



Health Canada and the Public
Health Agency of Canada

Santé Canada et l'Agence
de la santé publique du Canada

Évaluation du Programme d'action communautaire pour les enfants, du Programme canadien de nutrition prénatale et des activités connexes 2010-2011 à 2014-2015

Préparé par le
Bureau de l'audit et de l'évaluation
Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada

Mars 2016

Liste des acronymes

AAP	Architecture d'alignement des programmes
Agence	Agence de la santé publique du Canada
CCES	Consortium conjoint pour les écoles en santé
CCG	Comités conjoints de gestion
CGeP	Comité de gestion des programmes
CGoP	Comité de gouvernance des programmes
CMR	Cade de mesure du rendement
CNUDE	Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant
CPS	Centre pour la promotion de la santé
CSEAS	Comportements liés à la santé des enfants d'âge scolaire
DEJ	Division des enfants et des jeunes (anciennement Division des enfants, des aînés et du développement sain)
ELNEJ	Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
FPN	Fonds pour les projets nationaux
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
LFR	Loi fédérale sur la responsabilité
OIAN	Outil intégré d'analyse nationale
OIEN	Outil intégré d'évaluation nationale
OMRPDE	Outil de mesure du rendement des programmes destinés aux enfants
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PACE	Programme d'action communautaire pour les enfants
PAPACUN	Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les communautés urbaines et nordiques
PCNP	Programme canadien de nutrition prénatale
PCSP	Programme canadien de surveillance pédiatrique
SCSP	Système canadien de surveillance périnatale
SIG	Système d'information géographique

Table des matières

Sommaire	ii
Réponse et plan d'action de la direction (RPAD)	vii
1.0 But de l'évaluation	1
2.0 Description des programmes	1
2.1 Contexte des programmes	1
2.2 Profil du programme	2
2.3 Narratif de programme	5
2.4 Harmonisation et ressources des programmes	7
3.0 Description de l'évaluation	8
3.1 Portée, approche et conception de l'évaluation	8
3.2 Contraintes et stratégies d'atténuation	9
4.0 Conclusions	10
4.1 Pertinence : Question 1 – Besoin continu du programme	11
4.2 Pertinence : Question 2 – harmonisation avec les priorités gouvernementales	14
4.3 Pertinence : Question 3 – Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral	17
4.4 Rendement : Question 4 – Atteinte des résultats escomptés (efficacité)	23
4.5 Rendement : Question 5 – Démonstration d'économie et d'efficacité	57
5.0 Conclusions	64
5.1 Conclusions relatives à la pertinence	64
5.2 Conclusions relatives au rendement	65
6.0 Recommandations	67
Annexe 1 – Représentation visuelle des activités	69
Annexe 2 – Résumé des constatations	70
Annexe 3 – Description de l'évaluation	77
Annexe 4 – Rôle des intervenants	82
Annexe 5 – Produits de développement et d'échange de connaissances	84
Annexe 6 – Schématisation des sites du PACE et du PCNP (en date de 2010)	86
Annexe 7 – Ventilation financière détaillée par secteur de programme	87

Liste des tableaux

Tableau 1 : Budget prévu pour toutes les composantes des programmes (\$)	7
Tableau 2 : Contraintes et stratégies d'atténuation	9
Tableau 3 : Pourcentage de personnes au Canada exposées à des risques	12
Tableau 4 : Prévalence des comportements prénataux et postnataux dans la population canadienne générale et celle exposée à des risques	13
Tableau 5 : Types de partenaires des sites de projets multisectoriels	24
Tableau 6 : Nombre de projets par région en 2013-2014	40
Tableau 7 : Zones desservies par le PACE et le PCNP en 2013-2014	40
Tableau 8 : Nombre de participants joints en 2013-2014 – Sites financés par le PACE	41
Tableau 9 : Nombre de participants joints en 2013-2014 – Sites financés par le PCNP	41
Tableau 10 : Profil de risque des répondants par programme et population générale	42
Tableau 11 : Pourcentage de risques multiples autodéclarés par les répondants aux sondages	44
Tableau 12 : Impact sur les issues de grossesse et l'allaitement (PCNP)	54
Tableau 13 : Variance : Dépenses prévues et dépenses réelles 2010-2011 et 2014-2015 (M\$)	58

Sommaire

La présente évaluation portait sur le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE), le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) et les activités connexes pour la période d'avril 2010 à mars 2015. L'évaluation a été réalisée pour satisfaire aux exigences de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et la *Politique sur l'évaluation* (2009) du Conseil du Trésor du Canada.

But et portée de l'évaluation

L'évaluation avait pour objet d'évaluer la pertinence et le rendement du PACE, du PCNP et des activités connexes exécutés au sein de l'Agence de santé publique du Canada (Agence).

L'évaluation mettait l'accent sur des activités financées dans le cadre du PACE et du PCNP, ainsi que sur des activités axées sur le développement et l'échange de connaissances sur la santé maternelle et infantile menées par le Centre pour la promotion de la santé (CPS). De plus, elle traitait du rôle de l'Agence lié aux activités connexes, notamment l'Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants d'âge scolaire (CSEAS), le Consortium conjoint pour les écoles en santé (CCES), le Système canadien de surveillance périnatale (SCSP) et le Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP). Elle excluait d'autres programmes de santé maternelle et infantile au sein de la Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, notamment l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, l'Initiative de lutte contre la violence familiale, le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les communautés urbaines et nordiques (PAPACUN), la santé buccodentaire, le programme de surveillance Cancer chez les jeunes au Canada, et la surveillance de la violence envers les enfants.

Description des programmes

L'Agence, par l'entremise de la Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, mène une gamme d'activités liées à la santé maternelle et infantile qui sont axées sur la prévention en amont en prenant en considération des facteurs de risque commun concernant les inégalités en matière de santé. L'Agence fournit le leadership national au chapitre des enjeux clés relativement à la santé maternelle et infantile, plus particulièrement, lorsqu'il est question de subvenir aux besoins de populations vulnérables au moyen des activités suivantes : des programmes communautaires, le développement et l'échange de connaissances, et la surveillance.

Toutes les activités sont réalisées en collaboration avec des partenaires d'autres ministères, de gouvernements provinciaux et territoriaux, du milieu de l'enseignement, d'organisations non gouvernementales et d'organismes communautaires locaux.

L'Agence a consacré environ 90 millions de dollars à ces activités en 2014-2015. Au cours de la période de 5 ans visée par la présente évaluation (d'avril 2010 à mars 2015), les dépenses totales engagées dans toutes les activités de programme ont représenté approximativement 450 millions de dollars.

CONCLUSIONS – PERTINENCE

Besoin continu

Le PACE, le PCNP et les activités connexes demeurent des activités et des programmes pertinents au Canada puisque la santé maternelle et infantile fait encore l'objet de nombreuses menaces. La conjoncture de risque (comme le faible revenu, le faible niveau de scolarité, le statut d'Autochtone, les chefs de famille monoparentale, des immigrants récemment arrivés et des parents adolescents) peut nuire à la santé et au bien-être des familles. Les investissements de l'Agence dans le PACE, le PCNP et les activités connexes visent à soutenir les services et les programmes, les partenariats subordonnés et le développement et l'échange de connaissances liés aux besoins des familles à risque. Selon des recherches sur la santé de la population, ces types d'investissement en amont, dès la plus tendre enfance, sont le plus susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être futurs des personnes.

Harmonisation avec les priorités du gouvernement

Le PACE, le PCNP et les activités connexes sont pertinents au chapitre de leur apport aux priorités du gouvernement du Canada et de l'Agence. Ces investissements permettent de réduire les inégalités en matière de santé chez les mères et les enfants à risque, en plus d'améliorer la santé publique. De fait, ils contribuent à la priorité globale du gouvernement du Canada : protéger les familles canadiennes et leurs collectivités. Cette priorité se reflète dans divers documents de l'Agence portant sur la planification et l'établissement de rapports. Le PACE et le PCNP font partie intégrante des mesures prises par le gouvernement du Canada afin d'honorer ses engagements à l'échelle internationale dans le cadre de la Convention relative aux droits de l'enfant des Nations Unies et des Objectifs du Millénaire pour le développement.

Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral

L'exécution des programmes de santé maternelle et infantile et la réalisation des activités connexes cadrent bien avec le rôle du gouvernement fédéral et de l'ASPC. Les autorités législatives et les responsables des programmes en place s'expriment sur les fonctions du gouvernement fédéral et confient à l'Agence un mandat visant à fournir un leadership national, à s'occuper de la surveillance et à échanger des connaissances et des pratiques exemplaires. Bien que ce soit les provinces et les territoires qui assument principalement la responsabilité de la santé maternelle et infantile, l'Agence assume une fonction complémentaire puisque le gouvernement du Canada joue un rôle de soutien lorsque le besoin se fait sentir de traiter une question de portée nationale, de combler des écarts touchant une population vulnérable et de se combiner aux orientations provinciales et territoriales.

CONCLUSIONS – RENDEMENT

Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

Pour ce qui est des organisations financées dans le cadre du PACE et du PCNP, les partenariats communautaires ont permis d'améliorer l'exécution des programmes. Ce faisant, les participants ont davantage accès aux réseaux locaux de santé et de services sociaux. Les investissements consacrés à la santé maternelle et infantile se sont traduits par des partenariats multisectoriels et pluri gouvernementaux qui, en retour, ont facilité la conception et la présentation de plusieurs activités utiles au chapitre du développement et de l'échange de connaissances. En collaboration avec les intervenants, le personnel de la Division de l'enfance et de la jeunesse (autrefois désignée comme la Division des enfants, des aînés et du développement sain) a conçu et mis au point une variété de produits de connaissances afin de combler les lacunes en matière de ressources communautaires. On pourrait donner un caractère officiel à un plan stratégique de manière à continuer de jouer un rôle complémentaire à l'égard des ressources pour les professionnels de la santé et les parents, qui ont été produites par d'autres intervenants, et de tirer pleinement parti du développement de connaissances et des échanges de ressources qui sont limités.

Une proportion considérable des familles jointes par les organisations financées dans le cadre du PACE et du PCNP vit dans une conjoncture de risque et bon nombre sont visées par de multiples risques. La proportion des personnes vulnérables représentée parmi les participants dépasse le taux de représentation de ces populations dans la population en général. D'après une analyse des données qualitatives recueillies auprès de participants et de membres du personnel des organisations financées, le financement offert grâce au PACE et au PCNP a aidé les organisations à avoir des répercussions positives sur la santé à court terme et le bien-être des participants et de leur famille. Toutefois, on constate que la composition des organisations financées dans le cadre du PACE et du PCNP est stable depuis une vingtaine d'années et qu'il se peut que la portée des programmes comporte des lacunes (distribution géographique, listes d'attente, etc.). Il se pourrait que l'on procède à d'autres analyses d'une variété de sources de données afin d'explorer les lacunes et de tirer pleinement parti de la portée des programmes.

Démonstration d'économie et d'efficience

Selon une évaluation des retombées économiques du PACE et du PCNP, les organisations financées ont obtenu, avec succès, d'autres crédits et ressources concrètes grâce à leurs relations avec des partenaires différents. À même les fonds de l'Agence relativement minimes investis dans la création de partenariats stratégiques auprès d'intervenants externes, le CCES, l'Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants d'âge scolaire (CSEAS), le SCSP et le PCSP ont permis de développer des connaissances et d'échanger des produits de manière considérable.

Grâce à la récente centralisation de l'administration et de la gestion du PACE et du PCNP, l'Agence a pu réaliser des gains en efficience. La restructuration de la gestion des programmes a donné lieu à une rationalisation des structures de gouvernance et des processus internes, comme la mesure du rendement. Une stratégie de mesure du rendement est en place pour le PACE et le PCNP, et des efforts ont été déployés pour colliger des données sur le rendement de tous les

secteurs de programme. Au fil du temps, on a peaufiné les outils et les approches servant à la collecte des données dans le but de diminuer les exigences en matière de rapport auxquelles les intervenants doivent satisfaire.

RECOMMANDATIONS

Recommandation 1

Reconnaître que de nombreux acteurs ont un rôle à jouer dans la conception et la présentation des produits de connaissances sur la santé maternelle et infantile au Canada, mettre en œuvre un plan stratégique de développement et d'échange de connaissances et lui donner un caractère officiel de manière à assurer la complémentarité des ressources de l'Agence et à tirer pleinement parti de ces ressources.

