement les impacts et les effets des programmes.	p. 15
Pertinence des programmes	
Dans la mesure du possible, les évaluateurs devraient utiliser, outre les données probantes qualitatives, des données probantes quantitatives pour justifier la pertinence et l'efficacité des programmes. • Le fardeau économique des questions sur la santé abordées (pour la société, l'économie canadienne ou le système de santé) ainsi que le coût éventuel de la non-intervention, devraient être pris en compte au moment de l'évaluation de la pertinence du programme. • Il faudrait examiner les grandes priorités du gouvernement et du Ministère pour appuyer les arguments à l'effet que le programme est toujours pertinent (p. ex., discours du Trône, budget, rapports au Parlement et autres rapports sur la santé) et déterminer l'importance des questions sur la santé abordées.	p. 16
Impact et effets : résultats pour les partenariats et les collaborations	
Il faut assurer une uniformité dans les programmes de promotion de la santé lorsqu'on définit les concepts clés comme les partenariats, les intervenants et les groupes clients (cibles). Les rôles, les responsabilités et les activités attendues des partenaires des programmes, le rôle des gouvernements provinciaux ou/et territoriaux dans la prestation des programmes et la relation entre les provinces ou/et les territoires et les bureaux régionaux de Santé Canada devraient être clairement illustrés.	p. 19

Impact et effets : résultats pour les partenariats et les collaborations (suite)	
Il faudrait encourager l'établissement de partenariats dynamiques et stratégiques reposant sur une bonne communication comme moyen efficace d'atteindre les groupes cibles à risque, d'éviter les chevauchements et les doubles emplois, d'établir des programmes complémentaires et d'assurer l'utilisation optimale des sommes allouées aux programmes (grâce au partage des ressources).	p. 21
Les tribunes de gestion conjointe (p. ex., possibilités de financement et de surveillance avec d'autres gouvernements) pourraient permettre d'obtenir des ressources, d'améliorer l'efficacité de la prestation des programmes et d'accroître l'impact des programmes de promotion de la santé de la population.	p. 22
Les groupes cibles devraient être mis à contribution au moment opportun et de manière adéquate, pour les questions les concernant directement.	p. 22
Impact et effets : résultats sur le renforcement de la capacité d'agir sur les déterminants de la santé	
Il faudrait établir des définitions communes pour le renforcement des capacités et l'amélioration des méthodes de mesure de l'évolution des capacités communautaires.	p. 26
Impact et effets : résultats pour le développement et la diffusion des connaissances	
Avant la mise en œuvre généralisée, il faut élaborer des messages clés de promotion de la santé de la population à l'intention des populations cibles et les mettre à l'essai par l'intermédiaire de groupes de consultation afin d'assurer qu'ils sont adaptés à la culture et présentés dans des termes adéquats et dans la langue de choix du groupe cible.	p. 27
Il faudrait élaborer des stratégies de gestion de l'information qui faciliteront la communication et l'échange d'information entre les projets, les volets des programmes, les régions et les intervenants à l'échelle nationale, régionale et locale. Ces stratégies pourraient inclure la création d'un dépôt central de données pour coordonner la diffusion de l'information pour le compte de tous les intervenants et partenaires.	p. 29
Pour mieux orienter les activités de mise en œuvre et d'évaluation des programmes, les programmes de promotion de la santé de la population devraient mieux définir les concepts clés et les termes liés à la conception et à la prestation des programmes. Les modèles logiques sont utiles pour mieux saisir les concepts des programmes et leurs liens. Les rapports d'évaluation devraient donc inclure le modèle logique du programme afin de fournir le contexte nécessaire et d'aider le lecteur à comprendre les liens entre les activités du programme, d'une part, et les retombées et les résultats, d'autre part.	p. 30
Le processus d'établissement des priorités des projets et d'examen des demandes de projets devrait être renforcé et simplifié. Un des objectifs clés devrait consister à favoriser l'élaboration d'objectifs de projet concrets, dotés de mesures et de buts précis.	p. 31
Rentabilité	
Les effets du programme doivent être compris avant qu'on puisse réaliser une analyse coût-efficacité ou coût-avantage (sans données précises sur l'efficacité ou les coûts, les rapports coût-efficacité ne peuvent être établis).	p. 33

PARTIE A : INTRODUCTION

Des initiatives d'amélioration de la gestion sont présentement mises en œuvre au sein du gouvernement fédéral, et une attention accrue est accordée aux résultats, aux dépenses responsables et à la responsabilisation. Le budget fédéral de 2003, dont l'un des thèmes principaux était « Bâtir le système de reddition de comptes que les Canadiens méritent », prévoyait plusieurs initiatives visant à améliorer la gestion des dépenses et la reddition de comptes. Tous les ministères et organismes ont pris individuellement des mesures pour mettre en œuvre ces directives. Santé Canada, par exemple, a mis davantage l'accent sur les résultats des programmes et la reddition de comptes au public en élaborant et mettant en œuvre un cadre de gestion du rendement ministériel, qui décrit les exigences en matière de responsabilisation axées sur les résultats pour les programmes du Ministère.

Au niveau des directions générales, la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (DGSPSP) a entrepris d'appuyer l'effort de gestion axée sur les résultats grâce à des initiatives comme le Projet d'efficacité des interventions communautaires, la récente création du Comité de vérification et d'évaluation de la DGSPSP et les efforts soutenus des programmes de la DGSPSP pour améliorer et renforcer leurs activités continues de surveillance et d'évaluation du rendement. Un autre élément de ce processus, le renouvellement des Modalités régissant les subventions et les contributions pour les programmes de promotion de la santé de la population de la DGSPSP, a donné lieu au présent exercice de synthèse évaluative.

Dans ce contexte d'amélioration continue des programmes financés par le gouvernement fédéral, la Direction des services de la gestion et des programmes de la DGSPSP, conjointement avec la Division de l'évaluation des programmes du Ministère (DEPM) de la Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité, s'est mise à examiner systématiquement six évaluations de programmes de promotion de la santé de la population. La présente synthèse renferme un sommaire des résultats dont font état ces évaluations. Tout au long du rapport, les leçons apprises sont mises en évidence de manière à fournir des orientations pour tout travail d'évaluation ultérieur. Afin de faciliter la consultation, les leçons apprises sont également résumées au début du rapport. On présente à la partie B une analyse intégrée des résultats de l'évaluation des programmes, reposant sur trois thèmes sélectionnés, soit l'établissement de partenariats, le renforcement des capacités et le développement de connaissances.

1.1 Définition des termes et concepts clés

Synthèse évaluative

Une synthèse évaluative est une procédure systématique visant à regrouper les résultats provenant de plusieurs études d'évaluation disparates[1]. Elle permet d'examiner un thème ou un

[1] *The Evaluation Synthesis* (Révisé en 1992). Program Evaluation and Methodology Division, General Accounting Office des États-Unis.

sujet particulier et de déterminer, d'examiner, d'analyser et d'évaluer l'ensemble de connaissances actuelles sur le thème ou le sujet. Même si une synthèse évaluative vise à examiner l'information sur laquelle elle repose et non à recueillir de nouvelles données, elle ne constitue pas un processus efficace et efficient pour résumer les connaissances acquises sur un sujet particulier. Par conséquent, les synthèses évaluatives offrent d'excellentes possibilités d'appliquer les leçons apprises aux pratiques d'élaboration de politiques ainsi que de gestion et de mise en œuvre de programmes. Le titre du présent rapport, *Regard sur le passé et l'avenir*, reflète clairement l'intention d'appliquer les leçons tirées de la synthèse aux activités ultérieures d'évaluation et d'établissement de rapports de synthèse au sein du Ministère.

Modalités des programmes de subventions et de contributions pour la promotion de la santé de la population

En 1998, les Modalités des programmes de subventions et de contributions pour la promotion de la santé de la population sont devenues les principes directeurs techniques de plusieurs programmes de la DGSPSP. Ces modalités visaient à jeter les bases d'une intervention fédérale dans des domaines visant à promouvoir la santé et à prévenir les maladies et les blessures tout au long du cycle de vie, et avaient comme objectif global d'accroître la capacité des personnes et des collectivités à maintenir et à améliorer leur état de santé. Elles constituent le mécanisme que la DGSPSP utilise pour offrir un financement, au moyen de subventions et de contributions[2], aux organismes nationaux et communautaires en vue d'appuyer et d'améliorer l'exécution des programmes, dans le but d'obtenir les résultats mentionnés au tableau 1.

Au cours des cinq années qui ont suivi l'établissement des Modalités des programmes de subventions et de contributions pour la promotion de la santé de la population, près d'un milliard de dollars ont été alloués à 15 programmes de la DGSPSP (les six programmes examinés dans la présente synthèse évaluative représentent environ un tiers de ce montant).

Les Modalités des programmes de subventions et de contributions pour la promotion de la santé de la population sont valables pour cinq ans, après quoi elles doivent être renouvelées. Dans le cadre du processus de renouvellement, le Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT) exige l'élaboration d'une synthèse des évaluations et des résultats des programmes. On pourra s'inspirer de cette synthèse évaluative pour élaborer une présentation au Conseil du Trésor afin de proposer des modifications aux modalités, un cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (CGRR) et un cadre de vérification axé sur le risque (CVR).

[2] Les *subventions* désignent les paiements de transfert inconditionnels effectués à des particuliers et des organisations. Les *contributions* sont des paiements de transfert conditionnels effectués lorsqu'il y a lieu de s'assurer que les sommes versées sont utilisées conformément aux exigences des programmes ou des lois. Les contributions constituent le remboursement de certaines dépenses d'un bénéficiaire selon les modalités énoncées dans une entente de contribution signée par les parties respectives.

Tableau 1 : Résultats communs des programmes de subventions et de contributions pour la promotion de la santé de la population[3]

Résultats	Objectifs généraux des programmes	Définition
Renforcer les capacités communautaires.	• Inciter les citoyens à améliorer leur santé et à demeurer en bonne santé et les aider à y parvenir. • Accroître la capacité de la collectivité d'agir sur les déterminants de la santé et sur l'interaction qui s'exerce entre ces déterminants.	Faciliter l'amélioration des connaissances et des compétences de la collectivité afin d'accroître le développement de cette dernière, la participation des citoyens et la viabilité organisationnelle.
Stimuler le développement et la diffusion de connaissances.	• Faire connaître et comprendre au public et aux décideurs les déterminants de la santé. • Accroître l'ensemble de connaissances en vue de l'élaboration future de programmes et de politiques (processus décisionnel reposant sur des données probantes).	Favoriser l'apprentissage de la promotion de la santé au niveau organisationnel et communautaire et fournir au public les ressources et l'information sur la promotion des questions relatives à la santé de la population.
Établir des partenariats et favoriser la collaboration intersectorielle.	• Favoriser la collaboration intersectorielle (entre les organismes gouvernementaux, non gouvernementaux et sans but lucratif) dans le domaine de la santé.	Établir des liens et des partenariats intrasectoriels (au sein et entre les divers paliers des gouvernements) et intersectoriels (au sein et entre les institutions des secteurs public et privé) et entre les secteurs, avec des associations professionnelles, des établissements universitaires ainsi que des organismes commerciaux, syndicaux et non gouvernementaux œuvrant dans le domaine de la promotion de la santé et de la santé de la population.

[3] Ces résultats, buts et définitions sont tirés des Modalités des programmes de promotion de la santé de 1998.

1.2 Objectifs et méthodes de la synthèse évaluative

Objectifs de l'examen

Le document présente les résultats d'un examen interne de six évaluations de programmes menées selon les Modalités des programmes de promotion de la santé de la population. Il donne un aperçu thématique des résultats obtenus par ces programmes dans les domaines de l'établissement de partenariats, du renforcement des capacités et du développement de connaissances, ainsi qu'un aperçu analytique des méthodes d'évaluation employées pour évaluer ces résultats. Les objectifs de la synthèse sont les suivants :

- mieux comprendre les impacts des programmes;
- mieux comprendre les types d'activités d'évaluation entreprises au sein de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada et étayer les leçons apprises afin de donner des orientations sur les approches communes pour les évaluations ultérieures;
- contribuer au Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats pour la promotion de la santé de la population;
- satisfaire aux exigences du Secrétariat du Conseil du Trésor en vue du renouvellement des Modalités des programmes de promotion de la santé de la population.

Les résultats présentés dans le rapport seront également pris en compte dans une étude plus approfondie des pratiques exemplaires d'évaluation de l'efficacité des interventions dans le domaine de la promotion de la santé de la population[4].

Méthode d'examen employée

Pour élaborer et mettre en œuvre le projet, on a formé une équipe de projet chargée de la synthèse évaluative, comprenant des représentants de la DGSPSP et de la DEPM. La synthèse évaluative a été réalisée en cinq étapes :

- Étape 1 : Élaboration des critères de sélection des évaluations de programmes à inclure dans la synthèse.
- Étape 2 : Établissement des volets de recherche du projet (activités et résultats) ainsi que des indicateurs dans le cadre de l'élaboration d'un cadre d'évaluation et peaufinement du plan de travail du rapport de synthèse.
- Étape 3 : Collecte des données afin d'amorcer la synthèse de l'information sur le rendement et l'évaluation des programmes.
- Étape 4 : Analyse collective et interprétation des données recueillies dans le cadre d'une

[4] Le Projet d'efficacité des interventions communautaires. On peut obtenir de plus amples renseignements auprès de la Direction des politiques stratégiques, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique.

analyse thématique et intégrée des résultats, notamment l'établissement des leçons apprises en vue d'évaluations ultérieures de programmes et l'amélioration de la conception et de la prestation des programmes.
- Étape 5 : Sommaire des résultats de l'analyse.

Étape 1 : Sélection des évaluations de programmes

L'étude a commencé par la sélection des évaluations de programmes en fonction d'une série de critères établis et dans le cadre de consultations soutenues avec le SCT (les critères de sélection utilisés pour les évaluations de programmes sont décrits dans le Cadre d'évaluation pour la promotion de la santé de la population). Les programmes visés par la synthèse sont généralement bien en place, abordent diverses questions relatives à la santé de la population et bénéficient d'un important budget. Mentionnons en particulier que les programmes disposent de données et de cadres d'évaluation adéquats permettant de contribuer dans une large mesure à la synthèse. Comme on le voit au tableau 2, la synthèse repose sur quatre évaluations formatives (à mi-mandat) et deux sommatives (finales)[5].

Les six programmes examinés aux fins de la synthèse sont :

- le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP);
- la Stratégie canadienne sur le VIH/sida;
- l'Initiative pour la prévention des chutes (programme conjoint avec le ministère des Anciens combattants);
- le Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C;
- le Fonds pour la santé de la population (FSP);
- le volet « soins de santé dans les régions rurales et éloignées » (SSRRE) de l'initiative Innovations en matière de santé dans les collectivités et en milieu rural.

Ces programmes portent sur un large éventail de questions influant sur la santé des enfants, des aînés, des populations marginalisées et des Canadiens en général. Certains programmes visent des maladies précises et leurs facteurs de risque (p. ex., l'hépatite C, le VIH/sida), tandis que d'autres ciblent une région particulière (régions rurales et éloignées), une question de santé particulière (prévention des chutes et nutrition prénatale) ou des étapes particulières de la vie dans le but général de maintenir et d'améliorer l'état de santé de la population et de réduire les

[5] L'évaluation formative aborde principalement les questions de mise en œuvre ou de processus des programmes ainsi que de planification et s'effectue généralement au cours du programme. Les résultats des évaluations formatives peuvent servir à améliorer les pratiques de gestion des programmes. Une évaluation formative permet également de recueillir des données de référence pour des évaluations sommatives ultérieures. Ces dernières permettent également de recueillir des données de référence. Cependant, contrairement aux évaluations formatives, l'information est également recueillie une fois que la mise en œuvre du programme est terminée afin de pouvoir évaluer les résultats ou les impacts du programme. Une évaluation sommative vise principalement à livrer des données probantes sur les relations de cause à effet et à évaluer les impacts à long terme que peuvent avoir les programmes sur une question relative à la santé ou à une maladie particulière.

inégalités dans l'état de santé entre les groupes de population (FSP). À l'exception du Programme canadien de nutrition prénatale et de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, tous les autres programmes ont vu le jour au cours des trois à cinq dernières années.

Le budget annuel des programmes varie entre 2,5 millions de dollars pour l'Initiative pour la prévention des chutes à 42,2 millions de dollars pour la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, des montants variables de ces budgets étant alloués aux subventions et aux contributions (voir le tableau 2). Tous les programmes comportent un volet régional. L'Initiative pour la prévention des chutes a été mise à l'essai dans trois régions (Ontario/Nunavut, Canada atlantique et Colombie-Britannique/Yukon), tandis que les cinq autres programmes ont accordé des subventions et des contributions à partir de chacun des sept bureaux régionaux de Santé Canada. L'annexe A présente une description plus détaillée de chacun de ces six programmes.