Actuellement, la Division de l'enfance et de la jeunesse (DEJ) ne dispose pas d'un plan stratégique qui pourrait guider la prise de décisions liées aux priorités au chapitre du développement et de l'échange des connaissances. Bien que l'Agence ait collaboré avec les intervenants afin de concevoir et de présenter des produits de connaissances dans le but de soutenir ses programmes communautaires, il est bien connu que les provinces, les territoires et les organisations non gouvernementales conçoivent aussi des produits de connaissances pour les professionnels de la santé et les parents sur des sujets qui touchent la santé maternelle et infantile. Des sources clés ont insisté sur l'importance de collaborer avec les intervenants afin de s'assurer de la complémentarité des ressources et de sensibiliser les personnes visées quant à une portée élargie des produits. Les sources clés ont aussi indiqué qu'il fallait voir à ce que les produits, tant nouveaux qu'existants, combler les lacunes sur le plan des connaissances et demeurent d'actualité. Par suite de la temporisation du Fonds pour les projets nationaux (FPN) en 2014-2015, il sera primordial de revoir les priorités et de mettre au point une démarche officielle pour la DEJ aux fins suivantes : (a) subvenir de manière plus appropriée aux besoins actuels et émergents au Canada à l'égard de produits d'information sur la santé communautaire des mères et des enfants afin de soutenir les populations vulnérables et (b) repérer et communiquer à l'échelle nationale les pratiques exemplaires aux organisations financées.

Recommandation 2

Revoir les données démographiques (y compris les données de système d'information géographique [SIG]) afin de mieux comprendre les tendances dans la population et les changements qui surviennent, et explorer les possibilités de tirer pleinement parti de la portée des programmes.

La distribution des organisations financées par les programmes est demeurée stable au cours des 20 dernières années. Des données probantes donnent à penser que le PACE et le PCNP touchent actuellement les populations à risque visées. Cependant, il arrive que la demande pour ces programmes dépasse la capacité de certains bureaux. Même si des efforts ont été déployés pour revoir les données nationales et régionales et ainsi évaluer les possibles déplacements dans la distribution démographique des populations qui sont les plus vulnérables à la conjoncture de risque, il y aurait lieu de procéder à d'autres analyses.

Réponse et plan d'action de la direction (RPAD)

Évaluation du Programme d'action communautaire pour les enfants, du Programme canadien de nutrition prénatale et des activités connexes – 2010-2011 à 2014-2015

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Produits livrables	Date d'achèvement prévue	Responsable	Ressources
1. Étant donné que de nombreux acteurs ont un rôle à jouer dans la conception et la présentation des produits de connaissances sur la santé maternelle et infantile au Canada, mettre en œuvre un plan stratégique de développement et d'échange de connaissances et lui donner un caractère officiel de manière à assurer la complémentarité des ressources de l'Agence et à tirer pleinement parti de ces ressources.	Acceptée	Partant de l'étude de 2015 sur le développement et l'échange de connaissances, qui a servi de fondement à la présente évaluation, et des plans de DEC du PAPACUN et de l'Initiative sur l'ETCAF (dans le cadre des exigences de leurs RPAD), la DEJ préparera un plan de développement et d'échange des connaissances pour l'ensemble de la Division, lequel comportera un chapitre axé sur les activités liées à la santé maternelle et infantile (y compris le PACE et le PCNP) et à la jeunesse (y compris le CCEs et l'Enquête sur les CSEAS). Le plan comprendra des mesures de mobilisation et de consultation qui, à titre de stratégies, permettront de réaliser une analyse des besoins des activités des partenaires, d'accroître l'utilité de ces dernières et d'en réduire le chevauchement. Le plan prévoira également la diffusion de pratiques exemplaires ainsi que des mesures relatives à l'adoption et à l'utilité de ces activités. Les mesures figureront dans la stratégie de mesure du rendement révisée.	Plan de développement et d'échange des connaissances de la DEJ 2017-2020	31 mars 2017	Directeur général, Centre pour la promotion de la santé	Ressources existantes

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Produits livrables	Date d'achèvement prévue	Responsable	Ressources
2. Revoir les données démographiques (y compris les données de système d'information géographique [SIG]) afin de mieux comprendre les tendances dans la population et les changements qui surviennent, et explorer les possibilités de tirer pleinement parti de la portée des programmes.	Acceptée	<p>Réalisation d'une évaluation de la conjoncture qui porte sur ce qui suit :</p> <p>(1) les tendances nationales, provinciales et territoriales relatives à la population et à la vulnérabilité :</p> <p>a. tirées du Recensement de 2006, de l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011; b. du Recensement de 2016 et d'autres ensembles de données pertinents, comme l'Enquête sur la santé dans les collectivités (la diffusion des données du Recensement de 2016 est prévue à l'automne 2017);</p> <p>2) la cartographie par le SIG :</p> <p>a. des emplacements des projets du PACE et du PCNP; b. des données démographiques tirées du Recensement de 2016;</p> <p>3) la collecte de renseignements démographiques sur les participants aux programmes afin d'éclairer les analyses subséquentes des besoins et des lacunes quant à la portée des projets.</p>	<p>Rapport d'analyse de la conjoncture du PACE et du PCNP contenant ce qui suit :</p> <p>1a) analyse des données tirées du Recensement de 2006 et de l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011;</p> <p>1b) analyse des données tirées du Recensement de 2016 à ajouter à 1a;</p> <p>2a) cartographie des emplacements des projets du PACE et du PCNP;</p> <p>2b) cartographie des données démographiques tirées du Recensement de 2016;</p> <p>3) profils démographiques des participants aux programmes;</p>	<p>31 décembre 2018</p> <p>1a) 31 mars 2017</p> <p>1b) 31 mars 2018</p> <p>2a) 31 décembre 2017</p> <p>2b) 30 juin 2018</p> <p>3) 31 décembre 2017</p>	Directeur général, Centre pour la promotion de la santé	Entrepreneur externe Ressources existantes F et E 150 000 \$

1.0 But de l'évaluation

L'évaluation avait pour but d'évaluer la pertinence et le rendement du PACE, du PCNP, des activités de développement et d'échange des connaissances en matière de santé maternelle et infantile relatives au PACE et au PCNP, et d'autres activités connexes, notamment l'Enquête sur les CSEAS, le CCES, le SCSP et le PCSP. Elle porte sur la période d'avril 2010 à mars 2015.

L'évaluation a été réalisée pour satisfaire aux exigences de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et la Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor du Canada, et menée par Santé Canada et le Bureau de la vérification et de l'évaluation de l'Agence conformément au plan d'évaluation quinquennal de 2015-2016 à 2019-2020.

2.0 Description des programmes

2.1 Contexte des programmes

Les activités des programmes de santé maternelle et infantile de l'Agence sont gérées au sein de la Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques. Les activités du PACE et du PCNP sont menées par le CPS en collaboration avec les opérations régionales. Le CPS mène également le CCES ainsi que le contrat relatif à l'Enquête sur les CSEAS. Ces activités de promotion de la santé sont complétées par des activités de surveillance, notamment le SCSP et le PCSP, lesquelles sont gérées par le Centre de prévention des maladies chroniques.

La documentation suggère que les enfants sont particulièrement sensibles aux expériences positives et négatives. Les enfants sont particulièrement sensibles aux déterminants sociaux, surtout en très bas âge. Le fait de vivre dans des conditions de risque a démontré des impacts néfastes sur la santé et le développement social des enfants, ce qui peut avoir un impact sur la capacité de l'enfant de devenir un adulte sain et productif. La recherche sur la santé de la population indique que les investissements en amont, qui ont pour but de prévenir les conséquences négatives à l'avenir en traitant des causes fondamentales de façon précoce, ont un important potentiel à l'égard de l'amélioration de la santé et du bien-être.

Le fondement pour les activités de l'Agence dans le domaine de la santé maternelle et infantile a un lien avec l'engagement de 1990 du gouvernement du Canada d'investir dans le bien-être des enfants lors du Sommet mondial pour les enfants tenu par les Nations Unies. En 1991, le Canada a ratifié la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant. En 1992, il a lancé *Grandir ensemble : plan d'action canadien pour les enfants*, qui à son tour a mené au lancement du PACE en 1993. En 1995, le soutien pour les activités de développement des jeunes enfants a été élargi à la période prénatale grâce à l'établissement du PCNP. Dans le cadre de son engagement, le financement a été élargi pour le PACE et le PCNP en 1997 et de nouveau en 1999 pour le PCNP. Ces programmes demeurent les programmes de subventions et de contributions de l'Agence au caractère le plus substantiel.

Depuis 2012, l'administration du PACE et du PCNP est en transition, passant d'un modèle opérationnel décentralisé à un modèle centralisé. En vertu de modèle décentralisé précédent, la DEJ du CPS a établi l'orientation stratégique globale des programmes. La gestion et l'administration quotidiennes des programmes étaient assurées par les opérations régionales. Aussi depuis 2012, l'Agence s'affaire à transformer l'administration des subventions et des contributions par la création du Centre des subventions et des contributions pour gérer l'administration de toutes les subventions et contributions et leur ressourcement. L'Agence a également désigné au Bureau national (CPS) l'entière responsabilité du PACE et du PCNP (p. ex. activités relatives à l'élaboration de programmes, suivi et rapports financiers, signataires des paiements, et aspects non financiers de l'administration des projets et des programmes, dont la mesure du rendement). Le programme de transformation régionale de l'Agence a modifié le rôle de prestation de programmes des opérations régionales. Il s'agit maintenant d'un point d'intérêt de l'Agence dans la mise en œuvre et le soutien de nombreux programmes et services nationaux.

Les évaluations nationales précédentes du PACE et du PCNP ont été réalisées en 2009. Des évaluations précises des activités dans chacune des régions ont été réalisées au cours des 20 dernières années. Les analyses découlant de bon nombre de ces rapports d'évaluation régionale ont été incluses (et sont citées en référence) dans la présente évaluation nationale.

2.2 Profil du programme

L'Agence réalise une série d'activités pour promouvoir la santé des mères et des enfants.

Programmes communautaires

Le but du PACE et du PCNP est de promouvoir la santé publique en offrant du financement stable à long terme aux organismes promoteurs pour améliorer la santé et le bien-être des familles vulnérables dans les collectivités de l'ensemble du Canada. Plus précisément, les programmes sont conçus pour cibler les personnes faisant face aux conditions de risque suivantes : familles à faible revenu, personnes peu instruites, parents adolescents, familles monoparentales, personnes au statut d'Autochtone vivant hors réserve, immigrants récemment arrivés, personnes vivant dans des collectivités éloignées ou isolées, et enfants ayant un retard de développement ou des problèmes sociaux, émotionnels ou comportementaux, ou qui sont à risque de développer ces problèmes. Au total, il y a 425 projets du PACE et 280 projets du PCNP appuyés par le truchement d'accords de contribution.

Programme d'action communautaire pour les enfants

Les organismes promoteurs qui reçoivent du financement par l'entremise du PACE élaborent et offrent des programmes de prévention et d'intervention précoce complets et adaptés à la culture pour améliorer la santé et le développement social des enfants et de leur famille, ainsi qu'augmenter la reconnaissance et le soutien pour les collectivités à risque, ainsi que satisfaire à leurs besoins et intérêts. Le programme s'appuie sur le principe que les collectivités sont bien

placées pour déterminer les besoins des enfants et qu'elles ont la capacité de réunir les ressources nécessaires pour y répondre. Des exemples d'activités financés par l'entremise du PACE comprennent les programmes portant sur la prévention de la violence et de la maltraitance des enfants, le soutien parental et les capacités d'adaptation, la résilience sociale et émotionnelle, les programmes de halte-santé, les programmes de préparation à l'école, les visites à domicile et les programmes de sensibilisation, le soutien nutritionnel et les cuisines collectives, les activités physiques saines, et le développement de la littératie.

Programme canadien de nutrition prénatale

Les organismes promoteurs qui reçoivent du financement par l'entremise du PCNP élaborent ou améliorent les services prénataux existants pour traiter des besoins des femmes enceintes à risque, de leur famille et de leurs enfants. Ces organisations cherchent à améliorer la santé des femmes enceintes et de leurs bébés, à promouvoir et à appuyer l'initiation à l'allaitement, et à réduire l'incidence des bébés dont le poids à la naissance est trop élevé ou trop faible. Les exemples d'activités financés par le PCNP comprennent la consultation en nutrition et en style de vie, les suppléments alimentaires, le soutien prénatal et à l'allaitement, l'attachement des bébés, l'éducation au développement de l'enfant, et l'aiguillage vers des services sociaux et de santé.

Activités de développement et d'échange de connaissances

Les activités de développement et d'échange de connaissances sont exécutées à différents degrés dans tous les programmes et activités faisant partie de la portée de la présente évaluation. Dans la plupart des cas, ces activités comprennent la surveillance ou la recherche et le développement de produits de connaissances fondés sur des données probantes, mais peuvent également comprendre l'échange de connaissances par des comités et des forums.

Activités de développement et d'échange de connaissances sur la santé maternelle et infantile

La DEJ du CPS mène des activités qui appuient le développement et la diffusion de renseignements aux personnes et aux organisations qui peuvent les utiliser pour améliorer les choix, les pratiques, les politiques et les résultats en matière de santé.

Les publics cibles pour ces produits varient, mais incluent les parents, les fournisseurs de soins et le grand public, ainsi que les praticiens de la santé publique, les travailleurs de première ligne, les universitaires et d'autres organisations. Bien que certains produits soient diffusés aux organisations financées par l'entremise du PACE et du PCNP directement, et par l'intermédiaire de professionnels de la santé et des domaines connexes affiliés à ces programmes, d'autres sont promus et offerts à un plus grand public par l'entremise d'associations professionnelles, d'activités de promotion sur le Web, de webinaires et d'autres activités d'échange de connaissances.

Ces activités de développement des connaissances ont été financées grâce à des affectations internes, y compris le Fonds pour les projets nationaux (FPN). Le FPN, qui a pris fin en mars 2014, fournissait du financement sous forme de contributions pour appuyer les projets à court terme de portée nationale ciblant le développement et l'échange de connaissances, y compris l'élaboration d'outils et de ressources, et la formation sur la prestation de produits de connaissances. Les ressources visaient à appuyer le personnel des organisations financées par le PACE et le PCNP, ainsi que d'autres personnes, programmes et organisations travaillant avec les familles pour appuyer le développement sain de l'enfant.

Consortium conjoint pour les écoles en santé

Établi en 2005, le CCES est un partenariat des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux du Canada qui travaille à promouvoir le bien-être et la réussite des enfants et des jeunes dans les écoles. Son objectif est de fournir un leadership et de faciliter une approche complète pour la santé en milieu scolaire en renforçant la capacité de collaboration du système d'éducation et du système de santé. Il est régi par deux comités de sous-ministres : le Comité consultatif des sous-ministres de l'Éducation et la Conférence des sous-ministres de la Santé. L'Agence est le représentant gouvernemental fédéral du Consortium et, contrairement aux représentants provinciaux et territoriaux, elle a le statut d'observateur et n'est pas membre votant du Consortium. L'Agence contribue 250 000 \$ par année sous la forme d'une subvention pour appuyer le secrétariat et fournit des conseils et des lignes directrices d'une perspective fédérale.

Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants d'âge scolaire

La DEJ est responsable de diriger le contrat de 4 ans de 1,1 million de dollars avec l'équipe canadienne de recherche de l'Enquête située à l'Université Queen's. L'Agence, en collaboration avec l'Université Queen's, supervise l'approbation de l'éthique, fournit des commentaires sur l'élaboration des questionnaires et la rédaction des rapports nationaux, gère les activités de publication, et est responsable de la diffusion et du transfert de connaissances des conclusions de l'enquête.

L'Enquête a été adoptée par le bureau régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en tant qu'enquête collaborative en 1983, et constitue maintenant une enquête transnationale de 4 ans menée par un réseau international d'équipes de recherche provenant de 44 pays. Les données de l'Enquête sont recueillies à partir d'un échantillon représentatif d'enfants âgés de 11 à 15 ans dans plus de 400 écoles du Canada, et fournissent à l'Agence et aux Canadiens des données sur la santé mentale et les relations saines, une saine alimentation et l'activité physique, l'intimidation, les comportements à risque, et les environnements sociaux (p. ex. maison, école, pairs). L'Enquête est la seule base de données nationale de promotion de la santé à l'école du Canada visant les enfants de cet âge.

Systeme canadien de surveillance périnatale

Le SCSP est géré par le Centre de prévention des maladies chroniques. Établi en 1995, il s'agit d'un système national de surveillance de la santé qui permet la surveillance des indicateurs clés de la santé des mères, des fœtus et des bébés, et l'élaboration de rapports, et la réalisation d'analyses ciblées pour faire avancer le mandat et les priorités organisationnels. Les produits du SCSP sont distribués à l'interne au sein de l'Agence et de Santé Canada, ainsi qu'à l'externe aux intervenants clés que les renseignements sur la santé des mères et des enfants intéressent, comme les professionnels des soins de santé, les représentants de la santé publique, les administrateurs, les provinces, les territoires et les universitaires. Le SCSP coûte environ 900 000 \$ par année.

Programme canadien de surveillance pédiatrique

Le PCSP est géré par le Centre de prévention des maladies chroniques. Établi en 1996, le PCSP permet la surveillance des maladies et des affections qui sont relativement peu fréquentes chez les enfants canadiens, mais qui ont une incidence sur la santé publique et qui sont associées à un taux élevé d'invalidité, de morbidité et de mortalité ainsi qu'à un coût économique élevé pour la société. Le PCSP collige des données transmises tous les mois par plus de 2 500 pédiatres et sous-spécialistes en pédiatrie afin de surveiller les maladies et affections rares chez les enfants canadiens. L'Agence demande à la Société canadienne de pédiatrie (520 000 \$ par année) d'assurer une surveillance et de fournir des rapports sur les questions d'intérêt pédiatrique et de santé publique comme le diabète sucré autre que de type 1, les troubles dépressifs, le syndrome de mort subite du nourrisson, la sécurité des marchettes pour bébés (maintenant interdites au Canada), les sachets de détergent liquide, le syndrome de l'X fragile, l'embryopathie rubéolique et la tuberculose.

2.3 Narratif de programme

Selon le cadre de mesure du rendement de 2014-2015 de l'Agence, le résultat attendu du programme de développement d'enfants en santé est le suivant : « La participation aux interventions financées de l'Agence est associée de façon positive aux facteurs protecteurs du développement sain durant l'enfance. » Les résultats attendus pour le programme de prévention des maladies chroniques et des blessures sont les suivants : « Les priorités en matière de prévention des maladies chroniques au Canada sont cernées et des mesures sont prises à cet égard. » et « Les pratiques, les programmes et les politiques de prévention des maladies chroniques destinés aux Canadiens sont éclairés par des données probantes. »

Un modèle logiqueⁱ, approuvé par le Conseil du Trésor, a été élaboré pour le PACE, le PCNP et les activités connexes de développement et d'échange de connaissances. Aux fins de cette évaluation, des modifications ont été apportées pour souligner les activités supplémentaires qui étaient incluses dans la portée, plus précisément le CCES, l'Enquête et les autres activités de surveillance et de diffusion des connaissances (SCSP, PCSP). Aussi, des partenariats et des collaborations ont été ajoutés comme important domaine d'exploration puisqu'ils appuient tous

ⁱ Pour obtenir une copie du schéma du modèle logique, veuillez en faire la demande par courriel à l'adresse suivante : Evaluation Reports HC – Rapports Evaluation@hc-sc.gc.ca.

les programmes et les activités dans l'accomplissement de leurs résultats. Aucun changement n'a été apporté aux résultats des programmes. Ce modèle est appelé une « représentation visuelle des activités » (voir annexe 1) pour créer une séparation claire du modèle logique approuvé.

Deux principaux secteurs d'activité mènent à l'atteinte des résultats : les programmes communautaires et le développement et l'échange de connaissances.

- Le volet des programmes communautaires reflète l'aspect du financement sous forme de contributions du PACE et du PCNP. On s'attend à ce qu'il entraîne le résultat immédiat suivant : participation des parents et des fournisseurs de soins et de leurs enfants faisant face à des risques, collaboration d'organisations de différents secteurs avec les projets du PACE et du PCNP pour répondre aux besoins des participants (p. ex. partage de personnel et des ressources financières). La participation de la population à risque devrait entraîner deux résultats immédiats : les parents et les fournisseurs de soins et leurs enfants acquièrent des connaissances et renforcent leurs compétences pour appuyer la santé des mères, des enfants et des familles, et les enfants profitent d'avantages en matière de développement pendant que les parents et les fournisseurs de soins adoptent des pratiques saines pour eux-mêmes et leur famille.
- Le volet des activités de développement et d'échange de connaissances reflète les activités d'échange de renseignements de l'Agence au sein de la Division, ainsi que le CCES, l'Enquête et les activités de surveillance qui font partie de la portée de la présente évaluation. L'Agence fournit des fonds et collabore avec d'autres intervenants pour élaborer et diffuser des produits de connaissances fondés sur des données probantes (p. ex. trousse d'outils sur la santé mentale des mères, produits de surveillance du CPSS et du PCSP, rapports concernant l'Enquête sur les CSEAS). Les activités de développement et d'échange de connaissances devraient entraîner un résultat immédiat chez les groupes cibles (p. ex. praticiens en santé publique et développement des jeunes enfants, universitaires, parents et fournisseurs de soins) qui accéderont aux produits de connaissances, ce qui entraînera un résultat immédiat chez les groupes cibles utilisant les produits pour appuyer la santé des mères, des enfants et des familles.
- Comme illustré par la flèche bidirectionnelle entre les deux volets d'activités dans la présentation visuelle (annexe 1), les collaborations communautaires et les programmes guident et appuient la diffusion des produits de développement et d'échange des connaissances. Les partenaires et les organisations financées à l'échelle communautaire cernent des besoins nouveaux et émergents pour des renseignements, des ressources, des pratiques exemplaires et des interventions qui contribuent aux produits de développement et d'échange des connaissances.

Le PACE et le PCNP, à des degrés divers, travaillent avec d'autres partenaires communautaires pour répondre aux besoins des enfants et des familles de façon holistique. Cela signifie que l'Agence a une influence directe, mais non un contrôle direct, sur ces résultats immédiats. De même, a un contrôle sur les types d'activités de développement et d'échange des connaissances qui sont exécutées, mais seulement une influence directe sur la portée dans laquelle les populations cibles (p. ex. praticiens en santé publique, universitaires, parents et fournisseurs de soins) accèdent ou utilisent ces produits de connaissances.

Le résultat ultime qui correspond à la santé des enfants et de leur mère, et de leur famille est améliorée (p. ex. poids satisfaisant à la naissance, amélioration de l'initiation à l'allaitement et prolongation de la durée d'allaitement, interactions positives entre les parents et les enfants, amélioration du fonctionnement des familles). On s'attend à ce que cela se produise à plus long terme à la suite de l'atteinte des résultats partagés.

Le lien entre ces secteurs d'activité et les résultats escomptés est illustré dans la présentation visuelle (annexe 1). L'évaluation visait à mesurer le niveau de réalisation des extrants et des résultats définis au cours de la période visée.

2.4 Harmonisation et ressources des programmes

Les programmes font partie de l'architecture d'alignement des programmes (AAP) de l'Agence 1.2.2.1 : Développement d'enfants en santé, à l'exception du SCSP et du PCSP qui relève de la sous-activité de l'AAP 1.2.3 : Prévention des maladies chroniques et des blessures.

Les budgets prévus combinés des programmes pour les années 2010-2011 à 2014-2015 sont présentés ci-dessous (tableau 1). Dans l'ensemble, le PACE, le PCNP et les activités connexes ont un budget prévu d'environ 450 millions de dollars sur 5 ans. La variance entre les budgets des programmes et les dépenses sont présentées au tableau 13. Une ventilation plus détaillée (par secteur de programme ou d'activité) des budgets prévus et des dépenses est présentée à l'annexe 7.

Tableau 1 : Budget prévu pour toutes les composantes des programmes (\$)

Année	G et C*	F et E*	Salaire*	Total
2010-2011	83 545 657	2 305 806	5 529 757	91 280 220
2011-2012	81 954 551	1 792 550	5 482 945	89 129 046
2012-2013	82 911 179	1 544 807	3 581 988	87 936 974
2013-2014	84 949 989	1 784 071	4 821 238	91 454 298
2014-2015	81 888 888	1 502 321	5 317 864	88 608 073
Total	415 250 264	8 929 555	24 733 792	448 408 611

* Données vérifiées par le Bureau du dirigeant principal des finances.

En 2014-2015, il y avait un total de 64 employés à la Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques appuyant le PACE, le PCNP et les activités connexes.