Tableau 2 : Détails concernant les programmes

Programme	Date de début	Financement annuel*	Allocation annuelle pour les subventions et les contributions*	Type et durée de l'évaluation
Programme canadien de nutrition prénatale	1995	27 M$	21 M$	Sommative/finale 1995-2003
Stratégie canadienne sur le VIH/sida	1998	42,2 M$	29,9 M$	Formative/à mi-mandat 1998-2001
Initiative pour la prévention des chutes	2000	2,8 M$°	2,2 M$	Formative/à mi-mandat 2000-2002
Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C	1999	9,3 M$	2,9 M$	Formative/à mi-mandat 1999-2002
Fonds pour la santé de la population	1997	15,2 M$	14,8 M$	Formative/à mi-mandat 1997-2002
Volet « soins de santé dans les régions rurales et éloignées »	1999	16,7 M$	5,5 M$†	Sommative/finale 1999-2001
Total :		**97,5 M$**	**64,6 M$**	

* Lorsque les niveaux de financement des programmes varient d'une année à l'autre, les chiffres annuels moyens sont fournis pour la période d'évaluation

° Ce programme est financé par le ministère des Anciens Combattants, et les fonds sont administrés par Santé Canada.

† Ce volet a fourni des subventions et des contributions d'un montant total de 11 millions de dollars sur deux ans.

Étape 2 : Cadre d'évaluation pour la promotion de la santé de la population

Par suite de la sélection des évaluations de programmes, on a élaboré, en collaboration avec des collègues du SCT et de Santé Canada, un cadre d'évaluation pour les programmes de promotion de la santé de la population. Le cadre comporte une série de questions d'évaluation et offre une série correspondante d'indicateurs pour résumer les réalisations et les incidences des programmes, leur conception et prestation et leur degré de rentabilité. Ces questions et indicateurs, expliqués en détail au tableau 3, ont été conçus de façon à établir facilement un lien entre les leçons apprises sur les pratiques antérieures de gestion des programmes et les incidences, d'une part, et le Cadre prospectif de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (CGRR), d'autre part.

Tableau 3 : Sommaire des questions et indicateurs d'évaluation

Questions d'évaluation	Indicateurs
Pertinence du programme : Est-il encore nécessaire que le gouvernement fédéral s'engage activement dans ce secteur?	• Données probantes sur la nature et l'ampleur du problème (coûts pour les Canadiens, système de santé), données probantes relevées dans la documentation sur l'impact possible du programme • Priorités gouvernementales et politiques et perception des intervenants en ce qui concerne les besoins visés
Impact et effets : *Partenariats* : Jusqu'à quel point des partenariats et des collaborations efficaces ont-ils été établis pour aborder les questions de promotion de la santé?	• Nature, qualité et importance de la participation et de l'engagement des partenaires
Renforcement des capacités : Jusqu'à quel point la capacité de traiter les questions de promotion de la santé a-t-elle augmenté?	• Nombre et type d'activités et de projets d'extension financés; nombre de ressources élaborées • Énoncés et données probantes sur la capacité accrue d'intervention par rapport aux déterminants de la santé
Développement et diffusion des connaissances : Jusqu'à quel point les programmes ont-ils réussi à enrichir et à diffuser les connaissances?	• Qualité des connaissances et disponibilité des produits • Données probantes sur la sensibilisation accrue aux ressources de promotion de la santé, et sur leur utilisation au sein des groupes cibles
Conception et exécution : Comment a-t-on abordé la conception et l'exécution des programmes?	• Nombre et type de partenaires et de secteurs prenant part aux activités de promotion de la santé • Pratiques exemplaires et recommandations ayant trait à la modification et à l'amélioration des programmes
Rentabilité : Jusqu'à quel point a-t-on réussi à trouver des ressources supplémentaires en vue de fonctionner à l'aide d'un fonds renouvelable, sans l'aide fédérale?	• Montant, proportion et provenance des ressources recueillies pour les programmes ou projets • Données probantes relevées dans la documentation sur les mécanismes de rechange utilisés par d'autres initiatives ou d'autres administrations canadiennes ou internationales pour l'exécution des programmes, et données probantes sur leur rentabilité

Étape 3 : Protocole d'examen pour la synthèse évaluative

On a élaboré un protocole d'examen pour la synthèse évaluative afin d'orienter le processus d'examen de la synthèse (voir annexe E). Le protocole d'examen a été élaboré de manière à recueillir une myriade d'information sur l'évaluation et les résultats ainsi qu'à produire une seule série de conclusions et de recommandations découlant des six évaluations. Il repose largement sur le Cadre d'évaluation des programmes de subventions et de contributions pour la promotion de la santé de la population et comprend un examen sommaire des instruments actuellement utilisés pour évaluer les rapports sur les interventions liées à la promotion de la santé[6]. On a relevé dans le cadre de l'examen de nombreux ouvrages permettant d'évaluer si les critères avaient été respectés pour l'évaluation d'un programme. On a trouvé beaucoup moins d'information sur l'évaluation des données probantes portant sur les résultats[7].

Dans le cadre de la conception du protocole d'examen, on a élaboré des critères pour déterminer si les principes de la santé de la population et les approches axées sur les déterminants de la santé orientaient ou appuyaient les pratiques d'évaluation et de mise en œuvre des programmes. Ces critères reposent sur le Modèle de la santé de la population, qui détermine les domaines d'intervention pour influer sur les déterminants de la santé[8].

Étape 4 : Application du protocole

On a mis à l'essai le protocole d'examen à l'aide d'une des évaluations de programmes, et l'équipe de projet chargée de la synthèse évaluative a apporté les modifications requises. En plus de peaufiner le protocole, ce processus pilote a aidé l'équipe de projet à s'entendre sur la façon d'appliquer de manière uniforme le protocole aux évaluations passées en revue.

Les membres de l'équipe de projet ont ensuite examiné les six évaluations à l'aide du protocole d'examen. Un second examinateur a été affecté à l'examen de chaque rapport pour valider le sommaire et l'évaluation (voir l'annexe C). Ce double processus d'examen a permis de cerner les lacunes, de réduire le chevauchement des tâches dans les examens et d'assurer une uniformité générale dans l'interprétation, l'analyse et l'examen des rapports. Par ailleurs, chacun des rapports sommaires détaillés a été remis à l'équipe de projet aux fins d'examen général et de

---

[6] Le *Guide d'évaluation des rapports d'évaluation de Santé Canada* et les protocoles d'examen spécialisé et d'évaluation par les pairs de la DEPM ont également été utilisés pour élaborer le protocole de synthèse, ainsi que le *Guide du SCT sur l'élaboration de cadres de gestion et de responsabilisation axés sur les résultats.*

[7] On a eu recours à deux outils utiles dans le domaine pour évaluer les données probantes ayant trait aux résultats : *A Schema for Evaluating Evidence on Public Health Interventions* (version 4, juin 2002) et *An Assessment of the Methods and Concepts Used to Synthesize the Evidence of Effectiveness in Health Promotion: A Review of 17 Initiatives* (2001). Ce dernier propose un cadre idéal pour résumer les données probantes sur l'efficacité de la promotion de la santé.

[8] Voir le Modèle de la santé de la population : http://www.population-health.com.

discussion des résultats.

Étape 5 : Élaboration du sommaire thématique (développement des connaissances, renforcement des capacités et établissement de partenariats)

Le processus d'examen entrepris à l'étape 4 a donné lieu à la préparation d'un sommaire des résultats pour chaque rapport d'évaluation. Ces sommaires ont mis au jour les caractéristiques de chaque programme, le contexte de l'étude d'évaluation, les méthodes de collecte de données utilisées et les résultats pour chacune des quatre questions d'évaluation. L'équipe de projet chargée de la synthèse évaluative s'est réunie à plusieurs reprises pour discuter des principales conclusions de ces sommaires et de leur pertinence par rapport au travail d'évaluation ultérieur. Ces discussions ont donné lieu à l'élaboration d'une première ébauche du rapport de synthèse évaluative, qui a été examinée et analysée par l'équipe de projet. On a invité les six programmes à l'examiner afin de déterminer si elle comportait des renseignements complets et exacts en ce qui a trait à leur programme. L'autorité responsable du projet qui surveille le processus de renouvellement des Modalités des programmes de promotion de la santé de la population a également examiné et approuvé la synthèse finale, mettant à profit ses connaissances sur les questions clés[9].

[9] L'autorité responsable du projet est présidée par Sylvie Stachenko, directrice générale, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, et comprend les directeurs généraux de toute la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique. Elle sert de mécanisme de surveillance pour assurer que le degré d'engagement est adéquat au sein de tout le Ministère. L'équipe de gestion du projet de renouvellement des modalités, qui comprend les présidents des groupes de travail désignés affectés à chacune des activités de renouvellement (CGRR, CVR), a également été consultée relativement à la version finale de la synthèse.

PARTIE B : ANALYSE INTÉGRÉE DES ÉVALUATIONS

On a élaboré quatre questions communes d'évaluation pour fournir un cadre à la synthèse évaluative. Les questions portaient sur la pertinence du programme, les impacts et les effets, la conception et l'exécution, et la rentabilité. La présente section du document fait état des résultats et des thèmes généraux relevés sous chacune de ces questions. Elle commence par une analyse des méthodes employées pour effectuer chacune des six évaluations.

2.1 Examen des méthodes d'évaluation des programmes

Caractéristiques communes

Dans le cadre de son examen des six rapports d'évaluation, l'équipe de projet a constaté plusieurs points communs dans les approches adoptées :

- On a eu recours dans une certaine mesure aux services d'experts-conseils en évaluation externes à Santé Canada pour les six évaluations.
- Cinq des six études d'évaluation ont été réalisées ex-post (c'est-à-dire que les évaluations ont été conçues et mises en œuvre une fois les programmes en cours).
- Quatre des études étaient des évaluations de programme formatives à mi-mandat.
- Deux des études étaient des évaluations sommatives finales (SSRRE et PCNP).
- Cinq des six évaluations reposaient sur des conceptions non expérimentales (c'est-à-dire qu'on n'a pas eu recours à des groupes témoins ou à des mesures répétées dans le temps, qui auraient pu être utiles pour évaluer la relation de cause à effet).
- Toutes les évaluations ont utilisé à la fois des données primaires et secondaires.
  Trois techniques de collecte de données étaient communes aux six évaluations : examen d'ouvrages et de documents, enquêtes et entrevues, et groupes de discussion et études de cas. L'évaluation du PCNP a également eu grandement recours à des données recueillies directement auprès des participantes au programme.

Limites des méthodes d'évaluation

L'information sur les méthodes d'évaluation des programmes aurait pu être plus détaillée dans certains cas pour aider le lecteur à évaluer les conclusions présentées dans les rapports d'évaluation. L'absence d'une description complète de la méthode d'évaluation peut soulever des questions concernant le caractère détaillé et la rigueur du travail. Une description plus détaillée pourrait également fournir de l'information sur le contexte ou les circonstances entourant les méthodes d'évaluation, ce qui peut avoir ou non une incidence sur les résultats signalés dans l'évaluation (p. ex., explication des limites et des défis dans l'évaluation selon les méthodes utilisées).

Chaque programme avait en place un cadre d'évaluation, et quatre des six évaluations avaient établi un modèle logique ainsi que des indicateurs. Toutefois, on a constaté que cinq des six programmes (à l'exception du PCNP) ne comportait pas un troisième élément central nécessaire à une évaluation efficace, soit un processus bien défini pour une collecte continue de données, comme en témoigne l'absence de techniques de collecte de données de référence et d'autres données courantes. Étant donné que les approches utilisées pour recueillir des données sur les projets variaient d'une région à l'autre, il était difficile de déterminer comment s'inscrivent les évaluations particulières dans le contexte national et, en fin de compte, la contribution des évaluations de projets à l'évaluation du programme. En l'absence de ces processus de collecte de données et d'information, il est difficile pour les évaluateurs de déterminer les impacts et les effets des programmes à long terme[10].

Leçon apprise

La planification de l'évaluation doit s'effectuer au début du processus d'élaboration du programme :

- Il faudrait continuer à élaborer des cadres de gestion et de responsabilisation axés sur les résultats au début du cycle de vie du programme, et ces derniers doivent définir les activités de collecte soutenue de données, les mécanismes de stockage et le mode d'analyse de l'information recueillie.
- Il faudrait établir les données de référence dans le cadre de l'exercice d'élaboration et de planification du programme, pour appuyer à la fois la raison d'être du programme et la fonction d'évaluation.
- Il faudrait expliquer en détail dans le rapport la méthode employée pour l'évaluation (p. ex., descriptions des processus utilisés pour recueillir et analyser les données) et les résultats de ce travail (p. ex., une liste des documents examinés) afin de permettre leur validation. On pourrait utiliser des lignes directrices, comme le *Guide d'évaluation des rapports d'évaluation de Santé Canada*, pour assurer une présentation uniforme et minutieuse des méthodes d'évaluation.

Les évaluations (à quelques exceptions près) ne semblaient pas tirer pleinement parti de l'information disponible figurant dans les évaluations des besoins, les notes des réunions et d'autres documents historiques ou pertinents ayant trait aux programmes. Il est possible que cette situation soit attribuable au fait que les consultants experts en évaluation, qui jouent un rôle important et précieux dans les évaluations, ne connaissent généralement pas le contexte du programme qu'ils sont appelés à évaluer et peuvent ne pas tenir compte de sources de données

[10] Il convient de noter que les études de base visant les programmes de promotion de la santé sont onéreuses et requièrent une bonne dose de planification et de coordination, en particulier pour les programmes nationaux.

existantes. Par ailleurs, ils ont tendance à recueillir de l'information de manière ponctuelle au lieu de le faire au cours d'une longue période. Par conséquent, on a beaucoup recours aux données tirées des entrevues et des enquêtes menés auprès des intervenants des programmes. Ces données comportent toutefois plusieurs limites. Afin de surmonter ces dernières et de réduire les erreurs systématiques, il faut ce qui suit :

- un échantillon représentatif de partenaires, d'organisations intervenantes et de clients pour illustrer les diverses perspectives;
- des échantillons très vastes qui permettent la généralisation des résultats;
- des questions d'entrevue neutres et pertinentes.

On a trouvé peu de données probantes (les rapports d'évaluation ne renferment aucun détail sur les sondages) donnant à penser que les responsables des évaluations ont pris les mesures nécessaires pour s'assurer de l'objectivité des données tirées des entrevues et des enquêtes. Il convient de noter que bien que les erreurs systématiques soient constamment une source de préoccupation dans la recherche en sciences sociales, il faut en faire état dans le cadre de la méthode et prendre des mesures pour les minimiser (par exemple, pour assurer la pondération adéquate des sources). Dans la mesure du possible, il serait utile par exemple d'inclure les personnes qui bénéficient des programmes visés dans le bassin des personnes interrogées. Cela ajouterait une nouvelle perspective qui fournirait de l'information sur les résultats finals ou à long terme d'un programme (changement de comportement pour améliorer l'état de santé).

> ***Leçon apprise***
>
> En assurant des pratiques de collecte systématique de données auprès de plusieurs sources (dont des échantillons d'enquêtes et d'entrevues fiables), on sera en mesure de recueillir et d'analyser des données qui pourront être utilisées pour mesurer efficacement les impacts et les effets des programmes.

2.2 Pertinence du programme

*Question d'évaluatio*n : « Jusqu'à quel point les programmes de contributions pour la santé de la population sont-ils encore pertinents au regard des priorités du gouvernement et des besoins des populations cibles? »

L'examen des arguments à l'appui de la pertinence ne visait pas à élaborer des arguments à l'appui des programmes, mais à mettre en lumière les résultats présentés dans les rapports.

Les six rapports d'évaluation font état de la nécessité pour les ministères fédéraux de continuer à intervenir dans leur domaine respectif de promotion de la santé de la population, soulignant souvent l'importance du rôle fédéral dans l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies nationales pour aborder ces questions. Trois des six évaluations (la Stratégie canadienne sur le

VIH/sida, le Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C et le PCNP) ont fourni des données épidémiologiques et des données sur la surveillance pour illustrer l'ampleur et l'impact de la question relative à la santé visée par le programme. Par exemple, les rapports d'évaluation ont livré de l'information sur l'ampleur du problème au Canada (p. ex., le nombre de personnes infectées, les taux d'incidence) ainsi que de l'information sur les facteurs de risque et les groupes de risque associés à la maladie ou à la question relative à la santé. Le rapport d'évaluation du PCNP compare les taux de poids à la naissance au Canada à ceux d'autres pays ainsi que les taux provinciaux et les taux entres certains groupes. Le poids à la naissance est la mesure la plus souvent utilisée pour évaluer la santé du nouveau-né. Un faible poids à la naissance est associé à de nombreux facteurs de risque, selon les ouvrages (le PCNP cite plusieurs documents à l'appui de ses affirmations sur le poids à la naissance). Les évaluations du PCNP et de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida comprenaient également une analyse du fardeau économique de la maladie ou de la question relative à la santé pour les Canadiens, y compris les coûts éventuels si aucune mesure n'est prise pour régler le problème.

Cependant, dans trois autres évaluations, l'argument à l'appui de la pertinence reposait en grande partie sur les opinions des bénéficiaires du financement, des principaux sujets interrogés, des partenaires et d'autres intervenants, qui avaient peut-être un intérêt direct à ce que le programme se poursuive. Dans ces trois évaluations, on a utilisé peu d'autres types de données probantes pour appuyer les affirmations selon lesquelles le gouvernement fédéral doit continuer à intervenir dans ces domaines. Cela ne signifie pas pour autant que ces programmes ne sont pas pertinents, mais plutôt que ces évaluations devraient avoir recours à plusieurs sources de données pour démontrer la pertinence. Cela souligne aussi le fait que plusieurs entrevues avec des personnes clés ont été menées et qu'on a parfois négligé les méthodes de recherche quantitative adéquates.