- Centre pour la promotion de la santé et des Opérations régionales :**
 L'administration et la gestion du PACE, du PCNP et des activités connexes de développement et d'échange des connaissances comprenaient du personnel du bureau national et des Opérations régionales. Le CCES et l'Enquête étaient appuyés par le personnel du bureau national. Les effectifs de 53 équivalents temps plein (18 à l'échelle nationale et 35 à l'échelle régionale) comprenaient des gestionnaires de programmes nationaux et régionaux, des analystes des politiques, des analystes de la mesure du rendement et des consultants en programmes.

- **Centre de prévention des maladies chroniques** : Le soutien pour le PCSP et le SCSP comprenait du personnel de la Section de la santé maternelle et infantile de la Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie. Les effectifs de 11 équivalents temps plein comprenaient un chef, un gestionnaire, un chercheur scientifique, un coordonnateur de projet, des analystes de la gestion des données et de la recherche, et des épidémiologistes.

3.0 Description de l'évaluation

3.1 Portée, approche et conception de l'évaluation

La portée de l'évaluation couvrait la période d'avril 2010 à mars 2015 et comprenait des activités pour la santé des mères et des enfants financées par la Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques. Étant donné la grande durée et le caractère substantiel de ces programmes communautaires, on a mis l'accent sur le PACE, le PCNP et les activités connexes de développement et d'échange de connaissances. Les activités connexes suivantes, lesquelles sont les plus étroitement liées au volet du développement et de l'échange de connaissancesⁱⁱ, étaient également incluses : l'Enquête, le CCES, le PCSP et le SCSP. Aussi, des partenariats et des collaborations ont été ajoutés comme important domaine d'exploration puisqu'ils appuient les programmes et les activités dans l'accomplissement de leurs résultats.

Certains autres secteurs de programme et d'activité de la Direction générale contribuent à améliorer la santé des enfants, mais ils ne font pas partie de la portée de la présente évaluation puisqu'ils seront ou ont été récemment évalués séparément. Ces programmes et activités incluent les suivants : ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, Initiative de lutte contre la violence familiale, le PAPACUN, santé buccodentaire, programme de surveillance Cancer chez les jeunes au Canada et la surveillance de la violence envers les enfants.

Les questions relatives à l'évaluation étaient harmonisées avec la Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor du Canada et tenaient compte des cinq éléments fondamentaux sous les deux thèmes de la pertinence et du rendement, comme il est indiqué à l'annexe 3. Pour chaque élément fondamental, des questions précises ont été formulées à partir d'éléments des programmes, et elles ont guidé le processus d'évaluation.

Une approche fondée sur les résultats a été utilisée afin d'évaluer les progrès réalisés vers l'atteinte des résultats escomptés, qu'il y ait eu ou non des conséquences inattendues et que des leçons aient été apprises ou non. La Politique sur l'évaluation du Conseil du Trésor (2009) a guidé la conception de l'évaluation et la détermination des méthodes de collecte de données afin que l'évaluation satisfasse aux objectifs et aux exigences de la Politique. Le modèle non expérimental utilisé est inspiré du plan d'évaluation, qui présente de façon détaillée la stratégie d'évaluation adoptée pour les programmes et qui assure l'utilisation d'une procédure uniforme pour la collecte des données à l'appui de l'évaluation. Puisqu'elle repose sur un concept non expérimental, l'évaluation s'est appuyée sur la corrélation pour démontrer les effets et ne

ⁱⁱ Plan d'évaluation pour le PACE, le PCNP et les activités connexes (mai 2015).

comprenait pas de lien de causalité. L'évaluation a donc été conçue pour démontrer les contributions possibles des programmes à l'atteinte des résultats prévus plutôt que des liens directs de causalité entre les programmes et les résultats.

La collecte de données a commencé en avril 2015 et s'est terminée en novembre 2015. Les données pour l'évaluation ont été recueillies à l'aide de différentes méthodes, soit une étude des documents, un examen des données financières, des entrevues clés avec des informateurs internes et externes, une revue de la documentation, des études de cas et un examen des données sur le rendement. Les données sur la mesure du rendement recueillies dans le cadre du programme, y compris l'outil de mesure du rendement des programmes destinés aux enfants (OMRPDE 2013-2014) et les sondages auprès des participants, ont été analysées plus en profondeur. L'annexe 3 contient plus de détails sur les méthodes de collecte et d'analyse des données. De plus, les données ont été analysées par la triangulation des renseignements recueillis par les différentes méthodes énumérées ci-dessus. On a recouru à diverses sources de données et à la triangulation pour veiller à ce que les constatations et les conclusions découlant de l'évaluation soient aussi fiables et crédibles que possible.

3.2 Contraintes et stratégies d'atténuation

La plupart du temps, les évaluateurs font face à des contraintes susceptibles d'avoir un impact sur la validité et la fiabilité de leurs constatations et de leurs conclusions. Le tableau ci-dessous présente les restrictions rencontrées lors de la mise en œuvre des méthodes sélectionnées pour les besoins de la présente évaluation. Il est aussi question des stratégies d'atténuation mises en œuvre pour faire en sorte que les constatations de l'évaluation puissent être utilisées en toute confiance pour orienter la planification des programmes et la prise de décisions.

Tableau 2 : Contraintes et stratégies d'atténuation

Contrainte	Impact	Stratégie d'atténuation
Les entrevues avec les informateurs clés sont d'une nature rétrospective.	Les entrevues sont de nature rétrospective, fournissant une perspective récente sur des événements passés. Cela peut avoir un impact sur la validité de l'évaluation des activités et des résultats.	Triangulation des autres sources de données pour confirmer ou fournir d'autres renseignements sur les données saisies lors des entrevues. L'examen de la documentation a permis d'obtenir des renseignements sur l'organisation.
La portée de la sélection des échantillons de cas ou de sites était limitée.	Il existe une incapacité d'extrapoler les conclusions à l'égard de la population entière des organisations financées par le PACE et le PCNP.	La sélection tenait compte de la représentation de diverses régions (Ouest, Nord, Ontario, Québec, Atlantique), différentes tailles de projets (petits, moyens, grands), et différentes régions du pays (p. ex. rurales, urbaines, nordiques, éloignées, isolées), et les conclusions ont été utilisées conjointement avec les renseignements provenant d'autres sources.

Contrainte	Impact	Stratégie d'atténuation
La structure des données financières n'est pas liée aux extrants ou aux résultats.	La capacité de quantifier l'efficacité et l'économie est limitée.	D'autres sources de données (y compris des entrevues avec des informateurs clés et des analyses documentaires) ont été utilisées afin de pouvoir quantifier l'efficacité et l'économie
Il y a des limites dans les données sur le rendement pour évaluer l'impact sur les participants au fil du temps, en partie en raison des facteurs de protection de la vie privée et de la difficulté d'attribuer des impacts à long terme parmi de nombreux autres facteurs d'influence.	Nous n'avons pas été en mesure de déterminer l'influence sur les participants aux programmes comparativement aux non-participants.	L'évaluation portait sur l'évaluation de la plausibilité de l'impact sur les participants par l'entremise d'une « contribution » plutôt que d'une attribution. Les renseignements existants sur le rendement ont fourni des indications de réussite dans l'atteinte des résultats. En l'absence de renseignements, la triangulation des données provenant de l'examen des documents, de la revue de la documentation, des enquêtes et des informateurs clés a aidé à valider les constatations et à fournir d'autres données probantes sur l'atteinte des résultats.
Il existe des limites dans les données recueillies grâce aux outils précis de mesure du rendement des programmes* : – OIEN, OIAN et OMRPDE : changements d'outils au fil du temps (les questions posées ont changé) et variabilité de la représentation provinciale et territoriale; – sondages auprès des participants : étude d'un échantillon aléatoire stratifié d'organisations financées.	Limites de la comparabilité des données au fil du temps (rendant difficiles les analyses des tendances) et changements touchant les outils. En raison de la variabilité de la représentation provinciale et territoriale et de l'échantillon aléatoire stratifié pour les sondages auprès des participants, on pourrait ne pas être en mesure de généraliser les conclusions de tous les sites.	Triangulation des autres sources de données pour confirmer ou fournir d'autres renseignements sur les données saisies grâce aux outils de mesure du rendement des programmes.

* Détails des contraintes des outils précis de mesure du rendement présentés à l'annexe 3.

4.0 Conclusions

Cette section présente un résumé des conclusions en fonction de deux rubriques générales :

- pertinence : le besoin, les priorités et le rôle fédéral en santé publique en matière de santé maternelle et infantile, en particulier en ce qui concerne les populations vulnérables;
- rendement : l'efficacité, l'efficacité et l'économie liées aux activités de l'Agence dans ce domaine.

4.1 Pertinence : Question 1 – Besoin continu du programme

Il existe des groupes à risque particuliers au sein de la population qui sont plus susceptibles d'observer des piètres conditions en matière de santé et de bien-être chez les mères et les enfants. Il existe des preuves pour appuyer l'investissement continu dans ces secteurs pour combler l'écart pour les enfants et leur famille dans ces groupes à risque.

Comme discuté dans la section 2 sur la description des programmes, le PACE et le PCNP ont été créés pour améliorer la santé et le bien-être des enfants canadiens, particulièrement ceux considérés à risque et donc plus susceptibles d'obtenir des résultats médiocres en matière de santé et de connaître des difficultés de développement et des problèmes sociaux, cognitifs et comportementaux. Ces expériences non seulement ont un impact sur les enfants, mais aussi sur leur santé, leur statut socioéconomique et les occasions de développement alors qu'ils vieillissent. Bien que la plupart des enfants du Canada connaissent des conditions nécessaires pour obtenir des résultats sains, certains enfants sont exposés à des risques^{1 2 3 4}.

Enfants et familles exposés à des risques

La recherche sur les déterminants sociaux de la santé indique que certains groupes de personnes sont plus susceptibles de connaître des piètres résultats en matière de santé⁵. Ces disparités ne sont pas nécessairement causées par le manque de traitements médicaux ou les choix de vie, mais plutôt par les conditions de vie et d'autres facteurs qui ont un impact sur ces personnes et leurs expériences. Les déterminants sociaux de la santé comprennent le revenu et la distribution du revenu, l'éducation, le chômage et la sécurité d'emploi, l'emploi et les conditions de travail, le développement des jeunes enfants, l'insécurité alimentaire, le logement, l'exclusion sociale, le réseau de sécurité sociale, l'accès aux services de santé, le statut d'Autochtone, le genre, la race et l'incapacité⁶. Tous ces déterminants, à différents degrés, peuvent jouer un rôle dans la façon dont les enfants se développent, les expériences qu'ils vivent, et la probabilité qu'ils deviennent des adultes bien adaptés⁷.

Le tableau ci-dessous, à l'aide des données de Statistique Canada – surtout l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) de 2011, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2011-2012 et la Statistique de l'état civil – Base de données sur les naissances de 2011 – présente les pourcentages de personnes au Canada qui subissent l'impact des conditions de risque particulières (ou déterminants sociaux de la santé) que le PACE et le PCNP mesurent présentement à l'aide des sondages effectués auprès des participants en 2015 pour mieux comprendre les populations cibles, en particulier le revenu, l'éducation, le statut d'Autochtone, la situation familiale, les immigrants récemment arrivés, les parents adolescents, et l'insécurité alimentaire (tableau 3). Ces personnes à risque sont le sujet des programmes communautaires qui sont présentement évalués.

Tableau 3 : Pourcentage de personnes au Canada exposées à des risques

Condition de risque	Pourcentage de personnes au Canada exposées à des risques	Sources
Faible revenu ⁱⁱⁱ	15	Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) 2011
Faible niveau d'instruction (< études secondaires)	13	ENSP 2011
Statut d'Autochtone	4	ENSP 2011
Familles monoparentales	5	ENSP 2011
Immigrants récemment arrivés (< 10 ans)	7	ENSP 2011
Parents adolescents ^{iv}	4	Statistique de l'état civil – Base de données sur les naissances 2011
Insécurité alimentaire	8	ESCC 2010

Impact des conditions de risque sur la santé et le bien-être

Lorsque les familles et les personnes sont touchées par les conditions de risque discutées ci-dessus, la recherche démontre qu'elles sont plus à risque d'adopter un style de vie malsain qui pourrait avoir un impact négatif sur leur santé et celle de leurs enfants⁸. Préparer les enfants à une vie saine et réussie commence avant qu'ils ne naissent⁹. Le style de vie malsain d'une mère pendant la grossesse et suivant immédiatement la naissance (p. ex. nutrition prénatale, tabagisme, consommation d'alcool, allaitement) a un impact sur la santé du bébé, soit l'âge gestationnel, le poids à la naissance et la nutrition du bébé, tous des facteurs qui peuvent avoir un impact sur la santé et le bien-être d'une personne tout au long de sa vie¹⁰.

Le tableau ci-dessous présente, à l'aide des données de Statistique Canada (surtout l'ESCC de 2014), la prévalence de certains de ces comportements au sein de la population générale, ainsi qu'au sein des populations qui sont particulièrement touchées par les conditions de risque (tableau 4). Les taux d'allaitement sont inférieurs à ceux de la population générale pour les populations à faible revenu, les personnes peu instruites, les parents uniques et les parents adolescents. Les taux de tabagisme pendant la grossesse sont supérieurs pour les parents à faible revenu, les parents peu instruits, les parents portant le statut d'Autochtone, les parents uniques et les parents adolescents. Les parents adolescents buvaient également plus souvent pendant la grossesse.

ⁱⁱⁱ Le faible revenu a été déterminé en évaluant le revenu du ménage autodéclaré par le participant en regard des seuils d'inclusion préétablis qui tiennent compte de la région autodéclarée du participant (rurale ou urbaine) et du nombre de personnes (adultes et enfants) dans le ménage.

^{iv} Le pourcentage de parents adolescents est représenté par le nombre de mères âgées de moins de 20 ans qui ont accouché en 2011.

Tableau 4 : Prévalence des comportements prénataux et postnataux dans la population canadienne générale et celle exposée à des risques^v

Population	% ayant commencé à allaiter	% qui ont allaité pendant six mois ou plus	% qui ont fumé pendant la grossesse	% qui ont bu pendant la grossesse
Généralités	88	56	4	1
Faible revenu	80	57	10	1
Peu d'instruction	78	34	16	1
Statut d'Autochtone	83	41	31	1
Parent unique	81	41	8	1
Immigration récente	95	59	0	1
Parents adolescents	76	40	14	5

Sources : ESCC 2014

De nombreuses études ont montré un lien étroit entre le faible revenu et la pauvreté, entraînant un risque accru d'accouchement prématuré, de faible poids à la naissance et de petits bébés (âge gestationnel). Les experts ont émis l'hypothèse que l'accouchement prématuré ou le retard de croissance intra-utérin pourrait, dans une mesure importante, être expliquée par une plus grande exposition des femmes enceintes à faible revenu à des facteurs de stress chronique accumulés, y compris des environnements familiaux surpeuplés, le chômage, les ménages à parent unique, le soutien social moindre et les problèmes financiers^{11 12 13 14}.

Après la naissance, l'environnement de l'enfant continue d'influer sur son développement. Les enfants se développent mieux dans des environnements comptant des fournisseurs de soins attentionnés, des occasions d'apprentissage positives, une bonne nutrition, et des occasions d'interactions sociales avec d'autres enfants¹⁵. Les recherches indiquent que les enfants exposés à des risques sont plus susceptibles que les autres enfants de rencontrer des difficultés comme l'insécurité alimentaire, le manque de stimulation et de jeu, la violence familiale et les blessures non intentionnelles¹⁶.

Ces expériences, lesquelles sont plus susceptibles de se produire pour les familles et les enfants exposés à des risques, peuvent entraîner une variété d'effets négatifs qui ont un impact sur la capacité d'une famille d'être en santé et productive, et la capacité d'un enfant de se développer afin de devenir un adulte en santé et productif. Certains de ces effets incluent des maladies chroniques, la dépression, le stress chronique, le chômage, et particulièrement pour les enfants, des difficultés de comportement et de socialisation, et des risques accrus de décrochage scolaire^{17 18 19 20 21 22 23}, faisant des enfants qui deviennent des adultes moins instruits, possédant moins de compétences en littératie et en communication, à qui sont offerts moins d'occasions d'emplois, et dotés d'une santé physique et mentale diminuée^{24 25}. Inversement, les parents qui comprennent comment les enfants se développent et qui utilisent des techniques parentales efficaces élèvent des enfants en meilleure santé et plus heureux²⁶.

^v Alors que l'insécurité alimentaire a été cernée comme une condition de risque au tableau 3, aucune donnée subséquente n'était disponible. Les résultats pour la population générale sont pondérés pour représenter la population entière du Canada, alors que les résultats pour des groupes de risque précis se fondent sur les résultats des sondages et ne sont pas pondérés pour représenter la population entière du Canada.

Les investissements ciblant les enfants ont des retombées positives tout au long de leur vie

La recherche sur la santé de la population indique qu'investir tôt dans la vie d'un enfant est plus susceptible d'améliorer la santé et le bien-être. Le but de ces investissements en amont est d'empêcher les conséquences négatives de se produire en traitant des causes fondamentales²⁷. Le développement des jeunes enfants joue un rôle crucial : il est important de s'assurer que les enfants sont prêts sur le plan physique, social, cognitif et émotif à réussir dans la vie^{28 29}. Les expériences pendant cette période, et même avant la naissance, peuvent influencer la santé, l'éducation et les perspectives économiques tout au long de la vie. Bien qu'il soit possible d'atténuer les événements et les impacts négatifs plus tard au cours de la vie, le plus grand impact peut se faire pendant les premières années de l'enfance^{30 31}.

Les interventions en matière de développement des jeunes enfants, comme l'éducation et les soins, le soutien parental, et les initiatives qui tentent de réduire les impacts de la pauvreté, produisent des avantages tout au long de la vie qui valent plusieurs fois l'investissement original³². En réalité, on a découvert que les sociétés, riches ou pauvres, qui investissent dans les enfants et les familles dès les premières années comptent davantage de populations qui savent écrire et compter, ainsi qu'un état de santé accru et de faibles niveaux d'inégalités en matière de santé³³.

Comme il est indiqué à la section 4.5 sur l'économie et l'efficacité, les plus grands impacts des investissements dans la petite enfance sont observés alors que les enfants deviennent des adultes. On estime que pour chaque dollar dépensé au cours des premières années, une économie entre 3 et 9 \$ est prévue en matière de services sociaux, de santé et de justice à l'avenir^{34 35}. Il est clair qu'en investissant dans les enfants et leur bien-être pendant les premières années de leur vie, les sociétés peuvent avoir une énorme influence sur la promotion de résultats positifs et la minimisation ou l'atténuation des répercussions des expériences et des événements négatifs pendant l'enfance^{36 37}.

4.2 Pertinence : Question 2 – harmonisation avec les priorités gouvernementales

La promotion de la santé maternelle et infantile est une priorité pour le gouvernement du Canada et l'Agence.

Gouvernement du Canada

Le PACE, le PCNP et les activités connexes liées à la santé des mères et des enfants sont harmonisés avec la grande priorité du gouvernement du Canada de protéger les familles canadiennes et leurs collectivités.

Cette priorité a été soulignée dans un certain nombre de discours du Trône antérieurs. En 2013, en particulier, le gouvernement du Canada s'est engagé à élaborer une législation universelle visant « la protection des victimes les plus vulnérables, soit nos enfants » et a indiqué que « Les familles sont la pierre angulaire de notre société. Elles élèvent nos enfants et bâtissent nos communautés. Lorsque les familles réussissent, c'est tout le pays qui en profite. » Le document soulignait également ceci : « Les familles canadiennes veulent des communautés sécuritaires et saines où elles pourront élever leurs enfants. Elles souhaitent aborder le problème de la pauvreté et d'autres problèmes sociaux persistants, avoir des infrastructures sûres et fiables, et jouir d'un environnement propre et sain³⁸. »

De même, en ce qui concerne les programmes de santé des Autochtones, ces engagements trouvent également écho dans les récents budgets fédéraux. Le Budget 2015 prévoit un certain nombre de mesures de soutien pour aider les populations autochtones, y compris les enfants. Le Budget 2010³⁹ a renouvelé le financement pour un certain nombre de programmes de santé des Autochtones, y compris des programmes de santé maternelle et infantile.

Ces programmes et activités s'harmonisent avec les priorités du gouvernement du Canada en relation avec la promotion de la santé maternelle et infantile, comme l'indiquent les nombreux documents stratégiques fédéraux antérieurs clés, y compris l'Entente de développement de la petite enfance (2000), Un Canada digne des enfants (2004), la Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains (2005), et Freiner l'obésité juvénile : Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé (2010).

À l'échelle internationale, la santé des mères, des bébés naissants et des enfants demeure une priorité internationale de développement et représente l'un des moyens par lequel le gouvernement du Canada respecte ses engagements internationaux à l'égard de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (CNUDE)⁴⁰ et Les objectifs du Millénaire pour le développement⁴¹.

Comme il est noté à la section 2.1 sur le contexte des programmes, en 1991, le Canada a ratifié la CNUDE pour devenir lié par les dispositions de cette Convention. Depuis 1993 et 1995, respectivement, le PACE et le PCNP ont fourni une plateforme pour que le gouvernement du Canada respecte bon nombre de ses engagements et priorités stratégiques relativement à la promotion de la santé maternelle et infantile. Par exemple, le PCNP s'harmonise avec les principes de l'article 18 de la CNUDE, qui définit le rôle des parents comme principaux fournisseurs de soins qui devraient se voir fournir le soutien nécessaire pour prendre soin de leurs enfants⁴².

Agence de la santé publique du Canada

L'Agence a cerné le traitement des inégalités en matière de santé par une variété d'activités en santé des mères et des enfants comme priorité clé dans de nombreux documents de planification organisationnelle.

De nombreux rapports sur les plans et les priorités de l'Agence faisant partie de la portée de cette évaluation (2010-2015) soulignent la façon dont l'Agence fonctionne pour améliorer la santé et le bien-être de la population et réduire les inégalités en santé. Pour traiter de cette priorité, l'Agence prévoit « aider les enfants vulnérables à prendre un bon départ en soutenant des programmes qui améliorent la santé sociale, affective et mentale au cours de leur petite enfance et tout au long de leur vie⁴³ ». Aussi, le besoin de « mettre à niveau les pratiques exemplaires du développement sain des enfants, afin d'améliorer la santé physique, mentale et sociale globale des enfants (jusqu'à 6 ans) et de leurs parents qui sont visés par les approches communautaires de l'Agence⁴⁴ » est également souligné.

Le profil de risque organisationnel⁴⁵ de l'Agence souligne l'importance d'établir et de renforcer des facteurs protecteurs pour la petite enfance contribuant à une résilience permanente en se concentrant sur les activités de l'Agence à l'égard des interventions en matière de prévention en amont. Le profil de risque organisationnel souligne également l'importance de miser sur les partenariats multisectoriels pour accroître la portée et l'impact des programmes.

Les objectifs des activités en matière de santé maternelle et infantile s'harmonisent avec les priorités clés de l'Agence soulignées dans le document *Horizons stratégique 2013-2018*⁴⁶, y compris le « renforcement des capacités en santé publique et du leadership scientifique » en améliorant « la surveillance en santé publique portant sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles, la santé maternelle et infantile, les blessures et les maladies infectieuses » et son rôle en tant qu'organisation fondée sur des données probantes qui crée, transfère et échange des connaissances pour le bénéfice et l'utilisation des décideurs et des intervenants. De même, le Plan stratégique 2007-2012⁴⁷ de l'Agence établit des objectifs stratégiques, notamment : « en ce qui a trait aux principaux défis de santé publique, aux déterminants de la santé, aux écarts de santé chez les Autochtones, les enfants et les aînés, ainsi qu'aux lacunes relatives à la capacité en santé publique ».

Enfin, le rapport de 2009 de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada souligne les engagements du gouvernement du Canada et de l'Agence en matière de bien-être des enfants. Précisément, ce rapport souligne les questions d'intérêt qui touchent la santé des enfants canadiens, y compris le statut socioéconomique, les occasions de développement et les risques prénataux.

Harmonisation entre les priorités et les activités actuelles

Pour traiter de ces priorités, l'Agence, la Direction générale et le Centre ont élaboré un certain nombre de plans et de stratégies.