Santé Canada possède les ressources et le savoir-faire requis pour fournir les types d'information et d'analyses recommandées ci-dessus (p. ex., internes et externes à Santé Canada). Au nombre des autres ressources que l'on pourrait utiliser pour appuyer les arguments concernant la pertinence, mentionnons les données provenant d'enquêtes nationales (p. ex., Enquête nationale sur la santé de la population et Enquête sur la santé dans les collectivités

Leçon apprise

Dans la mesure du possible, les évaluateurs devraient utiliser les données probantes quantitatives, en plus de données probantes qualitatives, pour justifier la pertinence du programme.

- Le fardeau économique (pour la société, l'économie canadienne et le système de soins de santé) de la question sur la santé visée par le programme ainsi que le coût éventuel de la non-intervention devraient être pris en compte lors de l'évaluation de la pertinence du programme.
- Les évaluateurs devraient examiner minutieusement un programme dans le contexte plus vaste d'autres questions relatives à la santé et des priorités des ministères et du gouvernement lorsqu'ils établissent les arguments à l'appui de la pertinence.

canadiennes) et les énoncés de politique (p. ex., le budget fédéral et les rapports fédéraux-provinciaux-territoriaux sur la santé et le système de santé) qui aident à positionner la santé ou la question relative à la santé dans un contexte socio-politique plus vaste. Ceci inclut la documentation des ouvrages d'appui qui font la promotion de la santé et portent sur la réussite des interventions dans d'autres contextes similaires. En bref, les arguments à l'appui de la pertinence pourraient être étayés par de multiples sources et types de données probantes.

2.3 Impact et effets : contribution à l'atteinte des résultats prévus

Question d'évaluation : « Jusqu'à quel point les programmes ont-ils contribué à l'obtention des résultats prévus? »

La présente section de la synthèse évaluative fait état des progrès dans l'atteinte des résultats suivants :

- partenariats et collaboration;
- renforcement des capacités;
- développement et diffusion des connaissances

On suppose qu'en atteignant ces résultats, on réalise également des progrès dans l'atteinte de résultats à long terme, par exemple l'accès accru à l'information et aux services de promotion de la santé, une plus grande sensibilisation et l'amélioration des pratiques sanitaires. En fin de compte, ceci devrait donner lieu à la réalisation des buts visés par chaque programme en matière de santé.

A) Résultats au chapitre des partenariats et des collaborations

Qui sont les partenaires des programmes de la Direction générale?

D'après les évaluations, un large éventail de partenaires compétents ont pris part aux six programmes examinés dans le cadre de la présente synthèse évaluative. D'un point de vue strictement numérique, le nombre de partenaires variait grandement d'un programme à l'autre. L'évaluation de l'Initiative pour la prévention des chutes, par exemple, n'a recensé que deux partenaires officiels – la Direction générale elle-même et le ministère des Anciens Combattants – mais on a également observé que plusieurs autres organisations ont joué un rôle dans l'élaboration et la mise en œuvre du programme. Le Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C, par ailleurs, a fait état de 474 partenaires, dont des dizaines d'organisations communautaires.

L'établissement de partenariats constitue un thème sous-jacent (et souvent un objectif établi) des six programmes. Bien que cinq des six initiatives visent une question distincte ayant trait à la santé et que les groupes cibles et les stratégies de programmes soient souvent disparates, les types de partenaires engagés sont généralement similaires dans les programmes. Par exemple, les

gouvernements provinciaux-territoriaux et les organisations non gouvernementales (ONG) ont été recensés comme étant des partenaires par la plupart des programmes. De même, d'autres programmes au sein de Santé Canada, d'autres ministères et organismes fédéraux, des instituts de recherche et des universités sont souvent cités au nombre des partenaires. Selon la nature du programme, le secteur privé, les organisations communautaires et les municipalités peuvent également être cités comme partenaires (p. ex., le Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C et le volet SSRRE).

En ce qui a trait à la nature de la participation des partenaires aux évaluations, les résultats indiquent que les partenaires clés ont participé directement à la conception, à l'élaboration et à l'exécution des six programmes et, dans certains cas, à leur surveillance et évaluation. En participant à la planification des programmes en soi et aux exercices d'établissement de priorités, les partenaires ont pu influer non seulement sur ce qui a été fait, mais aussi sur la façon et le moment de le faire. Dans le cas du Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C, par exemple, en raison de la participation directe des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) à titre de partenaires, on a mis un accent particulier sur la recherche biomédicale et clinique. Les partenaires de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida ont été longuement consultés à propos des buts et des affectations de fonds pour la Stratégie, et continuent à prendre part à l'élaboration des orientations stratégiques de l'initiative. Les ministères et organismes provinciaux et territoriaux influent également sur les activités du programme et les projets menés dans le cadre du volet SSRRE. Ces relations illustrent que les organismes avec lesquels on établit des partenariats et la façon d'établir ces partenariats influent directement sur les objectifs et les résultats des programmes.

Les partenariats établis dans le cadre de ces six programmes prennent généralement la forme de contributions financières ou non financières, bien que, dans certains cas, les partenaires de la Direction générale ne font que communiquer de l'information ou formuler des avis. De nombreux partenariats sont établis dans le but d'améliorer les perspectives et d'accroître les possibilités de sensibiliser des groupes cibles particuliers, en particulier les populations marginalisées.

Définition des relations : partenaires, intervenants ou clients?

L'utilisation du terme « partenariat » varie d'un programme à l'autre. Par exemple, certains programmes confèrent à ce terme une signification rigide, presque légaliste, ne l'utilisant qu'en référence à une organisation qui a conclu une entente officielle concernant l'élaboration et l'exécution du programme (p. ex, le protocole d'entente entre Santé Canada et le ministère des Anciens Combattants concernant l'Initiative pour la prévention des chutes). Le volet SSRRE a décrit ses partenaires comme des organisations jouant un rôle bien défini dans le programme; les partenaires clés incluent donc Santé Canada, ses bureaux régionaux et les IRSC. D'autres utilisent le terme de manière plus souple – pratiquement toute organisation qui interagit avec le programme serait considérée comme étant un partenaire. Souvent, les directions générales, les programmes et les divisions de Santé Canada établissent des partenariats entre eux pour améliorer l'exécution des programmes.

Les évaluations ont également révélé que certains programmes utilisent les termes « partenaires » et « intervenants » de façon interchangeable. Tous les programmes semblent adopter une définition large de leurs intervenants, allant parfois jusqu'à englober les Canadiens en général. Même si cette pratique permet de considérer le programme comme universel, elle rend difficile l'évaluation du degré de participation des intervenants au programme ou la mesure dans laquelle ils sont touchés. De plus, certains programmes (p. ex., Initiative pour la prévention des chutes) désignent leurs groupes cibles comme des clients, tandis que ces groupes peuvent se considérer comme des partenaires. Des définitions dans les rapports d'évaluation auraient aidé le lecteur à comprendre comment chaque programme perçoit ses relations avec les autres – en tant que clients, intervenants, partenaires ou à plusieurs titres – et à déterminer ce qui est perçu et ce qui est réel.

> ***Leçon apprise***
>
> Il faut assurer une uniformité dans la définition des concepts clés, comme le partenariat, les intervenants et les groupes de clients (cibles), pour les programmes de promotion de la santé. Les rôles, les responsabilités et les activités attendues des partenaires des programmes, le rôle des gouvernements provinciaux-territoriaux dans la prestation des programmes et la relation entre les provinces et territoires et les bureaux régionaux de Santé Canada devraient être clairement illustrés.

Répercussions pour la responsabilisation

Le degré d'engagement des partenaires dans les six programmes, même si on reconnaît qu'il est à la fois nécessaire et bénéfique, soulève plusieurs questions concernant la gestion des programmes. Plus précisément :

- Tous les partenaires sont-ils jugés égaux ou Santé Canada, en tant que parrain du programme et principal bailleur de fonds, est-il considéré comme un « partenaire principal »? Comment les responsabilités sont-elles partagées, quelles sont les dispositions en matière de responsabilisation et ces questions sont-elles définies clairement?
- La capacité des partenaires d'influencer les programmes dès le début renforce-t-elle ces initiatives ou pourrait-elle miner l'intégrité des objectifs du programme, tels qu'ils ont été établis au départ par les décideurs de Santé Canada?

Élaboration et renforcement des partenariats

Plusieurs thèmes communs sont ressortis des évaluations relativement au défi d'établir et de maintenir des partenariats.

Bien que les partenariats permettent d'élargir l'engagement et la portée des programmes et d'obtenir des fonds supplémentaires (y compris du secteur privé), ils nécessitent également un important investissement de temps et de ressources. Certaines évaluations (p. ex., l'Initiative pour

la prévention des chutes, le volet SSRRE, la Stratégie canadienne sur le VIH/sida et le Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C) ont relevé une difficulté particulière à établir et à maintenir des partenariats au niveau communautaire. Elles ont également faire ressortir la difficulté continue d'attirer des partenaires de l'extérieur du secteur de la santé (même si le FSP a indiqué que d'autres secteurs étaient représentés dans environ deux tiers des projets financés). Les changements fréquents de personnel et les coupures imposées aux programmes dans les organisations partenaires, en particulier les organisations communautaires, ont également été cités comme obstacles au maintien de partenariats efficaces. Néanmoins, tous les rapports d'évaluation indiquent qu'on accorde une valeur élevée aux partenariats formés, au chapitre, entre autres, de l'obtention de ressources et de la viabilité des interventions au niveau local.

La plupart des évaluations ont révélé que l'établissement et le maintien de partenariats sont des tâches laborieuses. Il faudrait tenir compte des problèmes liés à l'établissement de partenariats pendant les phases de conception et d'exécution du programme. L'Initiative pour la prévention des chutes, par exemple, a consacré la première étape de l'exécution de son projet uniquement à l'établissement de partenariats.

Lorsque les rôles et les responsabilités ne sont pas clairement définis ou que plusieurs organisations proposent des approches fondamentalement différentes, les partenariats peuvent être sources de frustration. Par exemple, la DGSPSP et le ministère des Anciens Combattants ont rencontré quelques difficultés initiales lors de la mise en œuvre du Protocole d'entente visant la gestion conjointe de l'Initiative pour la prévention des chutes. L'évaluation a déterminé que ces problèmes, résolus depuis, étaient attribuables à des différences d'approche – le ministère des Anciens Combattants met généralement l'accent sur la prestation directe de services de santé (p. ex., prestation de services de santé) tandis que l'approche de la DGSPSP consiste à promouvoir la santé de la population (c'est-à-dire promouvoir les principes de la santé de la population dans la conception et l'exécution des programmes).

La capacité d'établir efficacement des partenariats semble liée à l'urgence ou à l'expansion de la question. La phase initiale d'établissement de partenariats prévoit une sensibilisation accrue à la question ou au problème et l'encouragement des partenaires éventuels à donner leur appui. Cependant, selon l'urgence de la question et l'ampleur de l'attention du public à la question (p. ex., attention des médias), cette phase d'intensification de la sensibilisation est minimisée. Par exemple, il existe maintenant au Canada des centaines d'organisations qui appuient et offrent des services aux personnes à risque ou atteintes du VIH/sida, qui est depuis plus de 20 ans une importante question de santé publique au Canada. Par contre, le public est moins au courant de l'impact que les chutes peuvent avoir sur la santé des aînés et des anciens combattants et de l'envergure du problème au Canada. Comme cette question peut être jugée moins urgente que le VIH/sida, il sera peut-être plus difficile d'obtenir un soutien et d'attirer des partenaires.

L'évaluation de la troisième année de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida a également révélé que l'engagement de nouveaux ou de plusieurs partenaires (ou bénéficiaires de fonds) à l'égard d'un programme peut accroître la concurrence pour obtenir des fonds limités. Comme les sommes disponibles sont réparties entre un grand nombre de participants, les partenaires peuvent être forcés de réduire les activités prévues ou de faire des économies, ce qui nuit à la prestation des services et à la réalisation de projets ainsi qu'à l'efficacité générale du programme.

> ***Leçon apprise***
>
> Il faudrait encourager l'établissement de partenariats dynamiques et stratégiques, reposant sur une solide communication, pour sensibiliser les groupes cibles à risque, éviter les chevauchements de tâches et les doubles emplois, mettre en place des programmes complémentaires et assurer l'utilisation optimale des sommes allouées aux programmes (grâce au partage des ressources).

Malgré ces problèmes, les évaluations ont permis de conclure que les partenariats ont une incidence principalement positive sur l'atteinte des résultats des programmes.

Rôle de leadership du gouvernement fédéral

Compte tenu de son mandat national, qui consiste à promouvoir la santé de la population, le gouvernement fédéral (Santé Canada) est perçu comme étant capable et ayant la responsabilité de jouer un rôle de leadership pour faciliter les partenariats dans le cadre des programmes. Par exemple, l'évaluation du volet SSRRE a déterminé que le gouvernement fédéral est le plus à même d'exploiter les synergies qui existent entre les limites provinciales et territoriales en raison de sa position nationale et de son mandat fédéral. L'évaluation conclut que sans leadership fédéral, la plupart des projets menés en vertu de cette initiative n'auraient pas vu le jour.

Ce rôle de leadership fédéral est particulièrement important dans le contexte de l'Entente-cadre sur l'union sociale (ECUS). Dans le contexte postérieur à l'ECUS, l'appui des partenaires provinciaux et territoriaux est essentiel et doit être obtenu avant la mise en œuvre du programme (de préférence, à l'étape de conception). Les partenariats fédéraux-provinciaux-territoriaux renforcent l'accent mis sur les possibilités communes et débouchent sur l'établissement d'objectifs communs et de stratégies nationales que toutes les provinces et tous les territoires peuvent appuyer. Le gouvernement fédéral est perçu par bon nombre comme étant le mieux placé pour parvenir à un consensus national sur des questions particulières en matière de soins de santé, fournir de grosses contributions financières ponctuelles souvent requises par les projets de santé et créer et maintenir des partenariats.

Les résultats de l'évaluation dans son ensemble donnent à penser qu'il est possible d'exécuter de

manière plus efficace les programmes de promotion de la santé de la population de la Direction générale grâce à l'élaboration de processus de partenariats plus englobants. On pourrait par exemple établir des tribunes de financement conjoint où les partenaires se réuniraient pour convenir des priorités, des objectifs et des buts des programmes, échanger de l'information sur les projets (pour éviter les chevauchements et le double emploi) et possiblement gérer de manière concertée les programmes. Ces tribunes pourraient également prévoir la surveillance et l'évaluation conjointes des programmes, ce qui pourrait réduire la charge de travail administrative (p. ex., en regroupant la rédaction de la proposition et l'établissement de rapports) de plusieurs organisations et chefs de projets qui reçoivent des fonds de diverses sources pour le même projet. Le PCNP a déjà adopté des volets de cette approche. Cependant, il faudrait envisager une approche plus détaillée.

> ***Leçon apprise***
>
> Les tribunes de gestion conjointe (p. ex., possibilités de financement et de surveillance avec d'autres gouvernements) pourraient servir à obtenir des ressources, à améliorer l'efficacité de l'exécution des programmes et à améliorer l'incidence des programmes de promotion de la santé de la population.

Participation des populations ciblées

Les six programmes examinés dans la présente synthèse évaluative ont favorisé la participation des populations ciblées à la conception, à l'élaboration ou à l'exécution de leur initiative financée. Leur succès a été variable. Par exemple, les partenaires du Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C avaient l'impression que leurs besoins étaient bien représentés au sein du comité consultatif conjoint du programme, mais que la population cible elle-même n'était pas bien représentée. Par ailleurs, l'évaluation de l'Initiative pour la prévention des chutes a déterminé que les aînés et les anciens combattants participaient efficacement à l'élaboration et à l'exécution du programme, mais que l'engagement d'un troisième groupe cible, les soignants, était insuffisant.

> ***Leçon apprise***
>
> Les groupes cibles devraient participer, au bon moment et de la façon appropriée, aux questions qui les concernent directement.

Certaines populations à risque sont particulièrement difficiles à sensibiliser et participent donc de manière moins efficace à l'élaboration et à l'exécution des programmes. Mentionnons entre autres les utilisateurs de drogues injectables, les jeunes de la rue et les détenus. Bien que certaines personnes prennent peut-être part à l'exécution de projets particuliers, leur participation à la planification générale du programme et à l'établissement de priorités est négligeable. On a également observé la difficulté à faire participer des groupes cibles en région rurale, ce qui est en

partie attribuable aux limites géographiques (il existe moins de partenaires éventuels dans les collectivités plus petites ou éloignées et donc moins de mécanismes pour atteindre les groupes cibles). Certaines évaluations de programmes (la Stratégie canadienne sur le VIH/sida et l'Initiative pour prévention des chutes) ont également relevé un autre problème, à savoir le recrutement de bénévoles, comme en témoigne le nombre décroissant de bénévoles observé dans plusieurs évaluations.

B) Résultats au chapitre du renforcement de la capacité d'agir sur les déterminants de la santé

Renforcement des capacités communautaires : un concept vague

Les Modalités des programmes de promotion de la santé de la population définissent le renforcement des capacités communautaires comme suit : contribuer à l'amélioration des connaissances et des compétences de la collectivité afin d'accroître le développement de cette dernière, la participation des citoyens et la viabilité organisationnelle. Même si aucune des évaluations de programmes ne comportait cette définition, les rapports d'évaluation ont mis l'accent sur au moins un de ces éléments clés du renforcement des capacités.

L'analyse des six rapports d'évaluation révèle qu'en expliquant plus clairement le concept du renforcement des capacités communautaires, on serait en mesure d'établir des liens plus clairs entre les activités et les retombées des programmes, d'une part, et les résultats au chapitre de la santé, d'autre part.

Seulement une des six évaluations de programmes (le FSP) s'est attachée à définir ou à conceptualiser le renforcement des capacités communautaires, à expliquer son opérationnalisation dans le contexte du programme ou à examiner son incidence sur l'état de santé et le rendement du système de santé (pour ce qui est de l'accès, de l'équité, de la qualité et de l'efficacité). Pour comprendre la capacité dans le contexte des cinq autres programmes, il a fallu examiner le modèle logique de chaque programme en vue d'obtenir une ventilation de leurs retombées, de leurs activités et de leurs résultats. Par ailleurs, les rapports d'évaluation n'ont pas établi de distinction claire entre les types de capacité et les indicateurs employés pour les mesurer. Pour la plupart, les activités semblaient tourner autour du renforcement des capacités à un ou plusieurs des niveaux suivants :

- au niveau du système (intégration des approches axées sur la santé de la population aux programmes, par exemple, le FSP);
- au niveau organisationnel (renforcement de la capacité interorganisationnelle et intraorganisationnelle d'aborder la question de la promotion de la santé – tous les programmes);
- au niveau du fournisseur de services de santé (p. ex., la formation des professionnels de la santé – tous les programmes, sauf le FSP);
- au niveau du client (toucher directement les collectivités cibles grâce aux programmes de renforcement des capacités – tous les programmes).

Plusieurs questions découlent de cette analyse :

- Que veut dire la DGSPSP lorsqu'elle fait allusion au renforcement des capacités?
- Quels éléments essentiels et quelle infrastructure sont requis pour renforcer les capacités?
- Le renforcement des capacités incombe-t-il au gouvernement fédéral ou à Santé Canada? Le cas échéant, quand et comment y parvenir? À quels niveaux de capacité le Ministère et ses directions générales exercent-ils leur influence? Comment mesure-t-on l'impact?
- Quel rôle joue le gouvernement fédéral dans le renforcement des capacités lorsque plusieurs parties prennent part à un programme ou à un projet?

L'engagement est un pilier du développement communautaire

Les six programmes ont travaillé avec des organisations communautaires bénévoles et ont fait participer les citoyens à la mise en œuvre de leurs activités et objectifs. Les évaluations indiquent que cette approche a aidé les programmes à relever les problèmes et besoins locaux et à mieux comprendre la capacité des organisations et des particuliers de continuer au terme du programme à déployer des efforts. Le volet SSRRE par exemple a invité les Canadiens vivant en région rurale à participer à des tables rondes sur l'accès aux soins de santé et sur d'autres questions importantes pour eux.

Les évaluations ont constaté que l'importance accordée par l'ensemble des programmes à l'établissement de réseaux et aux partenariats communautaires faisant appel à plusieurs intervenants était perçue comme un avantage clé, comme en témoigne le Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C, qui a fait du soutien et de la recherche communautaires l'un des trois piliers des efforts de prévention.

À l'échelle nationale, on a constaté un renforcement des capacités lors de l'institutionnalisation de la réponse à l'épidémie de VIH/sida par la création d'une alliance pancanadienne de gouvernements et autres, ainsi que dans l'évolution de services particuliers (p. ex., le Centre canadien de documentation sur le VIH/sida) et d'institutions (la Société canadienne du sida et d'autres ONG). Les partenaires et intervenants de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida ont indiqué que le renforcement des capacités communautaires était l'un des points forts du programme, en particulier en ce qui a trait au soutien prêté aux organisations pour mieux lutter contre l'épidémie, à l'amélioration de la capacité de prévention et au renforcement de la capacité locale des collectivités en général.

Promotion de l'approche axée sur la santé de la population

L'ensemble des programmes ont fait la promotion de l'approche axée sur la santé de la

population[11] dans le cadre de leurs efforts de renforcement des capacités. Pour le volet SSRRE, cela signifiait améliorer la sensibilisation et la capacité au sein du gouvernement fédéral d'adopter une perspective rurale dans l'élaboration de politiques et programmes en augmentant le nombre de groupes de travail sur la santé en région rurale. Dans le cadre du programme pour l'hépatite C, une formation a été offerte à 35 000 médecins et à 12 000 personnes infectées ou touchées par le virus ou encore aux personnes à risque dans le but d'améliorer leurs connaissances et leur capacité de combattre le virus de l'hépatite C.

La majorité des personnes interrogées ayant pris part à l'évaluation de l'Initiative pour la prévention des chutes ont signalé mieux comprendre l'approche axée sur la santé de la population. Cependant, ceci ne s'est pas nécessairement traduit par une plus grande capacité de prévenir les chutes. Quand on leur a demandé si le financement du programme avait en fait accru la capacité de la collectivité à s'occuper des questions locales relatives à la santé, les principales personnes ayant pris part à l'évaluation du volet SSRRE ne partageaient pas les mêmes avis. Comme on ne disposait pas de données suffisantes sur l'accès et le traitement, l'évaluation du Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C n'a pu déterminer si l'accroissement de la capacité observée a donné lieu à une amélioration de l'accès et des soins pour les principaux clients. Quoi qu'il en soit, l'ensemble des programmes ont relevé le besoin, pour le gouvernement fédéral, de continuer à participer au renforcement des capacités communautaires.

Défis inhérents à la mesure des progrès accomplis au chapitre du renforcement des capacités communautaires

Toutes les évaluations visaient à évaluer l'amélioration des capacités, mais il arrivait souvent qu'on ne savait pas avec certitude sur quels aspects portaient ces évaluations. Bien que cela ne soit pas mentionné explicitement, il semble que la plupart des programmes considèrent le renforcement des capacités à la fois comme un déterminant de la santé et un moyen d'obtenir des résultats concrets en matière de santé (c'est-à-dire à la fois un moyen pour atteindre une fin et la fin en soi)[12]. Les examinateurs ont également fait remarquer que le manque de clarté dans l'évaluation des résultats au chapitre du renforcement des capacités pourrait être attribuable à la nature formative de quatre des six évaluations et au manque subséquent de données connues permettant de mesurer ces résultats. Par conséquent, il serait peut-être irréaliste de s'attendre à des changements perceptibles dans les résultats en matière de santé par suite des efforts déployés pour renforcer les capacités, en particulier dans le cas des programmes dont le cycle de vie n'a même pas commencé à influencer – et encore moins à évaluer – les succès sur le front du renforcement des capacités (p. ex., l'évaluation à mi-parcours visait de toute évidence à évaluer les deux premières années d'une initiative qui en compte cinq, mais elle n'a pas abordé le

[11] Voir le Cadre d'évaluation pour la promotion de la santé de la population qui décrit cette approche. Voir également le Modèle sur la santé de la population, www.population-health.com..

[12] Labonté et Laverack signalent cette distinction non résolue (2001a).

renforcement des capacités).

Les évaluations ont fait ressortir la difficulté de mesurer le succès obtenu en général au chapitre du renforcement des capacités (il est important de signaler qu'on a utilisé des sources de données et des méthodes communes pour mesurer les capacités — les évaluations reposaient sur des entrevues avec des informateurs clés, des enquêtes et des analyses documentaires). Il n'y a là rien d'étonnant, étant donné que les indicateurs servant à mesurer les capacités communautaires ne sont pas au point. Dans le cadre d'un projet mené au sein de la DGSPSP de la région de l'Alberta et financé par le Bureau de l'expert scientifique en chef, on élabore actuellement des indicateurs de rendement pour les programmes de promotion de la santé communautaire ou de santé de la population, qui pourront être utiles pour éclairer les évaluations de programmes ultérieures. On espère que ce projet aidera à mieux comprendre le renforcement des capacités — et la façon dont cet élément est mesuré — dans la mesure où il s'applique aux programmes de Santé Canada. Un récent lien explorant le concept de capacités communautaires et le rapport entre ce dernier et la santé communautaire aide également à comprendre comment appliquer ce concept pour mesurer l'impact des interventions de promotion de la santé au niveau communautaire[13].

> ***Leçon apprise***
>
> Il faudrait élaborer une définition commune du concept de renforcement de la capacité et améliorer les méthodes employées pour mesurer les changements au chapitre des capacités communautaires.

Une autre difficulté inhérente à l'évaluation des progrès dans le domaine tient au fait que seuls les effets immédiats du renforcement des capacités peuvent être observés au cours des premières phases de l'évolution des programmes (la Stratégie canadienne sur le VIH/sida et le Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C ont tous deux fait état de progrès appréciables en ce qui a trait aux capacités en matière de prévention). Selon le rapport d'évaluation concernant la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, l'amélioration des méthodes employées pour mesurer les capacités communautaires devrait être une priorité dans le domaine du suivi et elle pourrait se révéler un enjeu pour l'évaluation quinquennale imminente à laquelle sera soumise la Stratégie.

C) Résultats au chapitre du développement et de la diffusion des connaissances

Produit-on de l'information appropriée?

---

[13] Smith, Neale, Lori Baugh Littlejohns et Roy Dimple. *Measuring Community Capacity: State of the Field Review and Recommendations for Future Research*, mai 2003. Le rapport renferme également des recommandations concernant un futur programme national de recherche visant à mesurer et à évaluer les capacités communautaires. Santé Canada, par l'intermédiaire de son Programme de recherche sur la politique en matière de santé, a appuyé cette recherche.

Le développement et la diffusion des connaissances constituent un élément clé de l'approche axée sur la santé de la population et il s'agissait d'un domaine d'activité clé pour les six programmes. Les efforts déployés dans le cadre des programmes visaient généralement à :

- sensibiliser le public, les intervenants et les groupes cibles à la maladie ou au problème auquel s'attaque le programme;
- améliorer les connaissances grâce à la recherche.

Tous les programmes ont fait état de succès dans le développement de (nouvelles) connaissances et l'élaboration d'un large éventail de ressources d'information, par exemple, des fiches d'information, des brochures et des dépliants, des trousses d'information pour les médias, des sites Web ainsi que de l'information pour les malades et les professionnels de la santé. L'impact des produits d'information sur l'amélioration du processus décisionnel ou la sensibilisation en général était moins évident. Il convient de noter que, selon certaines personnes ayant formulé des commentaires sur le volet « soins de santé dans les régions rurales et éloignées » de l'initiative Innovations en matière de santé dans les collectivités et en milieu rural, il était trop tôt pour tirer cette conclusion. Les évaluations n'ont pas permis d'obtenir de renseignements détaillés sur les types et le volume de produits d'information élaborés, le mode de diffusion de l'information et les destinataires visés ou sur les résultats dont on pourrait faire état grâce à cette information.

Il semble que les six programmes ont tenté de faire participer les groupes cibles à l'élaboration des outils d'information et au partage des connaissances. Malgré ces efforts, les obstacles géographiques et les problèmes de marginalisation ont dans certains cas (p. ex., le volet « soins de santé dans les régions rurales et éloignées » de l'initiative Innovations en matière de santé dans les collectivités et en milieu rural), nui à la pleine participation de quelques groupes cibles.

Certaines évaluations (la Stratégie canadienne sur le VIH/sida et le Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C) ont signalé que l'information créée n'était pas toujours utile au groupe cible. Les problèmes les plus courants étaient que l'information se révélait trop spécialisée pour les destinataires visés (p. ex., les détenus), le contenu n'était pas adapté sur le plan culturel (p. ex., pour les Autochtones) ou la documentation n'était pas offerte dans la langue de préférence des destinataires.

> ***Leçon apprise***
>
> Avant la mise en œuvre à grande échelle, on doit formuler les messages clés de la promotion de la santé de la population en fonction des populations visées et les mettre à l'essai auprès de groupes de consultation, afin de s'assurer qu'ils sont adaptés sur le plan culturel et offerts dans la langue de préférence du groupe cible et que le degré de spécialisation est approprié.

D'après certains intervenants participant à l'Initiative pour la prévention des chutes, on a développé un trop grand nombre d'outils éducatifs pour le nombre de projets appuyés par ce

programme. À l'issue de cette évaluation, il a été recommandé de reléguer l'éducation au second plan pour privilégier les services pratiques directs. Toutefois, l'évaluation d'autres programmes a fait ressortir la nécessité de développer des connaissances et de l'information sur une base soutenue. Par exemple, moins du tiers des répondants aux entrevues réalisées auprès de clients secondaires par le Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C estimaient qu'il y avait assez d'information sur cette maladie au Canada. De même, plus de 50 p. 100 des intervenants participant à l'évaluation de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida étaient d'avis que des améliorations s'imposaient quant à l'information concernant la Stratégie et qu'il fallait des renseignements plus nombreux et mieux ciblés pour certains groupes (p. ex., les détenus et les habitants des régions rurales et éloignées).

Le financement de projets semble avoir permis d'améliorer les capacités en recherche concernant ces questions relatives à la promotion de la santé de la population. Toutefois, on observe encore des lacunes au chapitre de la recherche dans certains programmes, notamment la Stratégie canadienne sur le VIH/sida et le Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C. Selon les lacunes mises en évidence dans ces évaluations à mi-parcours, la surveillance de la recherche est peut-être trop sporadique et les programmes y gagneraient si l'on adoptait un processus de suivi continu plus uniforme.

Diffusion et portée de l'information

Comme il a été souligné précédemment, tous les programmes ont fait état de progrès sur le front du développement de nouvelles connaissances et de l'élaboration d'information. Les intervenants reconnaissent que le partage d'information aide à réduire les chevauchements et les doubles emplois, renforce la capacité des organismes et des particuliers et contribue à la formation et au maintien de partenariats efficaces. De même, la diffusion des conclusions de la recherche se traduit par des applications pratiques au niveau de la collectivité.

Certaines évaluations ont indiqué explicitement que les produits d'information n'atteignaient pas leurs destinataires. Par exemple, dans le cas de l'Initiative pour la prévention des chutes et du volet « soins de santé dans les régions rurales et éloignées » de l'initiative Innovations en matière de santé dans les collectivités et en milieu rural, l'évaluation a révélé que les obstacles géographiques entravaient considérablement les efforts déployés pour partager l'information. Dans le cas de ce volet, l'évaluation a révélé que les promoteurs des projets partagent parfois l'information avec les fournisseurs de soins de santé dans leur propre collectivité et dans leur région ou province, mais qu'ils sont moins nombreux à le faire au niveau national. La diffusion de l'information représente un défi particulier dans les régions rurales et éloignées, car les habitants sont peu nombreux et dispersés sur un vaste territoire, ont un niveau de scolarité inférieur aux gens vivant en milieu urbain et, dans certains cas, un accès restreint au Web.

Il est difficile par ailleurs de joindre certains groupes cibles dans les régions urbaines, en particulier les populations marginalisées (p. ex., les utilisateurs de drogues injectables, les jeunes de la rue et les Autochtones). Cette fois encore, ces groupes pourraient ne pas avoir facilement accès aux abondants renseignements diffusés sur le Web. Des stratégies novatrices s'imposent afin de fournir aux populations marginalisées les renseignements dont elles ont besoin pour modifier leurs comportements et améliorer leur santé.

Leçon apprise

Il faudrait établir des stratégies de gestion de l'information pour faciliter la communication et l'échange d'information entre les projets, les volets des programmes, les régions et les intervenants aux niveaux national, régional et local. Par exemple, pour coordonner la diffusion de l'information au nom de tous les intervenants et partenaires, on pourrait créer un dépôt central sur le modèle du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida de l'Association canadienne de santé publique. En outre, il faudrait suivre de près les activités de recherche, afin de mettre en évidence les lacunes au chapitre des connaissances et de les combler.

2.4 Conception et exécution

Question d'évaluation : Jusqu'à quel point la conception et l'exécution des programmes dans le domaine de la santé de la population et de la santé publique ont-elles été efficaces et appropriées?

Conception des programmes : Théorie et pratique

Il ressort clairement des rapports d'évaluation qu'on a déployé des efforts considérables pour élaborer des programmes permettant de relever les différents défis inhérents aux questions complexes relatives à la santé. Les six programmes ont élaboré des « buts », des « objectifs », des « priorités stratégiques », des « activités » ainsi que des « priorités concernant les projets ». Ils mentionnent par ailleurs les « retombées » et les « résultats » escomptés, ainsi que les « volets des programmes ». Bien que ces concepts soient des éléments clés de nombreux programmes de Santé Canada, ils ne sont généralement pas bien définis ni expliqués dans ces évaluations (p. ex., on ne formule pas clairement le lien entre les retombées et les résultats). Quel est le lien entre les buts d'un programme et ses orientations stratégiques? Entre ses objectifs et les priorités concernant les projets? Comment mesure-t-on ces concepts?