À l'échelle de l'Agence, « le Plan sur l'équité en santé de l'Agence (2013-2016) a été élaboré en accordant la priorité au renforcement de la base de données probantes au moyen d'un processus conséquent de collecte, d'analyse et de production de rapports pour ce qui est des déterminants sociaux de la santé et des inégalités en santé. Il contribue à la réalisation de l'engagement du Canada à l'égard de la mise en œuvre d'une approche axée sur les déterminants sociaux de la santé, conformément à ce qui est énoncé dans la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé » (2011). « L'Agence a également élaboré un Plan stratégique de surveillance 2013-2016 qui énonce les priorités de l'Agence en matière de transformation de la surveillance parmi d'autres priorités. »

Les plans opérationnels et stratégiques de la Direction générale et du Centre reflètent les priorités établies par l'Agence et le gouvernement du Canada. L'une des orientations stratégiques du Cadre stratégique de 2010-2015 de la Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques est d'offrir « une base plus solide de données pour aborder les importantes questions de santé et leurs déterminants ». L'application de ces approches comprend l'évaluation de la façon dont l'état de santé varie dans l'ensemble de la population, la compréhension des conséquences directes et indirectes des déterminants de la santé sur les résultats en santé, et l'utilisation de ces connaissances pour élaborer et mettre en œuvre des politiques et des mesures pour « améliorer la santé et le bien-être de la population et réduire les inégalités sur le plan de la santé ». Aussi, le Plan stratégique (de 2014-2015 à 2016-2017) du Centre pour la promotion de la santé énonce que de traiter de la santé des mères, des enfants et des familles est une orientation stratégique clé.

4.3 Pertinence : Question 3 – Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral

Différentes autorités législatives, de programmes et de politiques précisent que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer dans les activités qui visent les populations à risque, et a la responsabilité de les exécuter, par l'entremise d'initiatives de promotion de la santé maternelle et infantile et de prévention des maladies, ainsi que les activités relatives à la surveillance de la santé publique, assurant un leadership, et échangeant des connaissances et des pratiques exemplaires.

L'Agence traite du rôle général du gouvernement fédéral en matière de promotion de la santé qui est établi dans les lois constitutives. La *Loi canadienne sur la santé* décrit l'un des principaux objectifs de la politique canadienne sur les soins de santé qui consiste « à protéger, à promouvoir et à rétablir le bien-être physique et mental des résidents du Canada ». Dans le cadre de ce mandat, la *Loi sur le ministère de la Santé* octroie au ministre de la Santé des pouvoirs, des tâches et des fonctions concernant « la promotion et le maintien du bien-être physique, mental et social de la population ». Enfin, la *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada* précise que certaines des activités que le gouvernement du Canada peut entreprendre comprennent la protection et la promotion de la santé, l'évaluation de la santé des populations, et la surveillance de la santé.

Les études spécialisées qui ont aidé à cerner les lacunes dans le système de santé publique et ultérieurement aidé à structurer le mandat de l'Agence (Lalonde 1974, Kirby 2002, Naylor 2003, Charte d'Ottawa 1986) commentent également clairement le rôle du gouvernement fédéral dans la promotion de la santé, indiquant que le gouvernement fédéral devrait avoir un rôle précis pour s'assurer que les activités de promotion de la santé sont sensibles aux considérations en matière d'équité en santé. En plus de ces rôles plus larges, le gouvernement et l'Agence ont des rôles à jouer dans la promotion de la santé et la prévention des maladies précisément liées aux femmes et à leurs enfants. L'Agence a également des rôles précis à jouer dans la surveillance de la santé publique, le leadership et l'échange de connaissances et de pratiques exemplaires.

Promotion de la santé et prévention des maladies – Cibler les populations à risque

En 1993 et 1995, respectivement, les autorités de programme pour le PACE et le PCNP ont été établies en plus d'un certain nombre d'autres programmes pour améliorer la santé et la vie des enfants, particulièrement des enfants à risque. Dans le cadre de ces autorités, l'Agence est responsable d'aider les groupes communautaires locaux dans les collectivités à haut risque à traiter des besoins en matière de santé et de développement des enfants à risque (étapes prénatales, postnatales, nourrissons, petite enfance).

Tel qu'il a été discuté dans la section 4.1 sur le besoin continu du programme, les personnes qui sont exposées à des risques nécessitent souvent plus de soutien pour s'assurer que leurs enfants ont un départ sain dans la vie. Les autorités indiquent que les personnes qui sont le plus à risque ont les plus grands besoins, et sont donc considérées comme la population cible pour ces programmes. Alors que les questions auxquelles doivent faire face les personnes à risque sont de nature complexe, les autorités de programme établissent un financement continu pour s'assurer que ces questions sont traitées dans une mesure suffisante. Les autorités de programme ont également précisé que les programmes devraient être flexibles, permettant aux collectivités de répondre aux besoins des populations à risque situées dans leurs régions.

Surveillance

La législation fournit le fondement principal de la réalisation des activités de surveillance de l'Agence. La *Loi sur le ministère de la Santé* indique clairement que le ministre a les pouvoirs, les tâches et les fonctions nécessaires en matière d'enquête et de recherche sur la santé publique. La *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada* renforce ce rôle en donnant au gouverneur en conseil le pouvoir d'établir des règlements concernant la collecte, l'analyse, l'interprétation, la publication et la distribution de renseignements relatifs à la santé publique.

Comme le confirment les autorités de politiques et de programmes pour le PACE et le PCNP, l'Agence a la responsabilité de mener une surveillance nationale en matière de santé périnatale des femmes et des nourrissons. Ces activités ont lieu par l'entremise du SCSP, lequel est un système national de surveillance continue de la santé qui vise à contribuer à l'amélioration de la santé des mères et des bébés au Canada.

D'autres activités de surveillance reflètent le rôle en matière de surveillance conféré à l'Agence par la loi. Ces activités incluent les suivantes :

- en 1996, un accord de contribution a été établi avec la Société canadienne de pédiatrie pour créer le PCSP;
- depuis 1989, le Canada participe à l'Enquête sur les CSEAS. L'Agence a un contrat avec l'équipe canadienne de recherche de l'Enquête présentement située à l'Université Queen's.

Leadership

Il existe un fondement législatif pour le rôle de leadership de l'Agence dans la promotion de la santé des mères et de leurs enfants. En vertu de la *Loi sur le ministère de la Santé*, le ministre a les pouvoirs, les tâches et les fonctions de coopérer avec les autorités provinciales dans la coordination des efforts. L'Agence a été établie en vertu de la *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada* pour aider le ministre et également favoriser la collaboration en matière de santé publique avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, d'autres pays, et des organisations internationales.

Les autorités générales de programmes et de politiques pour le PACE et le PCNP présentent en détail le rôle de leadership de l'Agence dans l'établissement et le maintien d'accords de protocole conjoints avec les ministères provinciaux et territoriaux. Ces accords de protocole fournissent un mécanisme pour que le gouvernement fédéral participe à la prestation de services relevant des provinces et des territoires. Ils soulignent la façon dont le gouvernement fédéral travaillera avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour assurer la complémentarité par opposition au dédoublement des programmes.

L'Agence joue également un rôle de leadership par ses contributions au CCES, pour lequel des autorités de programme précises existent. Établi en 2005, le CCES est un partenariat des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux du Canada qui vise à promouvoir le bien-être et la réussite des enfants et des jeunes dans les écoles. L'Agence est le représentant du gouvernement fédéral au sein du CCES et assume un rôle en matière de financement et de consultation. La contribution de l'Agence facilite le rassemblement des représentants clés des ministères des gouvernements provinciaux et territoriaux ou des ministères responsables de la santé et de l'éducation pour établir des partenariats et échanger des connaissances sur les activités relatives à la santé à l'école.

Échange de renseignements et de pratiques exemplaires

Un certain nombre d'autorités de programme soulignent l'échange de connaissances et de pratiques exemplaires comme un rôle clé que le gouvernement fédéral doit assumer dans le contexte de la santé maternelle et infantile.

En particulier, les autorités de programme originales pour le PACE et le PCNP indiquent que l'Agence doit s'assurer que les nouvelles connaissances acquises par l'intermédiaire de ces programmes seront distribuées à l'échelle nationale, qu'un ensemble de connaissances sur ces programmes efficaces sera élaboré, et qu'un échange de renseignements parmi les projets locaux

et régionaux sera facilité. Dans le cadre de ces autorités de programme, le Fonds pour les projets nationaux a été établi en 1997 pour offrir aux organisations nationales, régionales et locales un soutien financier pour mener des activités précises à court terme en leur fournissant les outils, les ressources et la formation nécessaires sur des questions précises. Bien que le Fonds pour les projets nationaux ait été éliminé en 2014-2015, les produits de connaissances élaborés continuent d'être diffusés et utilisés. D'autres renseignements sur le Fonds sont présentés à la section 4.4.2 sur le développement et l'échange des connaissances.

Le Centre pour la promotion de la santé facilite l'échange de connaissances et de pratiques exemplaires dans le cadre de ses travaux sur le CCES, l'Enquête sur les CSEAS et les questions prioritaires relatives à la santé maternelle et infantile. Au sein du Centre de prévention des maladies chroniques, les activités du SCSP et du PCSP contribuent à l'ensemble de connaissances et à la diffusion de pratiques exemplaires sur la santé maternelle et infantile.

Harmonisation du rôle avec les activités actuelles

Au cours des 20 dernières années, les rôles et les activités du PACE et du PCNP et des activités connexes sont demeurés conformes à leurs autorités originales. Les activités actuelles de l'Agence relatives aux programmes s'harmonisent avec les rôles de programmes définis dans le secteur de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chez les enfants et les mères, ainsi que les secteurs connexes de surveillance, de leadership et d'échange de connaissances et de pratiques exemplaires.

- Dans le domaine de la promotion de la santé et du bien-être des mères et des enfants, l'Agence continue d'appuyer les organisations financées par le PACE et le PCNP.
- L'Agence gère également le SCSP et le PCSP.
- En ce qui concerne l'échange de connaissances et de pratiques exemplaires, l'Agence appuyait l'élaboration de bon nombre de produits de connaissances, y compris la trousse d'outils pour la santé mentale des mères, un carnet sur l'allaitement, une brochure pour les parents et une vidéo sur le sommeil sécuritaire des nourrissons, et un programme parental intitulé *Y'a personne de parfait*. L'Agence a aussi facilité d'autres activités de diffusion des connaissances par l'entremise du CCES, de l'Enquête sur les CSEAS, du SCSP et du PCSP.
- L'Agence continue de démontrer son rôle de leadership par la gestion conjointe du PACE et du PCNP ainsi que son travail sur le CCES. D'autres détails sur ces activités sont présentés à la section 4.4.1 sur les partenariats et à la section 4.4.2 sur le développement et l'échange des connaissances.

Le rôle de l'Agence dans la promotion de la santé des enfants et des mères est complémentaire à celui des provinces et des territoires et d'autres ministères fédéraux.

L'évaluation porte sur le dédoublement, la complémentarité et les écarts touchant le PACE et le PCNP, ainsi que les activités connexes, surtout la surveillance.

Provinces et territoires, organisations non gouvernementales et communautaires

De nombreux intervenants du Canada participent à la promotion de la santé et du bien-être et à la prévention des maladies chez les mères et leurs enfants. Lorsque le PACE et le PCNP ont été établis dans les années 1990, l'un des buts de ces programmes était de mobiliser le soutien d'autres territoires de compétences par l'entremise de partenariats au nom des enfants. Des organisations de tous les ordres du gouvernement, ainsi que des organisations non gouvernementales et communautaires, travaillent à aider les enfants et les mères, mais un certain chevauchement des activités se produit. Cependant, en raison de l'ampleur et de la complexité de la question, il est approprié que de nombreuses organisations travaillent en collaboration avec ces populations.

Un examen des sites Web, des plans stratégiques et des autres documents clés des provinces et des territoires, des organisations non gouvernementales et des programmes communautaires, ainsi que des entrevues auprès d'informateurs clés et des études de cas, indiquaient que les programmes financés par le PACE et le PCNP visent généralement les populations à risque, alors que les programmes et services offerts par d'autres organisations sont souvent plus universels. Par exemple :

- les plans stratégiques élaborés par les provinces et les territoires, comme la stratégie Enfants en santé Manitoba et la Stratégie pour des enfants en santé de l'Ontario, constituent l'engagement continu des gouvernements d'appuyer le développement des jeunes enfants dans la population générale (d'autres exemples sont présentés à l'annexe 4);
- les provinces et les territoires créent des produits de développement et d'échange de connaissances qui visent le grand public par des vidéos promotionnelles et en ligne sur des sujets comme l'allaitement, le sommeil sécuritaire, des conseils aux parents, et la facilitation de l'apprentissage des jeunes enfants;
- les organisations non gouvernementales, comme l'UNICEF et le YMCA et le YWCA, disposent de plans stratégiques et de produits de développement et d'échange des connaissances qui sont de nature universelle, portant sur des conseils généraux pour les parents et un aperçu du développement des jeunes enfants;
- les programmes communautaires examinés par l'évaluation, particulièrement les programmes de l'Ontario et de la Colombie-Britannique visant la petite enfance, ciblaient la population générale, sans égard au statut socioéconomique.