Grâce au modèle logique du programme présenté dans l'un des six rapports d'évaluation (Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C), le lecteur a pu saisir plus facilement l'objet et les activités du programme. Deux autres rapports faisaient référence au modèle logique du programme, afin d'aider à comprendre le programme. La présentation du modèle logique dans le rapport d'évaluation permet de préciser et de définir les éléments clés d'un programme, mais il faut tout de même définir clairement les concepts présentés dans ce modèle (ce qui sera utile à la fois pour l'exécution et l'évaluation du programme).

> ***Leçon apprise***
>
> Pour cibler plus adéquatement les activités de mise en œuvre et d'évaluation, les programmes de promotion de la santé de la population devraient mieux définir la terminologie et les concepts clés se rapportant à leur conception et à leur exécution. Les modèles logiques aident à comprendre les concepts des programmes et les liens existant entre eux. Il faudrait donc inclure dans les rapports d'évaluation le modèle logique du programme visé pour fournir le contexte nécessaire et aider le lecteur à comprendre les liens entre les activités ou les retombées du programme, ses résultats et les liens de cause à effet.

Activités et retombées communes

En examinant les modèles logiques, on observe de grandes similitudes entre les activités et les retombées prévues. En fait, les différents programmes ont réalisé des activités presque identiques (gestion stratégique ou élaboration de politiques, coordination ou consultation avec les intervenants, développement et diffusion des connaissances ainsi que financement de projets) pour produire leurs retombées respectives. Chaque rapport d'évaluation présentait une justification générale de l'intervention, mais aucun ne montrait comment cette justification s'était traduite par des activités ciblées s'inscrivant dans le cadre des programmes.

Les domaines d'activité de la plupart des programmes renfermaient les mêmes éléments[14]. Ainsi, le développement des connaissances consiste presque toujours à faire des recherches et à élaborer des produits d'information (p. ex., des dépliants et des documents de discussion), tandis que la diffusion des connaissances englobe toujours la publication de produits d'information et la participation à différentes tribunes pour partager les conclusions issues des recherches. Bien qu'on ait observé certaines approches uniques en leur genre — par exemple, la présentation de pièces de théâtre pour donner de l'information sur l'hépatite C — l'approche générale en matière de diffusion de l'information était similaire pour les six programmes. On peut donc se demander

[14] Le Cadre de gestion axé sur les résultats de la DGSPSP renferme un modèle logique fondé sur les résultats qui illustre clairement les domaines d'activité, les résultats et les retombées définissant le plus souvent les programmes de promotion de santé de la population.

si l'approche commune évidente dans ces programmes est appropriée pour parvenir aux différents résultats en matière de santé visés par la DGSPSP?

Uniformité ou souplesse

Chacun des programmes avait recours à un mécanisme de consultation et à des équipes multidisciplinaires pour établir les priorités concernant les projets ainsi que pour examiner et approuver les demandes de projet. La plupart des programmes faisaient intervenir dans ces processus la population cible (les bénéficiaires), ainsi que d'autres intervenants, par exemple, les représentants de Santé Canada et d'autres ministères, le milieu de la recherche, le milieu universitaire et les organismes communautaires.

Les priorités et les critères de financement concernant les projets, dont témoignent les rapports d'évaluation, étaient très similaires d'un programme à l'autre. Par exemple, tous les programmes mentionnaient que le développement et la diffusion des connaissances, l'élaboration de modèles utilisant une approche axée sur la santé de la population et la formation de réseaux étaient des priorités.

> ***Leçon apprise***
>
> Il faudrait renforcer et rationaliser le processus d'établissement des priorités concernant les projets et l'examen des demandes. On devrait s'attacher à encourager la définition de buts concrets assortis de mesures et d'objectifs précis à l'égard du processus.

L'administration du financement des projets était essentiellement la même pour les six initiatives — le personnel des bureaux régionaux de Santé Canada affecté aux programmes était chargé de la mise en œuvre de l'appel de propositions. En raison de cette approche, combinée avec des critères de financement variables communs aux différents programmes, il est difficile de mesurer les résultats, car les priorités des programmes sont d'ordre très général et laissent grandement place à une interprétation personnelle. D'après les rapports d'évaluation, les variantes observées dans les procédures de financement des projets ont entraîné des différences d'une région à l'autre, en ce qui concerne non seulement les types de projets financés mais aussi la mise en œuvre des autres activités des programmes.

D'après nombre d'employés et d'intervenants des programmes, les différences entre les régions au chapitre de l'approche indiquent que leur programme était souple et adaptable – qualités essentielles au succès des projets, en particulier dans les cas où on peut tenir compte de la diversité et des besoins variables des collectivités. Les types de projets qui réussissent généralement dans les Territoires du Nord-Ouest, par exemple, seraient souvent voués à l'échec à Toronto. D'autres attribuaient les variantes à une incapacité de communiquer adéquatement la vision et les buts du programme visé. Il reste à savoir si les variantes observées d'une région à l'autre au chapitre de la mise en œuvre des programmes compromettent ou améliorent

l'orientation stratégique approuvée. Quel est le juste équilibre entre la souplesse permettant de répondre aux besoins locaux et le maintien des priorités du programme national?

En règle générale, plus les projets varient au sein d'un programme, plus on doit accroître la coordination pour réduire les doubles emplois et améliorer la productivité. Une illustration approfondie de la stratégie et des buts du programme montrera comment les projets sont en mesure de contribuer au programme dans son ensemble. Dans le cadre des évaluations, on a constamment mentionné la coordination parmi les éléments à améliorer — notamment la coordination entre les régions, les ministères fédéraux et les pouvoirs publics.

2.5 Rentabilité

Question d'évaluation : Jusqu'à quel point a-t-on réussi à trouver des ressources ou des fonds supplémentaires en vue d'assurer la viabilité du programme sans l'aide fédérale? [15]

Éléments présentés dans les évaluations

Les rapports d'évaluation ont traité comme suit la question de l'efficacité en fonction du coût :

- en l'assimilant à une évaluation du point de vue ou de la perception des intervenants quant à la rentabilité. Le cas échéant, on considérait généralement que les programmes offraient un bon rapport coût-efficacité (p. ex., dans l'évaluation de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida et du volet « soins de santé dans les régions rurales et éloignées » de l'initiative Innovations en matière de santé dans les collectivités et en milieu rural).
- en mentionnant d'autres sources de financement trouvées par les projets. Bien que cette approche ne soit pas considérée comme une analyse traditionnelle de la rentabilité, il est important de prendre en compte dans l'analyse des programmes la valeur du financement obtenu.
- en citant des données sur le coût lié à certaines questions relatives à la santé et en établissant les comparaisons connexes avec l'investissement fédéral dans ces domaines. Cette comparaison, qui a été faite pour le Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C et pour la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, est d'ordinaire présentée dans la section des rapports d'évaluation consacrée à la pertinence. Malgré l'intérêt qu'elle présente, cette information ne constitue pas une analyse de la rentabilité ou une analyse coûts-avantages globale.

Sur les six programmes, seul le Programme canadien de nutrition prénatale a donné lieu à une évaluation comparative pour tirer des conclusions concernant les coûts et les avantages relatifs à ses impacts. Il convient de noter que deux des six évaluations examinées (le Fonds pour la santé

[15] Ce n'est pas la façon traditionnelle ou recommandées d'évaluer la rentabilité d'un programme, mais la question reflète la disponibilité de l'information dans chaque évaluation de programme.

de la population et l'Initiative pour la prévention des chutes), en raison de leur nature formative, n'ont pas analysé la rentabilité.

D'après l'évaluation du Programme canadien de nutrition prénatale, si on évalue la rentabilité en mettant l'accent sur les interventions plutôt qu'en adoptant une perspective nationale, on pourrait avoir une meilleure idée des éléments qui ont fonctionné — et de ceux qui n'ont pas fonctionné. Il serait ainsi possible d'obtenir des renseignements probants non seulement sur les pratiques de gestion des programmes, mais aussi sur l'efficacité de l'intervention.

Il est important de signaler que les méthodes employées pour évaluer la rentabilité variaient selon les programmes et qu'elles n'étaient pas toujours en harmonie avec l'approche préconisée par le Secrétariat du Conseil du Trésor pour évaluer les coûts et avantages des programmes (voir l'analyse ci-après). Comme nous l'avons reconnu ailleurs dans le présent rapport, les évaluations ne visaient pas à recueillir les données complètes sur l'impact nécessaires pour mener ce type d'analyse. Les rapports d'évaluation laissaient entendre que les effets observés peuvent être attribués à ces programmes (voir la section *Méthodes*), mais les méthodes d'attribution acceptées n'ont pas été appliquées.

> ***Leçon apprise***
>
> Il faut comprendre les effets des programmes avant de procéder à une analyse de la rentabilité ou à une analyse coûts-avantages (sans données exactes sur l'efficacité ou le coût, on ne peut établir les ratios de rentabilité).

Compréhension de la rentabilité dans le contexte de l'évaluation des programmes de promotion de la santé de la population

L'analyse de la rentabilité et l'analyse coûts-avantages sont les deux méthodes utilisées le plus couramment pour évaluer l'efficacité des programmes (les programmes devraient de toute évidence viser à produire des avantages qui l'emportent sur leurs coûts). Le cadre d'évaluation des programmes de promotion de la santé de la population définit comme suit l'analyse de la rentabilité et des coûts-avantages : observations portant sur l'efficacité par rapport aux coûts, les ressources et les fonds obtenus ainsi que la documentation publiée connexe sur la rentabilité. Cet aspect reflète la disponibilité de l'information pour chacune des évaluations examinées. Les analyses de rentabilité réalisées dans les six évaluations diffèrent de celles que l'on ferait selon la définition établie par le Secrétariat du Conseil du Trésor : « Dans l'analyse coûts-avantages, les avantages du programme sont exprimés en termes monétaires et comparés à ses coûts, alors que, dans l'analyse coût-efficacité, les résultats du programme, exprimés en unités non monétaires – par exemple le nombre de vie sauvées – sont comparés à ses coûts exprimés en dollars[16]. » Seule

[16] Pour un examen détaillé de la définition de la notion de rentabilité retenue par le Secrétariat du Conseil du Trésor, voir *Mesure et attribution des résultats des programmes*, ch. 5 : Méthodes analytiques (5.6 Analyse

l'évaluation du Programme canadien de nutrition prénatale a utilisé ce type d'analyse de l'efficacité en fonction du coût, selon laquelle on indique les effets du programme par rapport à ses coûts.

2.6 Sommaire de l'analyse intégrée

Les programmes visés par la présente synthèse évaluative semblent avoir progressé en ce qui a trait aux résultats immédiats consistant à établir des collaborations et des partenariats, à renforcer les capacités ainsi qu'à développer et à diffuser les connaissances. C'est ce qui ressort des progrès signalés au chapitre de l'établissement de nouveaux partenariats, du renforcement des capacités des organismes et des personnes, ainsi que du développement de connaissances sur une question donnée relative à la santé pour susciter un changement de comportement. L'évaluation d'un programme, en l'occurrence le Programme canadien de nutrition prénatale, cherchait à évaluer les résultats au niveau de la population.

Les six programmes ont été en mesure de répondre aux besoins de leurs groupes cibles. La capacité des programmes à faire participer les populations cibles et les intervenants à la mise en œuvre des programmes de même qu'à développer des connaissances et de l'information est citée à titre de succès digne de mention. Il reste du travail à accomplir dans d'autres domaines, par exemple, pour ce qui concerne l'amélioration de la coordination des ressources et l'établissement, au niveau national, d'orientations et de stratégies de mesure plus claires pour les programmes.

---

coûts-avantages et analyse coût-efficacité), Secrétariat du Conseil du Trésor, 3e édition, mars 1998.

PARTIE C : ORIENTATIONS FUTURES

Les défis auxquels se heurtent les programmes lorsqu'il s'agit d'évaluer adéquatement les impacts de leurs activités ont été mis en évidence tout au long de l'examen présenté dans le présent document.

Les mérites du financement par voie de subventions et de contributions suscitent un vif débat au sein des ministères fédéraux et de tous les organismes centraux. Pour donner des réponses claires aux questions posées concernant la distribution de fonds sous forme de subventions et de contributions et les impacts que les programmes financés peuvent avoir sur l'état de santé, on doit adopter une approche plus rigoureuse en évaluation. De toute évidence, l'approche sur laquelle repose actuellement l'évaluation des programmes (qui est la même dans l'ensemble de l'administration fédérale) ne permet pas de répondre aux questions posées concernant l'impact et l'efficacité des programmes.

Utilisation de la terminologie et questions relatives aux processus

Toute une gamme d'acteurs ayant participé aux évaluations, y compris les examinateurs eux-mêmes, n'ont pas bien formulé la terminologie et les approches communes pour la réalisation des évaluations. À l'avenir, dans le cadre des activités d'évaluation au sein de la Direction générale, on pourrait veiller à ce que les concepts d'évaluation soient expliqués et appliqués de façon appropriée. Cette façon de procéder évitera les attentes irréalistes quant au niveau d'analyse effectuée dans le cadre des évaluations.

Les employés des programmes (ceux chargés d'élaborer les cadres d'évaluation et de réaliser les évaluations) n'ont pas besoin de toutes les compétences pour faire le travail, mais ils doivent savoir où s'adresser pour obtenir de l'aide, ce qui suppose que l'on doive améliorer les liens entre les fonctions d'élaboration de la politique, de gestion des programmes, d'évaluation et de communication au sein du Ministère, afin d'assurer pour les évaluations à venir une approche systématique bien ciblée et une qualité améliorée. Ainsi, en plus de renforcer la fonction d'évaluation, on contribuera à assurer l'efficience des opérations et l'efficacité du processus décisionnel de la Direction générale.

La DGSPSP peut par ailleurs renforcer sa capacité de participer aux processus d'évaluation en faisant moins appel à des consultants de l'extérieur. Ces derniers jouent un rôle déterminant dans l'évaluation des programmes de promotion de la santé de la population, mais ils ne peuvent répondre à tous les besoins de la Direction générale en matière d'évaluation. La DGSPSP a un rôle à jouer en donnant une orientation permettant de s'assurer qu'on possède des capacités stables en matière d'évaluation et que les programmes et les examinateurs recueillent l'information nécessaire pour évaluer les programmes, et qu'ils analysent cette information de façon appropriée dans le cadre d'une démarche d'amélioration et d'apprentissage continus pour améliorer les résultats en matière de santé pour les Canadiens.

Restreindre le champ d'étude des évaluations

La synthèse évaluative a par ailleurs montré clairement que les évaluations menées par la Direction générale abordent un trop grand nombre d'aspects. La plupart des études sont articulées autour des quatre grands axes d'évaluation proposés par le Secrétariat du Conseil du Trésor (c'est-à-dire la pertinence, la mise en œuvre, la réalisation des résultats et la rentabilité). L'examen de l'un ou l'autre de ces enjeux peut se révéler une tâche colossale, mais l'examen simultané des quatre enjeux représente un défi très exigeant et il exige des budgets, des capacités et des méthodes d'évaluation qui dépassent nettement celles qui étaient disponibles ou qui ont été utilisés dans le cadre des études.

Les évaluations sont plus utiles si on met l'accent sur des enjeux clés uniques pour obtenir davantage de résultats. Autrement, elles continueront de produire peu de connaissances sur une foule d'enjeux, et non beaucoup de connaissances sur un seul enjeu. En d'autres termes, le degré de détail d'une évaluation est plus important que sa portée. Ainsi, l'approche adoptée pour mener des évaluations doit parfois aller au-delà de l'approche habituelle de l'examen à mi-parcours ou final préconisée à l'heure actuelle par le Secrétariat du Conseil du Trésor pour s'aligner sur un nouveau modèle — une série d'évaluations portant successivement sur les grands enjeux relatifs aux programmes et non sur tous les enjeux à la fois.

Cette façon de procéder suscite des questions quant à savoir s'il demeure pertinent d'évaluer les « programmes ». Est-il possible d'évaluer en une seule fois l'efficacité d'un programme complexe comportant un éventail de priorités, d'activités et de résultats ou est-ce que la Direction générale devrait répartir la tâche en fonction des enjeux et des composantes des programmes pour mener des évaluations plus utiles? Il serait peut-être plus productif de recenser et d'examiner les enjeux qui recoupent plusieurs programmes ou volets (c'est-à-dire des évaluations horizontales).

De plus, on doit reconnaître que les évaluations ne répondent pas à tous les besoins de Santé Canada en matière d'information et de prise de décisions. Il est primordial de recueillir des renseignements appropriés grâce aux évaluations, mais il s'agit d'un élément parmi d'autres faisant partie du processus d'élaboration des politiques. On doit aussi prendre en compte les enjeux politiques, les priorités ministérielles et d'autres facteurs.

Mesure des progrès vers des résultats en matière de santé

Comme nous l'avons déjà mentionné, les évaluations visaient à évaluer les progrès accomplis dans la réalisation des résultats immédiats de chaque programme, mais elles n'examinaient pas le lien entre les résultats immédiats et les résultats en matière de santé. Cette réflexion soulève trois questions : Ces programmes ont-ils réellement une incidence sur les résultats à long terme en matière de santé? La DGSPSP pourrait-elle avoir recours à différents modèles pour la conception des programmes? Est-il réaliste de s'attendre à observer un changement au chapitre des résultats en matière de santé d'ici à peine deux à cinq ans?

Bien que les résultats ultimes en matière de santé des différents projets financés par Santé Canada puissent être observés au cours du cycle de vie de ces projets, au niveau national, il est important de reconnaître qu'on comprendra plus facilement les résultats à long terme des programmes examinés dans le cadre de la synthèse évaluative si on les observe sur une longue période (p. ex., de cinq à huit ans). Signalons toutefois que l'évaluation des résultats des activités et leur attribution exclusive à des programmes financés par le gouvernement fédéral posent plusieurs difficultés et ce, pour différentes raisons :

- Il faut du temps pour que les systèmes de rapports et de surveillance recueillent, analysent et présentent des macrodonnées (p. ex., de nouvelles estimations nationales pour le VIH/sida sont présentées tous les trois ou quatre ans). Même si on peut constamment mettre à jour les macrodonnées, elles ne tracent pas le portrait de la situation courante en raison du décalage (les données épidémiologiques de 1999 sur le VIH/sida n'ont pas été publiées avant 2002). C'est pourquoi il est difficile d'estimer l'incidence des programmes sur les macrodonnées.

- L'établissement de liens de cause à effet entre les actions inhérentes aux programmes et les résultats en matière de santé, compte tenu des nombreuses autres variables en jeu – en particulier lorsqu'on évalue des interventions au niveau de la collectivité –, doit être envisagé dans le contexte social, politique, économique et culturel dans lequel le programme est mis en œuvre.

- Comme les projets financés par Santé Canada varient considérablement, à l'intérieur du même programme ou entre différents programmes, il n'est pas facile d'agréger les résultats de différents projets pour tracer un portrait national. Les programmes financent différents types d'interventions – certaines semblent efficaces et d'autres moins.

- L'absence de processus et de systèmes de collecte concertée de données sur les projets ajoutent à ces difficultés (comme en témoignent clairement cinq des six évaluations). Il s'avère donc difficile d'appliquer à l'ensemble des programmes les effets d'interventions particulières.

Santé Canada s'attaque actuellement à ces problèmes, par exemple, en assurant un suivi à l'échelle nationale des projets financés en vertu de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida et en améliorant la capacité d'analyse du Ministère pour ce qui est de l'examen des données existantes (Programme canadien de nutrition prénatale).

La mise en évidence d'interventions particulières et efficaces centrées sur les clients pourrait être un rôle clé dévolu à la DGSPSP dans les programmes à venir. On pourrait à cette fin élaborer des projets pilotes dont le but premier consisterait à déterminer l'efficacité de certains types d'interventions avant la mise en œuvre nationale. Il existe actuellement des exemples d'initiatives

pilotes qui pourraient éclairer la recherche sur les interventions à la grandeur du Canada[17].

En appliquant aux programmes de Santé Canada les connaissances relatives aux pratiques exemplaires, on pourrait adopter des pratiques communes en matière de suivi et d'évaluation qui permettent des approches et des processus partagés dans le cadre de l'évaluation et, en bout de ligne, font appel à des méthodes efficaces pour obtenir les données probantes issues de l'évaluation. Il peut s'agir, par exemple, d'élaborer des cadres d'évaluation qui font le lien entre, d'une part, les activités et les résultats au niveau des projets et, d'autre part, l'évaluation des programmes. Ces données probantes aideront le Ministère à comprendre en quoi les programmes contribuent globalement aux résultats en matière de santé.

Évaluation de l'incidence des différents projets

Les évaluations examinées pour les besoins de la présente synthèse ne documentaient pas les effets des projets financés sur les populations cibles ou ils n'en rendaient pas systématiquement compte. En fait, elles examinaient les impacts au niveau des populations et des organisations. Combien de Canadiens ont accès aux projets financés par les programmes de promotion de la santé de la population mis en œuvre par Santé Canada et qui sont-ils? En règle générale, les évaluations ne fournissent pas cette information. Il faut davantage de renseignements sur les services qui sont fournis et auxquels on a accès dans le cadre des programmes pour mieux comprendre les liens de cause à effet entre les résultats immédiats (p. ex., les partenariats, les collaborations et les capacités) et les résultats intermédiaires et à long terme (p. ex., la sensibilisation, l'amélioration des pratiques en matière de santé et l'état de santé). À l'avenir, les évaluations devront explorer ces liens pour nous aider à comprendre l'impact des programmes de Santé Canada. Il faut donc renforcer la conception des programmes et améliorer la mise en œuvre de leur évaluation. En bout de ligne, on doit comprendre comment (c'est-à-dire le lien de cause à effet) une intervention est censée produire les résultats escomptés. Cet aspect fait par ailleurs ressortir la nécessité de renforcer les méthodes d'évaluation et d'établir des bases de référence avant même de mettre en œuvre les programmes ou d'autres points de comparaison fiables pour évaluer les impacts des programmes.

Le Programme canadien de nutrition prénatale constitue une exception digne de mention. D'après l'évaluation, on estime que plus de 100 000 femmes ont eu accès à des projets entre 1995 et 2002. La Direction générale peut tirer parti des leçons apprises grâce à cet exemple et les appliquer systématiquement à d'autres programmes. Sans données fiables sur l'accès, on ne peut établir de liens de cause à effet valables entre, d'une part, les partenariats, les capacités et le développement de connaissances et, d'autre part, la sensibilisation accrue, l'amélioration des pratiques en matière de santé et les résultats sur le plan de la santé. À l'avenir, l'évaluation doit

[17] Par exemple, l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire a entrepris l'élaboration d'un cadre d'évaluation des processus qui pourrait se révéler utile pour évaluer des activités similaires menées dans la collectivité. Ce cadre, qui propose plusieurs indicateurs de base recueillis par tous les programmes provinciaux en santé cardiovasculaire, a été adapté et utilisé par des programmes de l'Organisation mondiale de la santé.

aider à comprendre et à explorer plus à fond ces liens pour aider Santé Canada à mieux saisir l'impact de ses programmes.

Cette constatation fait ressortir la nécessité d'évaluer les résultats des projets avec plus de rigueur. Les Canadiens qui ont accès aux projets financés en vertu de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida ont-ils des pratiques sexuelles sans risque ou prennent-ils d'autres mesures pour atténuer les dommages? La fréquence des chutes diminue-t-elle chez les personnes âgées qui ont participé aux projets appuyés par l'Initiative pour la prévention des chutes? Les Canadiens des régions rurales ont-ils accès à de meilleurs services de santé? Les femmes enceintes qui participent aux projets liés au Programme canadien de nutrition prénatale s'alimentent-elles mieux et quelle est l'incidence sur les nouveaux-nés? En répondant à ces questions et à d'autres questions similaires, Santé Canada sera mieux en mesure de comprendre sa contribution aux résultats à long terme visés par les programmes de promotion de la santé.

Autrement dit, le Ministère doit faire des investissements pour mieux comprendre l'efficacité des interventions communautaires appuyées par les programmes que finance le gouvernement fédéral, en particulier en testant et en mettant en œuvre des méthodes et des outils fiables et valables qui facilitent l'évaluation des ces interventions. La DGSPSP a déjà entrepris de développer les connaissances du Ministère dans le domaine grâce au Projet d'efficacité des interventions communautaires. Par ailleurs, on améliore les pratiques en matière d'évaluation grâce à l'élaboration d'un Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (CGRR) « global », qui réunit plusieurs programmes à l'intérieur d'un même cadre de gestion du rendement.

Entre-temps, les programmes doivent être bien outillés pour évaluer les projets de façon rigoureuse. Les éléments mis en évidence dans le sommaire du présent rapport visent plusieurs aspects à améliorer et font allusion aux difficultés systémiques inhérentes à la réalisation d'évaluations efficaces. Grâce à un système de gestion du rendement commun – qui favorise une plate-forme d'information appropriée pour les évaluations et fait le lien avec le cadre d'évaluation global d'un programme ou d'une direction générale (CGRR) et avec la promotion des objectifs en matière de santé de la population –, les évaluations seront une bonne source de renseignements utiles du point de vue des décideurs. Sans cette information, Santé Canada ne peut communiquer avec ses partenaires, les intervenants, le Parlement et la population canadienne sur les impacts des activités financées par le Ministère. C'est le défi qui nous attend.

ANNEXES

Programme canadien de nutrition prénatale

Raison d'être du programme : Le Programme canadien de nutrition prénatale vise à fournir des suppléments alimentaires, des conseils, un appui et des services d'aiguillage en nutrition, ainsi que des conseils sur le mode de vie aux femmes enceintes les plus susceptibles de donner naissance à un bébé en mauvaise santé. Ce vaste programme propose du financement à long terme aux organismes communautaires pour leur permettre d'offrir des services et de l'aide dans le domaine aux femmes enceintes exposées à des risques qui menacent leur santé et celle de leur nouveau-né.

Objectifs stratégiques :

- Accroître la proportion de bébés ayant un poids suffisant à la naissance
- Améliorer la santé des nourrissons et des mères
- Encourager l'allaitement

Domaines d'activité :

- Consultation individuelle et collective sur la nutrition prénatale
- Suppléments alimentaires
- Cuisines collectives
- Entraide en matière de mode de vie et le soutien social
- Éducation
- Mères servant de personnes-ressources
- Éducation et soutien dans le domaine de l'allaitement
- Services d'aiguillage
- Soutien postnatal

Groupes cibles : Le Programme canadien de nutrition prénatale s'adresse aux femmes enceintes les plus susceptibles de donner naissance à un bébé en mauvaise santé en raison de leur santé et de leur alimentation déficientes, ainsi qu'aux femmes enceintes et aux nourrissons exposés à des risques (femmes pauvres, adolescentes enceintes, femmes qui fument ou consomment de l'alcool ou d'autres substances nocives, femmes victimes de violence, nouvelles immigrantes, femmes autochtones et femmes vivant dans l'isolement – géographique ou social – ou ayant un accès limité aux services).

Partenaires : La gestion du Programme canadien de nutrition prénatale est assurée conjointement par les administrations fédérale, provinciales et territoriales. Des protocoles administratifs, élaborés à l'intention du Programme d'action communautaire pour les enfants, déterminent le mode de gestion du Programme dans chaque province ou territoire. Les projets sont exécutés en partenariat avec des organismes communautaires, comme les clubs Rotary, les banques

alimentaires, les écoles secondaires, les conseils ou commissions scolaires, les organismes autochtones, les médecins, les départements de santé publique ou les autorités régionales en matière de santé, les groupes religieux et les organisations professionnelles, comme l'Association canadienne des diététistes.

Intervenants : Organismes et instituts œuvrant dans le domaine de la santé des enfants et des mères; administrations provinciales et territoriales; collectivités autochtones; et autres intervenants clés, notamment les familles et les personnes touchées.

Budget : Au moment de son lancement en 1994, le Programme canadien de nutrition prénatale a été doté d'un budget de 85 millions de dollars répartis sur quatre ans (des fonds additionnels lui ont été octroyés au cours de cette période par suite de budgets supplémentaires des dépenses et de rajustements). En 2002-2003, le budget pour la portion du Programme non associée aux réserves se chiffre à 30,8 millions, dont 27 sont affectés directement aux collectivités sous forme de subventions et de contributions.

Composante régionale : Le Programme canadien de nutrition prénatale est exécuté par l'intermédiaire des bureaux régionaux de la DGSPSP, qui accordent des fonds aux groupes communautaires pour la prestation de services.

Stratégie canadienne sur le VIH/sida

Raison d'être du programme : La Stratégie canadienne sur le VIH/sida, qui remplace les deux premières stratégies nationales sur le sida (SNS I et SNS II), marque le passage d'une approche axée sur la maladie à une approche examinant les causes profondes, les déterminants de la santé et d'autres dimensions de l'épidémie de VIH. La nouvelle stratégie met l'accent sur une approche pancanadienne favorisant la participation de tous les ordres de gouvernement et de tous les secteurs de la société à la lutte contre le VIH/sida.

Objectifs stratégiques :

- Prévention
- Développement communautaire et appui des ONG nationales
- Soins, traitements et soutien
- Recherche
- Suivi
- Collaboration internationale
- Collectivités autochtones
- Questions juridiques et éthiques et droits de la personne
- VIH/sida chez les détenus dans les pénitenciers fédéraux
- Consultation, évaluation, suivi et présentation de rapports

Domaines d'activité :

- Développement et diffusion des connaissances
- Élaboration de politiques, de lignes directrices, de programmes et de guides de formation
- Financement de projets
- Établissement de collaborations et de partenariats et encouragement de ces pratiques
- Prestation de services

Groupes cibles : Personnes infectées par le VIH/sida ou à risque d'infection par le VIH et partenaires ou intervenants des programmes.

Principaux partenaires : Santé Canada, Service correctionnel du Canada, Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), Agence canadienne de développement international et ONG (Réseau canadien autochtone du sida, Société canadienne du sida, Réseau canadien d'info-traitements sida, Association canadienne de recherche sur le VIH, Fondation canadienne de recherche sur le sida, Association canadienne de santé publique, Réseau juridique canadien VIH/sida, Réseau canadien pour les essais VIH, Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements, Coalition interagence sida et développement et Conseil international des ONG de lutte contre le sida).

Intervenants : ONG; ministères et organismes fédéraux; administrations provinciales ou territoriales; organismes et réseaux communautaires; milieu universitaire; chercheurs; professionnels de la santé; groupes autochtones; et personnes atteintes du VIH/sida ou à risque d'infection par le VIH.

Budget : Le budget de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida a été établi à 42,2 millions annuellement pour cinq ans (de 1998-1999 à 2002-2003). Il est administré par Santé Canada (41,6 millions) et le Service correctionnel du Canada (0,6 million).

Sur ce montant, les subventions et contributions représentent 29,864 millions par an. Un montant de 10,225 millions a été accordé aux IRSC en vertu de la Stratégie en 2002-2003, si bien qu'il reste 31,375 millions dont l'administration est assurée par Santé Canada.

Composante régionale : Les bureaux régionaux de la DGSPSP jouent un rôle crucial dans l'exécution du programme et l'amélioration de la collaboration entre les différents ordres de gouvernement, les collectivités, les ONG, les groupes professionnels, les établissements et le secteur privé.

Initiative pour la prévention des chutes

Raison d'être du programme : L'Initiative pour la prévention des chutes est menée conjointement par Santé Canada et Anciens Combattants Canada. Établie en août 2000 pour résoudre les problèmes de santé liés aux chutes chez les anciens combattants et les autres personnes âgées au

Canada, elle accorde du financement non permanent pour des projets communautaires durables dont l'objectif premier consiste à promouvoir l'autonomie et la qualité de vie de cette clientèle en réduisant le nombre de chutes ou leur gravité.

Objectifs stratégiques :

- Évaluer l'impact des projets financés sur l'état de santé et leur possibilité d'améliorer la qualité de vie ainsi que de réduire l'utilisation et des coûts des soins de santé
- Recueillir, résumer et diffuser des données concernant les interventions destinées à prévenir les chutes et leur impact sur une population vieillissante
- Mettre en évidence les modèles d'intervention les plus prometteurs pour la prévention des chutes s'adressant à la population cible
- Comprendre les éléments qui entravent ou favorisent la formation de partenariats au sein de la collectivité en faveur de programmes efficaces de prévention des chutes
- Accroître la participation du groupe cible d'Anciens Combattants Canada et d'autres personnes âgées aux programmes et aux initiatives communautaires de promotion de la santé de la population et favoriser l'établissement de nouveaux partenariats entre ces clientèles
- Promouvoir une approche axée sur la santé de la population au sein de la clientèle cible formée des anciens combattants et des autres personnes âgées

Domaines d'activité :

- Formation de partenariats
- Projets de prévention des chutes

Groupes cibles : Anciens combattants et autres personnes âgées qui vivent dans la collectivité et ceux qui leur donnent des soins; organismes fournissant des services à cette clientèle.

Partenaires : Santé Canada, Anciens Combattants Canada et leurs bureaux régionaux dans les provinces de l'Atlantique, en Ontario et en Colombie-Britannique.

Intervenants : Organismes de services aux anciens combattants et aux autres personnes âgées; Division du vieillissement et des aînés (DGSPSP) de Santé Canada; Anciens Combattants Canada; organismes communautaires œuvrant dans le domaine de la prévention des chutes; autres ONG qui s'intéressent à l'étude de la prévention des chutes.

Budget : Le budget de l'Initiative se chiffre à 10 millions de dollars sur quatre ans (d'août 2000 au 31 mars 2004). Le financement au titre des subventions et contributions se répartit comme suit : 2,217 millions en 2001-2002, 2,217 millions en 2002-2003 et 1,801 millions en 2003-2004.

Composante régionale : L'Initiative pour la prévention des chutes est mise en œuvre à titre pilote dans trois régions : Atlantique, Ontario et Colombie-Britannique.

Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C

Raison d'être du programme : Le Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C a été créé dans la foulée de la publication du rapport de la Commission Krever, qui explorait la sécurité de l'approvisionnement en sang au Canada. En réponse à ce rapport, le gouvernement fédéral s'est notamment engagé à élaborer de nouveaux programmes consacrés à l'hépatite C pour appuyer la recherche sur cette maladie.