Bien que la question de la santé des mères et des enfants soit vaste et complexe et qu'un certain chevauchement soit inévitable, des efforts devraient être déployés pour collaborer dans la mesure du possible pour s'assurer qu'un chevauchement inutile ne se produit pas et que les gains d'efficacité sont maximisés. Lorsque le PACE (1993) et le PCNP (1995) ont été établis, des accords de protocole avec les provinces et les territoires ont été élaborés pour énoncer clairement les rôles et les responsabilités. Le but de ces protocoles était de s'assurer que les services fournis par le gouvernement fédéral étaient complémentaires aux services existants disponibles dans les collectivités, plutôt que de créer un chevauchement.

Parallèlement, des comités conjoints de gestion (CCG) ont également été établis entre le gouvernement fédéral et chaque province et territoire pour réduire le chevauchement et s'assurer que les organisations travaillaient en collaboration dans l'environnement complexe de la santé maternelle et infantile. Une récente vérification interne a souligné que le rôle, bien qu'encore actif, des CCG s'est transformé au fil du temps et qu'un examen plus approfondi de leur rôle actuel est justifié. Les occasions d'accroître l'efficacité de ces structures de gouvernance sont traitées à la section 4.5 sur l'économie et l'efficacité.

Ministères fédéraux

Un examen des plans stratégiques, des sites Web et des initiatives^{vi} d'autres ministères fédéraux (si disponibles) pour les enfants et les mères indique que le rôle joué par les autres ministères fédéraux est complémentaire à celui de l'Agence.

Les travaux réalisés dans d'autres ministères tendent à cibler des populations précises ou des créneaux précis qui ne font pas partie de la portée du PACE et du PCNP. En particulier, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada mène des activités semblables au PACE et au PCNP, dans la plupart des cas les autorités pour ses programmes ayant été établies dans les mêmes documents que le PACE et le PCNP. Toutefois, les Autochtones dans les réserves représentent la population cible, alors que le PACE et le PCNP ciblent les populations autochtones qui ne vivent pas dans les réserves. Les informateurs clés ont indiqué que les occasions d'intégration sont limitées, mais que les représentants des deux groupes siègent à un comité directeur qui offre une occasion d'échanger des renseignements.

Un examen limité des plans stratégiques disponibles et des sites Web d'autres ministères comme Affaires autochtones et du Nord Canada; Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada; et Instituts de recherche en santé du Canada, révèlent qu'alors qu'ils travaillent dans le secteur de la santé maternelle et infantile, leurs activités semblent cibler des domaines qui sont différents de ceux du PACE et du PCNP. D'autres renseignements sur les travaux de ces autres ministères sont présentés à l'annexe 4. Les informateurs clés des études de cas ont indiqué qu'il pourrait être utile d'assurer une collaboration et une coordination accrues entre les ministères fédéraux alors que d'autres ministères (p. ex. Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada) offrent des services aux mêmes sites que le PACE et le PCNP.

Le SCSP mène des activités de surveillance en collaboration avec Statistique Canada. Les informateurs clés internes et externes conviennent que cette collaboration est complémentaire en raison de la nature de leur relation. Le SCSP accède à des données statistiques vitales et à des données sur l'hospitalisation par l'entremise d'accords à l'échelle organisationnelle avec Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé, respectivement. Le SCSP utilise des lettres d'accord interministérielles pour obtenir des fichiers personnalisés contenant des données optimales de surveillance de la santé maternelle et infantile. Bien que les deux

^{vi} Cet examen était fondé sur les renseignements disponibles en ligne obtenus grâce à des recherches sur les sites Web pertinents des ministères. Ainsi, les renseignements inclus pourraient ne pas être complets, selon l'intégralité des renseignements disponibles en ligne. Des entrevues auprès d'informateurs clés ont été menées lorsque jugées appropriées pour explorer plus en profondeur les questions de chevauchement et de complémentarité.

groupes produisent des rapports sur des sujets d'intérêt pour la santé maternelle et infantile, Statistique Canada est davantage axé sur l'analyse statistique des données disponibles alors que le SCSP utilise les données de Statistique Canada, mais fournit le contexte de santé publique.

Au sein de l'Agence, il y a également un certain nombre d'autres secteurs de programme qui mènent des activités dans le secteur de la santé maternelle et infantile, y compris le PAPACUN, l'Initiative de lutte contre la violence familiale et des travaux dans le domaine de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale et de la prévention des blessures. Le PAPACUN est d'un intérêt particulier puisqu'il est cositué (avec le PACE et le PCNP) dans un certain nombre de sites et mène des activités similaires auprès d'enfants autochtones vivant hors des réserves dans la même tranche d'âge que le PACE, mais en étant axé sur la préparation à l'école dans un environnement préscolaire. Certains éléments indiquent que le PACE, le PCNP et le PAPACUN collaborent à l'échelle nationale. Par exemple, certains outils de mesure du rendement (OMRPDE) sont combinés pour tous les programmes, et les informateurs clés internes ont indiqué que l'établissement de structures de gouvernance des programmes (comité de gouvernance des programmes et comité de gestion des programmes) en juillet 2014 fournit une orientation stratégique pour le PACE, le PCNP, le PAPACUN et les activités relatives à l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale pour s'assurer que les programmes avancent vers les mêmes buts.

Le PACE, le PCNP, le PAPACUN et les autres activités en matière de santé maternelle et infantile sont situés dans le Centre pour la promotion de la santé de la Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques. Les objectifs clés et les activités pour ces secteurs de programme sont intégrés dans le plan stratégique 2014-2015 à 2016-2017 de la Direction générale. Il pourrait être possible pour ces autres secteurs de programme de miser sur les ressources du PACE et du PCNP pour faire avancer leurs initiatives. Comme les informateurs clés l'ont indiqué, il pourrait valoir la peine d'examiner d'autres façons d'utiliser le PACE et le PCNP comme plateforme pour faire avancer les autres priorités de l'Agence (voir la section 4.5.1 sur l'économie et l'efficacité).

4.4 Rendement : Question 4 – Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

4.4.1 Partenariats – Dans quelle mesure les organisations de différents secteurs ont-elles collaboré?

Les organisations financées par le PACE et le PCNP ont créé, maintenu et élargi leur collaboration multisectorielle et plurigouvernementale. Ces partenariats ont mené à des améliorations de la prestation des programmes.

Les partenariats font partie du fondement sur lequel le PACE et le PCNP ont été établis dans les années 1990. Plus récemment, le Centre pour la promotion de la santé a inclus ce principe dans son plan stratégique de 2014 : « Grâce aux partenariats, les collectivités disposent des capacités pour joindre les populations vulnérables et promouvoir la santé maternelle, infantile et familiale. »

Partenariats et collaboration à l'échelle des sites des projets PACE et PCNP

En général, les organisations financées par le PACE et le PCNP ont été en mesure de créer, de maintenir et d'élargir des partenariats multisectoriels^{vii}. Ces partenariats font partie d'un réseau complet de soutien communautaire qui relie les familles et les enfants dans le besoin avec des services sociaux et de santé supplémentaires. Les contributions des partenaires peuvent varier du soutien financier à des programmes conjoints, en passant par les ressources concrètes (voir section 4.5 sur l'économie et l'efficacité).

Le sondage sur l'OMRPDE de 2013-2014 a permis d'établir que 90 % des organisations financées par le PACE et le PCNP ont travaillé avec plus de 3 types différents de partenaires dans leur collectivité. Le tableau 5 ci-dessous fournit une liste des 5 types les plus fréquents d'organisations partenaires avec lesquelles les organisations financées par le PACE et le PCNP s'engagent. Le tableau montre que les organisations de santé (y compris les centres de santé communautaires, les cliniques et les unités de santé publique) représentent le type de partenaire le plus commun pour 80 % des organisations financées par le PACE et 92 % des organisations financées par le PCNP respectivement. En moyenne, les organisations financées par le PACE ont 24 partenaires communautaires alors que les organisations financées par le PCNP ont 26 partenaires communautaires.

Tableau 5 : Types de partenaires des sites de projets multisectoriels

PACE	%	PCNP	%
Organisme de santé (p. ex. centre de santé communautaire, clinique, unité de santé publique)	80	Organisme de santé (p. ex. centre de santé communautaire, clinique, unité de santé publique)	92
Établissement d'enseignement (p. ex. école, université)	67	Organisme communautaire	63
Organisme communautaire	65	Banque alimentaire, banque de vêtements ou organisme similaire	63
Bibliothèque, organisme d'alphabétisation	54	Centre de ressources familiales, centre de la petite enfance	61
Centre de ressources familiales, centre de la petite enfance	51	Services de protection de l'enfance et services aux enfants et aux familles	57

Les informateurs clés et les études de cas indiquaient que le maintien et l'élargissement des partenariats ont été cruciaux pour la durabilité de bon nombre des organisations financées. Les informateurs clés des organisations financées ont souligné le fait que cela est particulièrement vrai puisque le montant du financement des programmes de parrainage, comme le PACE et le PCNP, est demeuré sensiblement inchangé depuis de nombreuses années.

^{vii} Il existe une grande diversité de processus et de pratiques de collaboration, autant formels qu'informels, et qui peuvent prendre la forme de partenariat, de réseautage, de coopération, de coordination ou de coalition.

Avantages des partenariats à l'échelle du site des projets du PACE et du PCNP

Les partenaires appuient les organisations financées par le PACE et le PCNP dans la prestation d'un continuum complémentaire de services traitant des besoins des enfants, des mères et des familles. Des informateurs clés ont indiqué que des partenariats ont permis aux organisations financées de créer des programmes et des structures qui améliorent leur capacité d'offrir leurs programmes pour appuyer la santé des mères et des enfants et d'obtenir des ressources supplémentaires (pour le recours au levier financier, voir la section 4.5 sur l'économie et l'efficacité).

Dans le cadre des sept études de cas réalisées, les membres du personnel des sites de projets ont parlé des avantages des partenariats de fournir un service homogène aux clients et de les mettre en contact avec d'autres services sociaux qui pourraient être nécessaires, éliminant ainsi les obstacles et adaptant les services aux besoins des clients. De multiples partenaires ont indiqué être très satisfaits et que les sites de prestation du PACE et du PCNP sont essentiels au bien-être de la collectivité.

Les évaluations régionales antérieures démontraient les avantages des partenariats. Une évaluation régionale du PACE (Saskatchewan, 2012) indiquait que les partenaires communautaires étaient très satisfaits de leur partenariat avec les organisations financées par le PACE et qu'ils étaient d'une grande valeur. Elle encourageait les organisations financées par le PACE à maintenir des partenariats communautaires solides et à travailler pour établir des partenariats supplémentaires. En Alberta (2013-2014), le rapport de surveillance du PACE et du PCNP indiquait que bon nombre des organisations financées participaient à d'autres groupes et organismes communautaires, profitaient de personnel prêté et de dons de locaux physiques et de ressources, et apprenaient par l'entremise d'ateliers éducatifs offerts par les organisations partenaires. Il concluait que les partenariats pouvaient être le facteur unique le plus important dans la prestation réussie du PACE et du PCNP.

Les examens des documents et les entrevues auprès des intervenants clés ont permis d'établir qu'à l'aide du soutien de l'Agence, des liens nationaux et régionaux ont été établis parmi les organisations financées par le PACE et le PCNP. Des exemples de ces liens comprennent les suivants : le réseau de l'Ontario des projets du PACE et du PCNP, la coalition du PACE et du PCNP de l'Alberta, la société du PACE de la Colombie-Britannique, le réseau nord-est pour les enfants et les jeunes de Cap-Breton, et le réseau national des projets du PACE et du PCNP.

De précieux partenariats ont été établis et maintenus grâce à des activités connexes en santé maternelle et infantile.

D'autres activités connexes en santé maternelle et infantile ont permis d'établir des partenariats clés et des collaborations et d'en tirer profit pour appuyer une mise en œuvre efficace des programmes.

Consortium conjoint pour les écoles en santé

L'Agence appuie le CCES. Cette initiative est un partenariat unique composé de décideurs des ministères fédéraux, provinciaux et territoriaux dans deux secteurs (santé et éducation) qui travaillent ensemble pour promouvoir le bien-être et la réussite des enfants et des jeunes dans un environnement scolaire.