Objectifs stratégiques :

- Contribuer à la prévention de l'hépatite C
- Venir en aide aux personnes infectées ou touchées par l'hépatite C
- Renforcer la base de données probantes pour la prise de décisions relatives à la politique et aux programmes portant sur l'hépatite C et proposer des options en matière de prévention, de traitements et de soins en enrichissant le bassin d'études disponibles et les capacités du Canada en recherche
- Renforcer la réaction de la population canadienne à l'hépatite C grâce à une sensibilisation et à des capacités accrues

Domaines d'activité :

- Consultation et liaison avec les intervenants dans le domaine de l'hépatite C
- Élaboration d'orientations stratégiques et de priorités
- Financement de projets de prévention, de soutien et de recherche
- Développement et diffusion d'information

Groupes cibles : Groupe cible primaire – personnes qui sont infectées ou touchées par l'hépatite C ou qui risquent de contracter cette maladie (clientèles à risque élevé : utilisateurs de drogues injectables, jeunes de la rue, autochtones et détenus). Groupe cible secondaire – particuliers ou organismes qui fournissent des services à ces clients.

Partenaires : Instituts de recherche en santé du Canada, bureau de la Stratégie canadienne antidrogue, Service correctionnel du Canada et ONG (Société de l'hépatite C du Canada, Société canadienne de l'hémophilie, Fondation canadienne du foie, Fondation canadienne de la thalassémie, Association canadienne de santé publique, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Association canadienne pour l'étude du foie).

Intervenants : Groupes cibles primaire et secondaires; grand public.

Budget : Le Programme a été doté d'un budget de 50 millions de dollars sur cinq ans (de 1999-2000 à 2003-2004). Ces fonds sont répartis entre cinq volets : gestion. politique et participation du public (4,47 millions); prévention (4,9 millions); soutien dans la collectivité (18,06 millions); soins, traitements et soutien (8,43 millions); et recherche (14,13 millions). Les fonds affectés aux

subventions et aux contributions ont été de 1,095 millions en 1999-2000, 3,713 millions en 2000-2001, 3,887 millions en 2001-2002, 3,887 millions en 2002-2003 et 3,236 millions en 2003-2004.

Composante régionale : Le programme est administré par le personnel de la DGSPSP dans sept régions : Colombie-Britannique, Alberta, Manitoba et Saskatchewan, Québec, Ontario, Atlantique et Secrétariat du Nord (Territoires du Nord-Ouest, Yukon et Nunavut).

Fonds pour la santé de la population

Raison d'être du programme : Santé Canada a adopté une approche axée sur la santé de la population pour s'acquitter de son mandat, qui est d'aider les Canadiens à maintenir et à améliorer leur santé. Cette approche intègre des interventions portant sur un large éventail de déterminants qui influent sur la santé de tous les Canadiens ainsi que sur leurs interactions (p. ex., les facteurs sociaux et économiques, les choix individuels relatifs au mode de vie et l'offre de services de santé). À l'appui de cette approche, le Fonds pour la santé de la population a été créé en avril 1997 pour accroître la capacité d'intervention de la collectivité à l'égard des déterminants de la santé et de leurs interactions (le Fonds a remplacé plusieurs programmes de subventions et de contributions établis en vertu de stratégies à durée limitée).

Objectifs stratégiques :

- Élaborer des modèles communautaires pour appliquer l'approche axée sur la santé de la population
- Enrichir les connaissances pour l'élaboration de la politique et des programmes sur la santé de la population
- Accroître les partenariats intersectoriels pour agir sur les déterminants de la santé

Domaines d'activité :

- Promotion de la santé de la population
- Prévention des maladies (et des blessures)
- Gestion des risques
- Coordination des politiques
- Traitements médicaux
- Réadaptation
- Soins palliatifs

Groupes cibles : Tous les Canadiens.

Partenaires : Milieu universitaire et chercheurs; Institut canadien de recherches avancées, Institut canadien d'information sur la santé, Initiative sur la santé de la population canadienne, Consortium canadien de recherche en promotion de la santé et Instituts de recherche en santé du

Canada.

Intervenants : Groupes de pression, ONG nationales (p. ex., la Société canadienne du cancer) et leurs sections provinciales; administrations provinciales, territoriales et municipales; organismes communautaires, régionaux, provinciaux et territoriaux; participants aux projets; secteur bénévole; Statistique Canada; Développement des ressources humaines Canada; Anciens Combattants Canada; Groupe de référence interministériel sur la santé de la population; et comités consultatifs fédéraux-provinciaux-territoriaux (p. ex., le Comité consultatif sur la santé de la population, le Comité consultatif sur les services de santé et le Comité consultatif sur les ressources humaines en santé).

Budget : Entre sa création en 1997-1998 et 1999-1990, le Fonds pour la santé de la population disposait d'un budget annuel de 15 millions de dollars, dont 14 millions étaient affectés aux subventions et contributions. Depuis 2000-2001, ces montants sont passés respectivement à 15,375 et 14,97 millions.

Composante régionale : Les projets provinciaux, territoriaux, régionaux ou locaux sont administrés par l'intermédiaire des bureaux régionaux de la DGSPSP. La Section du Fonds pour la santé de la population, à l'administration centrale de Santé Canada, est responsable des projets nationaux.

Volet « soins de santé dans les régions rurales et éloignées » de l'initiative Innovations en matière de santé dans les collectivités et en milieu rural

Raison d'être du programme : Le volet « soins de santé dans les régions rurales et éloignées » de l'initiative Innovations en matière de santé dans les collectivités et en milieu rural a été créé pour contribuer aux éléments de base d'une stratégie en matière de santé rurale en favorisant et en appuyant l'élaboration d'information, de ressources et de modèles pour améliorer la santé des Canadiens des collectivités rurales et éloignées.

Objectifs stratégiques : Le volet « soins de santé dans les régions rurales et éloignées » a été créé pour composer avec la complexité entourant l'évaluation de facteurs ou déterminants qui influent sur la santé des Canadiens. Les principaux objectifs sont les suivants :

- Mieux répondre aux besoins en santé des Canadiens vivant dans les collectivités rurales et éloignées
- Améliorer la qualité et l'accessibilité des soins à domicile et dans la collectivité en tant que partie intégrante d'un système de santé intégré
- Améliorer l'accès des Canadiens aux médicaments ainsi que la viabilité de régimes d'assurance-médicaments à prix abordable
- Améliorer l'intégration et la qualité des services dans l'ensemble du système de santé

Domaines d'activité :

- Gestion stratégique et coordination
- Développement des connaissances
- Sensibilisation

Groupes cibles : Personnes les plus susceptibles d'être touchées par les activités et les retombées du volet ou d'en bénéficier; habitants des collectivités rurales et éloignées; fournisseurs de soins en milieu rural.

Partenaires : Autres ministères fédéraux et organismes compétents et bureaux régionaux de Santé Canada.

Intervenants : Canadiens vivant dans les collectivités rurales et éloignées; personnel de Santé Canada et d'autres ministères et organismes fédéraux affecté aux politiques et aux programmes; représentants des administrations provinciales et territoriales; organismes de recherche; fournisseurs de soins dans les régions rurales et éloignées; et ONG qui s'intéressent à la santé des Canadiens.

Budget : Le volet « soins de santé dans les régions rurales et éloignées » de l'initiative Innovations en matière de santé dans les collectivités et en milieu rural a reçu 16 millions de dollars sur trois ans (de 1999-2000 à 2001-2002). Sur ce montant, 11 millions ont été affectés à des subventions et contributions pour le financement de projets dans les régions rurales. Un comité directeur national administrait ces fonds.

Composante régionale : Les bureaux régionaux assurent la liaison avec les administrations provinciales et territoriales.

Annexe B: Plan de travail de la synthèse évaluative

Activités détaillées de la synthèse évaluative – de mars à juillet 2003		
Étape du plan de travail	**Activité**	**Description des tâches**
Du 1er avril 1 au 15 mai 2003 : Collecte et synthèse d'information		
Étapes 1 et 2	**Collecte d'information ou de données sur les programmes et synthèse de l'information** *- Documenter et choisir les sources d'information.* *- Remplir le tableau sommaire des sources de données probantes (ci-joint).* *- Remplir le tableau des caractéristiques des programmes.* **Synthèse de l'information** *Résumer l'information.*	• Mettre à l'essai les modèles de collecte des données avec les rapports d'évaluation choisis. • Élaborer un protocole d'examen des évaluations. • Mettre en évidence et obtenir les données probantes ou les constatations issues des recherches (recueillir la documentation sur les programmes, y compris les examens du rendement, les rapports annuels, des documents publiés ou non). • Tirer parti de l'ensemble de données probantes issues de la documentation d'appui en ce qui a trait à l'impact éventuel des principales interventions en matière de promotion de la santé (économies prévues, etc.).. • Recueillir des données probantes concernant le recours passé ou courant à des interventions éprouvées (pour un ensemble de populations, d'emplacements, etc.) qui prennent en compte les valeurs, les théories et les croyances relatives à la promotion de la santé. Il devrait y avoir des données sur le lien entre les résultats et les processus. • Décrire l'approche d'évaluation générique utilisée pour l'ensemble des programmes). • Résumer les conclusions et décrire la réalisation des objectifs et des résultats clés.
Du 15 mai au 15 juin 2003 : Analyse des constatations		
Étapes 3 et 4	**Analyse des constatations** *- Analyser l'information et dégager les tendances générales en ce qui a trait aux résultats des programmes de promotion de la santé.*	• Évaluer les données probantes issues des examens ou la synthèse des données probantes concernant les résultats de chaque programme. • Analyser l'état des données probantes, les données manquantes, les points forts, les lacunes et les recommandations en vue des évaluations futures. • Mettre en évidence les facteurs qui contribuent au succès ou à l'échec des programmes. • Mettre en évidence les principales leçons apprises. • Mettre en évidence les outils qui existent ou doivent être élaborer pour obtenir, rassembler ou résumer des données supplémentaires.

Activités détaillées de la synthèse évaluative – de mars à juillet 2003		
Étape du plan de travail	**Activité**	**Description des tâches**
Du 15 juin au 30 juillet 2003 : Rédaction de rapports et consultations		
Étape 5	**Rédaction du scénario ou établissement de la pertinence des constatations par rapport à la politique** (Voir le projet de table des matières ci-après) *- Rendre compte des constatations.* *- Formuler des recommandations relatives aux examens ultérieurs des évaluations et à la stratégie d'évaluation du CGRR.* *- Indiquer l'incidence sur le renouvellement des Modalités régissant la promotion de la santé.* *- Formuler les recommandations relatives à la politique et aux programmes de promotion de la santé.*	**Rédaction des rapports** • Rédiger l'introduction. • Exposer les objectifs, l'objet et la portée de la synthèse évaluative. • Refléter adéquatement les constatations pertinentes dans les recommandations. • Analyser les données recueillies. • Formuler des conclusions et des recommandations. • Présenter les décisions relatives aux pratiques exemplaires en fonction de la documentation examinée. • Décrire les apprentissages se rapportant à la promotion de la santé. • Refléter les préoccupations des intervenants visés. • Mettre en évidence les nouvelles questions qui ressortent de l'évaluation pour lesquelles on veut trouver des données probantes.
		Consultation • Distribuer l'ébauche du rapport à l'équipe du projet le 5 juillet • Attendre les commentaires de l'équipe du projet • Distribuer la version remaniée au Groupe de travail sur la synthèse évaluative le 20 juillet. • Consulter le Groupe de travail en personne le 30 juillet. • Distribuer la version finale à l'équipe du projet, aux dirigeants de la Direction des services de la gestion et des programmes et au Groupe de travail le 5 août. • Soumettre la version finale révisée à l'approbation de l'autorité responsable du projet le 15 août

Annexe C : Équipes d'examinateurs principaux et secondaires

Programmes évalués	Examinateur principal	Examinateur secondaire
Stratégie canadienne sur le VIH/sida	Monika Gupta	Nancy Hajal
Programme de prévention, de soutien et de recherche concernant l'hépatite C	Jennifer Davidson	Fowsia Abdulkadir
Programme canadien de nutrition prénatale	Nancy Hajal	Jennifer Davidson
Santé Canada et Anciens Combattants – Initiative pour la prévention des chutes	Fowsia Abdulkadir	Geoff Cole
Fonds pour la santé de la population	Fowsia Abdulkadir	Geoff Cole
Volet « soins de santé dans les régions rurales et éloignées » de l'initiative Innovations en matière de santé dans les collectivités et en milieu rural	Nancy Hajal	Geoff Cole

Annexe D: Définition des principaux termes relatifs à la gestion et à l'évaluation du rendement

La plupart des définitions fournies ci-après sont tirées du lexique du Secrétariat du Conseil du Trésor. On trouvera dans le lexique, à http://www.tbs-sct.gc.ca/eval/pubs/RMAF-CGRR/rmafcgrr05_f.asp, la définition d'autres termes relatifs à la mesure du rendement.

Activité : Opération ou démarche exécutée par une organisation et destinée à produire des retombées précises (p. ex., des produits ou services). Les activités font partie du premier chaînon de la progression vers l'atteinte des résultats.

Attribution : Assertion voulant que des événements ou des conditions peuvent, dans une certaine mesure, être causés ou influencés par d'autres événements ou conditions. Cela signifie qu'il est possible d'établir un lien raisonnable entre un résultat particulier et les activités et retombées d'une politique, d'un programme ou d'une initiative du gouvernement.

But : Énoncé général des résultats à atteindre au cours d'une période donnée. Le terme *but* est approximativement équivalent à *résultat stratégique*. Par souci de précision technique, le SCT recommande d'utiliser plutôt *résultat stratégique* au lieu de *but* (voir aussi *objectif).*

Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (CGRR) : Le cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (CGRR) sert comme plan directeur aux gestionnaires, pour mesurer les résultats et en faire rapport tout au long du cycle de vie d'une politique, d'un programme ou d'une initiative.

Effet : *Effet*, tout comme *impact*, est un synonyme de *résultat*, bien que les impacts présupposent habituellement une relation plus directe. Les deux termes (*effet* et *impact*) sont couramment utilisés, mais aucun d'eux n'a de caractère technique. Par souci de précision technique, le Secrétariat du Conseil du Trésor recommande d'utiliser *résultat* plutôt que *effet*.

Efficacité : Mesure dans laquelle une organisation, une politique, un programme ou une initiative produit les résultats prévus.

Efficience : Mesure dans laquelle une organisation, une politique, un programme ou une initiative produit les extrants prévus par rapport à la dépense en ressources.

Enjeu horizontal : Résultat réalisé par l'apport d'au moins deux ministères ou organismes, compétences ou organisations non gouvernementales.

Évaluation : Cueillette et analyse systématiques de l'information sur le rendement d'une politique, d'un programme ou d'une initiative permettant de porter des jugements sur sa pertinence, ses progrès et succès, et son efficacité en fonction du coût et/ou d'éclairer des

décisions sur la conception et la mise en oeuvre de programmes.

Gestion axée sur les résultats : Une approche de la gestion qui est à la fois globale et basée sur le cycle de vie d'une politique, d'un programme ou d'une initiative. Cette approche intègre la stratégie d'ensemble, les gens, les processus et les mesures pour améliorer la prise de décision ainsi que pour influencer le changement. Elle se concentre sur l'acquisition d'un bon plan (tôt dans le processus), la mise en oeuvre des mesures de rendement, l'apprentissage et l'adaptation ainsi que le rapport sur le rendement.

Impact : *Impact*, tout comme *effet*, est un synonyme de *résultat*, bien que les impacts présupposent habituellement une relation plus directe. Les deux termes sont couramment utilisés, mais aucun d'eux n'a de caractère technique. Par souci de précision technique, le Secrétariat du Conseil du Trésor recommande d'utiliser *résultat* plutôt que *impact*.

Indicateur comparable : Indicateur fondé sur un niveau de référence commun, des définitions semblables, une approche comparable de collecte de données et un système compatible d'élaboration de rapport. Ce terme est utilisé spécifiquement en relation avec l'Entente-cadre pour l'union sociale.

Indicateur : Statistique ou paramètre qui, lorsqu'il est suivi dans le temps, renseigne sur l'évolution d'un phénomène et porte une signification qui déborde celle qui est associée aux propriétés de la statistique même.

Intrant : Ressources (humaines, matérielles, financières, etc.) utilisées pour exécuter des activités, produire des retombées et/ou atteindre des résultats.

Mesure du rendement : Indicateur (quantitatif ou qualitatif) servant à déterminer jusqu'à quel point une politique, un programme ou une initiative atteint ses résultats**. .**

Modèle logique : Illustration de l'enchaînement des résultats et des liens entre les activités d'une politique, d'un programme ou d'une initiative et les résultats finals. Habituellement présenté sous forme d'organigramme. (Également appelé *modèle logique axé sur les résultats*.)

Objectif : Bénéfices durables et à long terme vers lequel les efforts sont déployés. Le terme est approximativement équivalent à *résultat stratégique*. Par souci de précision technique, le Secrétariat du Conseil du Trésor recommande d'utiliser *résultat stratégique*.

Portée : Concept représentant les personnes et les organisations ciblées et directement touchées par une politique, un programme ou une initiative.

Rapport sur le rendement : Présentation d'information sur le rendement fondée sur les faits. Le rapport sur le rendement sert à éclairer les décisions, à rencontrer les exigences de responsabilisation et sert de point de départ pour l'engagement des citoyens et citoyennes et pour

le dialogue des parlementaires sur le rendement.

Rendement : Mesure dans laquelle une organisation, une politique, un programme ou une initiative atteint les résultats prévus. Ces résultats prévus sont comparés à des cibles, des normes ou des critères spécifiques. En gestion axée sur les résultats, le rendement est mesuré et analysé, communiqué et utilisé comme fondement des décisions en matière de gestion.

Rentabilité : Mesure dans laquelle une organisation, une politique, un programme ou une initiative produit les retombées prévues par rapport à la dépense en ressources.

Responsabilisation : Obligation de démontrer et d'assumer ses responsabilités de rendement en fonction d'attentes convenues. Ce concept diffère de la responsabilité, qui est l'obligation d'agir, alors que la responsabilisation est l'obligation de répondre d'une action.

Résultat : Conséquences attribuables aux activités d'une organisation, d'une politique, d'un programme ou d'une initiative. Ce terme général peut inclure à la fois les retombées produites et les résultats atteints par l'organisation, la politique, le programme ou l'initiative. Dans le plan fédéral de gestion axée sur les résultats et dans *Des résultats pour les Canadiens et les Canadiennes*, le terme *résultat* est plus spécifique et n'inclut pas les retombées. Les résultats peuvent alors être décrits comme immédiats, intermédiaires ou finals, directs ou indirects, voulus ou fortuits.

Résultat final : Il s'agit en règle générale, des résultats dont l'atteinte nécessite plus de temps; ils sont soumis à des influences extérieures à la politique, au programme ou à l'initiative, et peuvent se produire à un niveau plus stratégique.

Résultats prévus (cibles) : Énoncé clair et concret des résultats à atteindre (comprenant les retombées et les résultats) au cours d'un cycle de planification et de rapport de rendement parlementaire et ministériel (d'un an à trois ans), permettant la comparaison avec les résultats obtenus.

Résultats stratégiques : Bénéfices durables et à long terme pour les Canadiens et les Canadiennes qui découlent de la vision et des efforts du ministère. Ces résultats décrivent ce qu'un ministère est mandaté d'offrir aux Canadiens et aux Canadiennes. Dans la plupart des cas, ces résultats exigeront des ressources et des efforts soutenus de plusieurs partenaires et ce, pour une période prolongée. Plus important encore, le progrès vers ces résultats ne pourra se faire qu'avec le leadership d'un ministère ou d'un organisme fédéral, conformément aux attentes des Canadiens et des Canadiennes.

Retombée : Produit ou service direct provenant des activités d'une politique, d'un programme ou d'une initiative, et livré à un groupe ou à une population cible.

Stratégie de mesure du rendement : Sélection, développement et utilisation continue des mesures du rendement pour guider les décisions ministérielles. L'étendue des informations provenant d'une stratégie de mesure du rendement peut inclure : la portée, les retombées et les résultats, les mesures de rendement, les sources de données, la méthodologie et les coûts.

Suivi du rendement : Processus continu de cueillette d'information permettant d'évaluer la progression vers l'atteinte des résultats stratégiques souhaités et prévus et, s'il y a lieu, d'émettre une mise en garde si le progrès n'est pas tel que prévu.

Promotion de la santé de la population

Protocole d'examen de la synthèse évaluative des programmes

Direction générale de la santé de la population et de la santé publique
Santé Canada

Contexte

Le présent examen a pour objet de contribuer à la synthèse des constatations de la recherche concernant les six rapports d'évaluation qui résument l'impact et les effets des programmes. La recherche de synthèse consiste à mettre en évidence, à analyser et à évaluer les connaissances les plus appropriées qui existent. Cette recherche devrait être aussi complète que possible et :

- être compatible avec les concepts de promotion de la santé (Santé Canada, 2001);
- porter sur la documentation publiée ou non, l'expérience pratique des artisans des politiques et des décideurs ou sur les connaissances des intervenants multidisciplinaires et des spécialistes du domaine; aux niveaux mondial, international, national, provincial ou territorial; et dans la perspective de toute une gamme de disciplines (p. ex., il faudrait consulter les bases de données comme Psychlit, ERIC, Soc Sci Cit Index et MEDLINE).

Objectifs de la synthèse évaluative

- Mettre en évidence les réalisations et les résultats communs des programmes
- Faire la preuve de l'efficacité (impact) et de l'efficience (optimisation des ressources)
- Évaluer comment les résultats influent sur les pratiques de mise en œuvre des programmes
- Cerner les domaines où on pourrait prendre des mesures pour améliorer les pratiques d'exécution des programmes

Approche

Le protocole de synthèse évaluative repose sur la définition de la synthèse évaluative énoncée ci-dessus et il est conforme aux normes de Santé Canada et aux approches recommandées en matière de prise de décisions[18]. Ce protocole est par ailleurs fondé sur le *Cadre d'évaluation pour le renouvellement des Modalités régissant la promotion de la santé de la population*[19] pour orienter les examinateurs dans la collecte et l'analyse systématiques des données issues de l'évaluation des programmes. Les recommandations formulées dans la *trousse d'évaluation des programmes* et d'autres documents d'orientation ont été utilisés pour les besoins de cet examen[20].

---

[18]Voir *Politique d'évaluation*, Santé Canada (2002) et *Guide d'évaluation des critères*, Santé Canada (2003), Division de l'évaluation des programmes du Ministère, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité, Santé Canada.

[19] *Cadre d'évaluation pour le renouvellement des Modalités régissant la promotion de la santé de la population,* Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada (mars 2003).

[20]*A Schema for Evaluating Evidence on Public Health Interventions*, National Public Health Partnership, School of Public Health, University of Australia (version 4, avril 2002).

Protocole d'examen

Le protocole a été élaboré à la lumière des guides existants (listes de vérification ou critères) pour les rapports d'évaluation sur les interventions en promotion de la santé. Ces guides portent sur les aspects de base des évaluations critiques, y compris la rigueur de l'évaluation (méthodes et collecte des données) ainsi que l'intervention de promotion de la santé de la population soumise à l'évaluation (cadres, contexte, éléments de l'exécution des programmes). Les enjeux couverts et l'information rassemblée présenteront un intérêt pour les personnes (chercheurs, planificateurs et artisans des politiques) et les organisations (ONG, autres ordres de gouvernement) travaillant dans le domaine de la promotion de la santé qui participent à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'utilisation d'études d'évaluation.

Validation

En plus d'examiner la documentation utile pour éclairer ce protocole, on a mené des consultations auprès de collègues de la Division de l'évaluation des programmes du Ministère. Pour les besoins de la mise en œuvre du protocole, on a mis à l'essai la première version en utilisant l'un des rapports d'évaluation examinés pour les besoins de la synthèse évaluative. L'équipe de recherche a examiné ces constatations et perfectionné le protocole, reconnaissant que ce dernier évoluerait à mesure que l'on procéderait aux examens.

Directives pour remplir le protocole

1. Il faut remplir chaque section du protocole.
2. Si l'information ne figure pas dans l'évaluation, on doit indiquer « s.o. ».
3. Si on a recueilli de l'information au cours de l'évaluation sur des indicateurs qui ne faisaient pas partie du cadre de la synthèse évaluative, il faut signaler ces sources d'information au moyen d'un astérisque.
4. On doit noter les constatations par points.
5. Chaque évaluation doit être examinée par deux membres de l'équipe du projet pour assurer une validité accrue (voir la liste des examinateurs principaux et secondaires).

Évaluation du programme (titre) :

Responsable de l'évaluation pour Santé Canada :
Évaluation transmise à :
Évaluation commencée :
Évaluation terminée :

Rapport d'évaluation examiné par :
Date de fin de l'examen :

Opinion globale des examinateurs concernant l'évaluation, notamment ses points forts, ses limites et les données manquantes :

Considérations ou critères utilisés pour évaluer les données probantes (p. ex., conception de l'étude et contexte) :

Points faibles et limites de l'étude :

Points forts :

Recommandations ou améliorations proposées :

Résumé des principales constatations et des grandes leçons apprises grâce à l'évaluation :

Opinion globale sur la méthode
☐ Faible ☐ Satisfaisante ☐ Excellente

Justification de l'opinion exprimée :

A. Caractéristiques du programme

Date du début du programme :
Date de la fin du programme :

Budget

Budget global (montant annuel) :
Fonds affectés aux subventions et aux contributions (montant annuel) :

Structure

1. **Le programme comporte-t-il une composante régionale? ☐ Oui ☐ Non**
Prière de préciser.

2. **Partenaires clés (y compris les ministères fédéraux et ONG) :**

3. **Intervenants :**

4. **Groupes cibles :**

Raison d'être du programme

1. **Quelles sont les fins visées par le programme? (résultats clés – immédiats, intermédiaires et à long terme) :**

Objet :

Objectifs clés :

Domaines d'activité :

Priorités concernant les projets :

Approche de la santé axée sur la population ou les déterminants :

1. Est-ce que l'application des éléments clés de l'approche axée sur la santé de la population est intégrée à la conception et à l'exécution du programme?

1.b. Dans l'affirmative, expliquez en regard de chacun des éléments suivants comment cette approche s'applique ou en quoi cela ressort.

1. **Placer la santé des populations au centre des préoccupations :**
2. **Tenir compte des déterminants de la santé et de leurs interactions :**
3. **Fonder les décisions sur des données probantes :**
4. **Appliquer des stratégies multiples :**
5. **Employer des mécanismes pour faire participer le public :**
6. **Collaborer entre secteurs :**
7. **Accroître les investissements en amont :**
8. **Rendre compte des résultats en matière de santé :**

B. Contexte de l'évaluation

1. Pourquoi l'évaluation a-t-elle été menée?

2. Comment utilisera-t-on les résultats en découlant? (Objectifs et enjeux de l'évaluation) :

3. Quels sont les enjeux clés de l'évaluation visés par l'examen? (Quels étaient les critères d'examen de l'évaluation?)

4. Échéancier et coûts

4a. Quelles ont été les principales étapes de l'évaluation à partir du début?

4b. Quel a été le coût de l'évaluation?
ETP :
Contrat :
Autre :

5. Planification de l'évaluation

5.a. A-t-on préparé un cadre d'évaluation? ☐ Oui ☐ Non
5.b. Le cadre d'évaluation indiquait-il l'information nécessaire pour mener à bien l'évaluation (questions, indicateurs et sources de données)?
☐ Oui ☐ Non
Prière d'expliquer.

C. Méthodes d'évaluation

1. Type d'évaluation :
☐ *Ex ante* (avant le fait) ☐ *Ex poste* (après le fait)

2. Moment de l'évaluation :
☐ Mi-parcours ☐ Finale ☐ Autre (p. ex., rapport d'étape) : _____

3. Nature de l'évaluation :
☐ Formative (descriptive, mettant l'accent sur le processus)
☐ Sommative (mettant l'accent sur l'impact et présentant les résultats)
☐ À la fois formative et sommative

Méthodes utilisées

4. Types de données utilisées
☐ Primaires (observations, enquêtes, entrevues, expériences visant à recueillir de l'information sur des caractéristiques démographiques ou socioéconomiques, des attitudes, des opinions ou des intérêts, la sensibilisation ou les connaissances, les intentions, la motivation et le comportement)

☐ Secondaires (autres types de recherche, analyse documentaire, données épidémiologiques ou administratives, etc.)
☐ Primaires et secondaires

5. Sources de données
Qualitatives
☐ Descriptives ☐ Inférentielles ☐ Contenu
Quantitatives
☐ Bidimensionnelles ou multidimensionnelles (examen des liens entre deux ou plusieurs variables)

Prière de préciser.

6. Éléments compris dans la conception de la méthode :
☐ Pré-test ou post-test ☐ Série chronologique ☐ Comparaisons ☐Autre ☐ Aucun

7. Techniques de collecte de données (p. ex., analyses documentaires, enquêtes, études de cas) :

8. Sources de données qualitatives (entrevues, observation, documents écrits) :

- ☐ Dossiers du programme
- ☐ Principaux intervenants du programme
- ☐ Clients du programme
- ☐ Documentation sur les programmes
- ☐ Organismes partenaires
- ☐ Études de cas
- ☐ Tous ces éléments
- ☐ Autre

Prière de préciser.

9. Sources de données quantitatives

- ☐ Expériences
- ☐ Études de corrélation reposant sur des enquêtes
- ☐ Simulations
- ☐ Aucune

10. Méthodes de collecte de données et descriptions

Méthode	Source et description	Critique de la méthode
(Exemples) Entrevues avec des informateurs clés		
Enquêtes		
Analyse documentaire, y compris l'étude de documents et de bases de données		
Études de cas et groupes de consultation		

Question d'évaluation nº 1 : Pertinence – Est-il encore nécessaire que le gouvernement fédéral s'engage activement dans ce secteur?	
Indicateur	**Données probantes ou constatations**
Raison d'être du programme Données probantes sur la nature et l'ampleur du problème (coûts pour les Canadiens, le système de santé) données probantes relevées dans la documentation sur l'impact (possible) du programme (enjeux clés, tendances, facteurs de risque)	
Priorités gouvernementales et politiques et perception des intervenants en ce qui concerne les besoins visés	

Question de synthèse évaluative nº 2a : Jusqu'à quel point des partenariats et des collaborations efficaces ont-ils été établis? **Impact et effets**			
Indicateur	**Données probantes ou constatations**	**Conclusion**	**Considérations importantes**
Nature, qualité et importance de la participation et de l'engagement des partenaires (exemples de collaboration au sein des ministères, des administrations et des secteurs, et entre eux)			

Question de synthèse évaluative nº 2b : Jusqu'à quel point la capacité de traiter les questions de promotion de la santé a-t-elle augmenté? **Impact et effets sur le renforcement des capacités communautaires**			
Indicateur	**Données probantes ou constatations**	**Conclusion**	**Considérations importantes**
Nombre et types d'activités et de projets d'extension financés, ainsi que de ressources élaborées			

Énoncés et données probantes sur la capacité accrue d'intervention par rapport aux déterminants de la santé			

Question de synthèse évaluative nº 2c : Jusqu'à quel point les programmes ont-ils réussi à enrichir et à diffuser les connaissances? Impact et effets du développement et de la diffusion des connaissances			
Indicateur	**Données probantes ou constatations**	**Conclusion**	**Contexte à prendre en compte**
Disponibilité et qualité des connaissances produites (rapports, mémoires, modèles innovateurs, évaluations, renseignements sur le Web)			
Exemples d'utilisation ou d'adoption (p. ex., utilisation par des ONG de rapports de Santé Canada, évaluation des besoins, etc.)			

Question de synthèse évaluative nº 3 : La conception du programme a-t-elle été appropriée? Conception, exécution et approche : Processus et mise en œuvre			
Indicateur	**Activités, retombées ou résultats clés du programme**	**Données probantes mises en œuvre ou produites**	**Leçons apprises**
Nombre et type d'activités, et de résultats connexes, liés au développement et à la diffusion des connaissances, au renforcement des capacités communautaires et à l'établissement de partenariats			
Nombre et type de partenaires et de secteurs participant aux activités de promotion de la santé			
Pratiques exemplaires et recommandations ayant trait à la modification et à l'amélioration des programmes			

Principales recommandations

Question de synthèse évaluative nº 4 : L'exécution du programme a-t-elle été rentable?		
Indicateur	**Activités ou retombées clé du programme**	**Leçons apprises**
Montant, types et proportion de ressources ou de fonds obtenus, et provenance		
Recommandations formulées à l'appui des succès à long terme et de la durabilité des résultats du programme		
Observations générales concernant l'efficacité en fonction du coût		

BIBLIOGRAPHIE

Évaluation des programmes

Évaluation de la troisième année de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida : Rapport final, mai 2002.

Évaluation du volet « soins de santé dans les régions rurales et éloignées » de l'initiative Innovations en matière de santé dans les collectivités et en milieu rural *: Rapport final*, Ekos Research Associates Inc., juillet 2002.

Évaluation de Santé Canada du Programme canadien de nutrition prénatale : Rapport final, Prairie Research Associates (PRA) Inc., juillet 2003.

Examen à mi-parcours de l'Initiative pour la prévention des chutes de Santé Canada et d'Anciens Combattants Canada, Ekos Research Associates Inc., 2002.

Rapport provisoire d'évaluation du Fonds pour la santé de la population, juin 2003

Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C (Santé Canada) – Informez-vous : Rapport intérimaire, mars 2003.

Sources supplémentaires

An Assessment of the Methods and Concepts Used to Synthesize Evidence of Effectiveness in Health Promotion: A Review of 17 Initiatives, Jackson, Edwards, Kahan et Goodstadt, septembre 2001.

A Schema for Evaluating Evidence of Public Health Interventions (version 4), National Public Health Partnership, avril 2002.

Cadre de responsabilisation de gestion du Secrétariat du Conseil du Trésor, Secrétariat du Conseil du Trésor, 2003.

Guide d'évaluation des critères, Division de l'évaluation des programmes du Ministère, Santé Canada, 2003.

Les preuves de l'efficacité de la promotion de la santé : Déterminer la santé publique dans une nouvelle Europe, Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé, 2000.

Mesure et attribution des résultats des programmes (3e éd.), Secrétariat du Conseil du Trésor, mars 1998.

Measuring Community Capacity: State of the Field Review and Recommendations for Future Research, Smith, Neale, Lori Bauch Littlejohns et Dimple Roy, mai 2003.

Politique d'évaluation, Secrétariat du Conseil du Trésor, avril 2001.

The Evaluation Synthesis, Program Evaluation and Methodology Division, United States General Accounting Office, 1992.