Des informateurs clés internes et externes ont indiqué que les différentes activités entreprises par le CCES ont accru la collaboration pancanadienne et intersectorielle. Par exemple, à l'échelle du travail, chaque province ou territoire a nommé un coordonnateur de la santé à l'école. Le comité des coordonnateurs de la santé à l'école du CCES a servi de forum pancanadien pour faire avancer des initiatives complètes en santé à l'école dans l'ensemble du Canada. Le CCES fournit une occasion unique pour l'Agence d'interagir avec les ministères provinciaux et territoriaux de l'Éducation.

Des informateurs clés ont indiqué que les membres du CCES et le personnel sont perçus comme des agents de liaison qui aident les organisations à trouver d'autres organisations et à collaborer avec elles. Le CCES a participé à de nombreuses initiatives avec bon nombre de partenaires.

Les partenaires incluaient :

- à l'échelle nationale : l'Association canadienne d'éducation, le Partenariat canadien contre le cancer, la Fédération canadienne des enseignantes et des enseignants, l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, PartipACTION, Éducation physique et Santé Canada, et le Réseau pour la promotion de relations saines et l'élimination de la violence;
- à l'échelle internationale, y compris d'autres gouvernements nationaux et des organisations multinationales : l'Australie, les États-Unis, l'Angleterre, l'Écosse, la Nouvelle-Zélande, l'Organisation panaméricaine de la santé, Schools for Health in Europe, les Nations Unies et l'OMS.

Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants d'âge scolaire

L'Enquête sur les CSEAS est une enquête scolaire internationale réalisée au Canada ainsi que dans 43 autres pays d'Europe et d'Amérique du Nord. Au Canada, l'équipe de recherche pluriuniversitaire comprend des chercheurs, du personnel et des étudiants et se trouve présentement à l'Université Queen's dans le Groupe d'évaluation des programmes sociaux ainsi qu'à l'Université McGill à Montréal. Les chercheurs, décideurs et collaborateurs qui participent à l'Enquête ont fait équipe pour accroître la compréhension de la santé et du bien-être des jeunes, y compris les comportements qui influent sur la santé.

L'une des activités de l'Enquête est d'établir des partenariats avec d'autres organisations qui traitent de la santé des adolescents afin d'appuyer les efforts de promotion de la santé auprès des populations d'enfants d'âge scolaire. Les partenariats clés incluent notamment d'autres établissements universitaires (Université de Waterloo, Université McGill et Université de la Colombie-Britannique), l'OMS et la Commission des étudiants du Canada.

Un partenariat clé de l'Enquête a été établi avec les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et de l'Éducation par l'intermédiaire du CCES.

- Les membres du CCES fournissent des conseils et du soutien aux chercheurs de l'Enquête par l'intermédiaire du comité consultatif de recherche sur les CSEAS. Les informateurs clés de l'équipe de l'Enquête ont indiqué que ces conseils et ce soutien aident à bien ancrer l'Enquête sur les CSEAS quant à la satisfaction des besoins des professionnels de la santé et de l'éducation.
- Les membres du CCES font la promotion de l'Enquête sur les CSEAS dans leurs territoires de compétence respectifs afin que les chercheurs de l'Enquête aient accès aux administrations scolaires et aux écoles individuelles. Des informateurs clés ont indiqué que cette collaboration a entraîné l'élargissement des échantillons de l'Enquête de 2010 (9 000 à 26 000) et de 2014 (26 000 à près de 30 000). Au bout du compte, les chercheurs de l'Enquête ont été plus en mesure de recueillir des données provinciales ou territoriales en tenant compte du fait que les provinces ou les territoires participent à cette Enquête, augmentant ainsi la taille de l'échantillon étudiée et la distribution géographique. Lorsqu'une province ou un territoire a un secteur d'intérêt particulier ou un point d'intérêt pour un rapport ou préfère un échantillon beaucoup plus grand pour examiner les régions dans une province, pour un léger investissement supplémentaire pour le suréchantillonnage, cette province ou ce territoire peut obtenir des données de qualité pour un coût relativement faible sur les questions actuelles de santé.
- De plus, une fois qu'un rapport sur les données de l'Enquête a été produit, le CCES appuie la diffusion des renseignements de l'Enquête en s'assurant que ces rapports reviennent dans leur territoire de compétence afin de servir de base de données probantes pour l'orientation stratégique et la prise de décisions.

Système canadien de surveillance périnatale

Le SCSP, géré au sein du Centre de prévention des maladies chroniques, est un processus continu et systématique de collecte des données, d'analyse et d'interprétation des renseignements qui est effectué en partenariat avec Statistique Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les gouvernements provinciaux et territoriaux, des organisations professionnelles de la santé, et des chercheurs universitaires.

La nature de ces partenariats est soulignée ci-après.

- Le SCSP utilise de façon considérable des données statistiques vitales et des données sur l'hospitalisation disponibles à l'Agence par l'entremise d'accords organisationnels existants conclus avec Statistique Canada et l'ICIS, respectivement. Il utilise également des lettres d'entente interministérielle conclue avec Statistique Canada pour obtenir des fichiers personnalisés en vue de mener une surveillance optimale de la santé des mères et des enfants (fichier couplé des naissances et des décès, fichier couplé de mortalité maternelle).

- Particulièrement, en ce qui concerne la surveillance des anomalies congénitales, le SCSP met en place des protocoles d'entente avec les provinces et les territoires du pays pour l'échange de données et le renforcement de la capacité de surveillance à l'échelle nationale.
- Depuis sa création en 1995, un comité directeur fournit une expertise continue qui s'applique à la surveillance de la santé périnatale à l'Agence. Les membres multidisciplinaires et multisectoriels du comité directeur comprennent des représentants experts d'associations professionnelles nationales de la santé, des gouvernements provinciaux et territoriaux, des groupes de consommateurs et de défense des droits, des ministères fédéraux, ainsi que des experts canadiens et internationaux de la santé périnatale et de l'épidémiologie.

Des informateurs clés internes ont indiqué que le SCSP complète les programmes communautaires (PACE et PCNP) en fournissant une base de données probantes pour l'élaboration de programmes et de politiques de santé au sein de l'Agence. De même, il appuie d'autres programmes de santé maternelle et infantile au sein du Centre pour la promotion de la santé en fournissant des données pour appuyer l'Initiative sur l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale et en utilisant des rapports précis (p. ex. Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité) pour mettre à jour les lignes directrices nationales, comme *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales*. De plus, la surveillance de la santé périnatale guide les efforts de prévention dans d'autres domaines, comme les maladies chroniques, étant donné que les événements de santé qui se produisent tôt pendant le développement du fœtus (p. ex. gain de poids et diabète pendant la grossesse) peuvent mener à une mauvaise santé plus tard, autant chez la mère que le bébé.

Le SCSP collabore aussi à des études et à des initiatives spéciales avec des intervenants clés en dehors de l'Agence. Par exemple, il a mené des analyses des décès infantiles pour déterminer les taux de syndrome de mort subite du nourrisson au Canada, lesquelles appuyaient l'*Énoncé conjoint sur le sommeil sécuritaire : Prévenir les décès subits des nourrissons au Canada* (2011). Cet énoncé a été élaboré en collaboration avec des experts nord-américains dans le domaine du syndrome de mort subite du nourrisson, la Société canadienne de pédiatrie, la Fondation canadienne pour l'étude de la mortalité infantile, l'Institut canadien de la santé infantile et Santé Canada, à l'aide des commentaires d'intervenants provinciaux, territoriaux, nationaux et régionaux en santé publique de l'ensemble du pays.

Programme canadien de surveillance pédiatrique

Le PCSP est un projet conjoint de l'Agence et de la Société canadienne de pédiatrie. Par l'entremise de ce partenariat, le PCSP est en mesure de sensibiliser la collectivité pédiatrique pour obtenir des renseignements et traiter des besoins en matière de renseignements de l'Agence et des épidémiologistes et des scientifiques externes.

Les priorités de l'importance de la santé médicale publique sont déterminées conjointement par la Société canadienne de pédiatrie et l'Agence, avec l'appui du comité directeur (lequel supervise le programme et se rencontre deux fois par année pour examiner les propositions) et du groupe de travail. Le comité directeur comprend des experts des hôpitaux, de collectivités et de différentes sous-spécialités en pédiatrie.

En matière de partenariats au sein du portefeuille élargi de la Santé, l'Agence a une lettre d'entente annuelle interministérielle avec Santé Canada relativement à l'utilisation du PCSP pour surveiller les effets indésirables d'un médicament chez les enfants. Aussi, il existe une collaboration interne avec les secteurs de programme connexes de Santé Canada et de l'Agence sur des questions comme la prévention des blessures.

Le PCSP est membre du réseau international des unités de surveillance pédiatrique (INoPSU) qui fait la promotion d'une collaboration accrue entre les 12 unités nationales de surveillance pédiatrique du monde entier qui sont membres à part entière, soit l'Australie, la Grande-Bretagne, le Canada, Chypre et la Grèce, l'Allemagne, l'Irlande, la Lettonie, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, le Portugal, la Suisse et le pays de Galles. En participant au réseau INoPSU, le PCSP contribue à l'avancement des connaissances sur les infections et les troubles infantiles peu communs et la participation des pédiatres à la surveillance à l'échelle nationale et internationale.

4.4.2 Développement et échange de connaissances – Dans quelle mesure les praticiens en développement de la petite enfance et en santé publique et les universitaires accèdent-ils et utilisent-ils des produits de connaissances pour favoriser la santé des mères, des enfants et des familles?

Le Centre pour la promotion de la santé a collaboré avec des intervenants pour créer des produits de connaissance fondés sur des données probantes et les diffuser aux publics cibles pour promouvoir la santé des mères et des enfants. Il existe des occasions d'établir des priorités stratégiques en matière de développement et d'échange de connaissances pour maximiser l'impact des investissements.

Entre avril 2010 et mars 2015, la DEJ, souvent en collaboration avec les opérations régionales, a élaboré une gamme de produits de connaissances pour appuyer la prestation du PACE et du PCNP et fournir aux familles canadiennes des renseignements pour améliorer leur santé et leur bien-être. Les produits ciblaient les parents, les fournisseurs de soins, les praticiens en santé, les femmes enceintes ou ceux prévoyant l'être, le personnel des projets PACE et PCNP, des bénévoles et d'autres intervenants participants aux programmes communautaires. Consultez l'annexe 5 pour une liste des produits de connaissances créés ou révisés entre 2010-2011 et 2014-2015.

Financement du développement et de l'échange de connaissances au sein de la DEJ

De 2010 à 2014, le FPN était l'une des sources de financement pour les travaux de développement et d'échange de connaissances au sein de la Division. Ce fond de 1,9 million de dollars par année (G et C) a été établi en 1997 pour cerner et appuyer des initiatives limitées dans le temps en vue d'élaborer des outils, des ressources et du soutien pour le PACE et le PCNP pour répondre aux questions communes et émergentes cernées par les organisations financées à l'échelle du Canada.

Les produits créés en vertu du FPN ont été terminés en partenariat avec des organisations externes, par des accords de contribution, et structurés pour inclure une représentation des milieux de recherche, universitaire et de pratique, y compris une représentation obligatoire des organisations financées par le PACE et le PCNP. Certains des partenaires participant à l'élaboration de ces produits du FPN comprennent le Centre de santé IWK, l'Association des femmes inuites du Canada, Parachute et les Canadian Collaborating Centres for Injury Prevention (CCCIP). Le financement pour le FPN a été réduit en 2013-2014 et éliminé complètement en 2014-2015. Pendant la période visée pour cette évaluation, on comptait 10 accords de contribution actifs du FPN.

Le Centre pour la promotion de la santé utilisait également d'autres sources de financement interne pour appuyer l'élaboration de produits de connaissances de 2010 à 2015. Certains des partenaires participant à l'élaboration de ces produits comprennent la Société canadienne de pédiatrie, le Comité canadien pour l'allaitement, Santé Canada et l'Institut canadien de la santé infantile. En raison de l'élimination du FPN, bien qu'il n'y ait maintenant aucune ressource financière fixe consacrée au développement et à l'échange des connaissances, les efforts de développement et d'échange des connaissances sont financés par le truchement de ressources de F et E internes.

Exemples de projets clés financés

Trousse d'outils sur la santé mentale des mères

La trousse d'outils sur la santé mentale des mères était l'un des produits clés élaborés grâce au FPN entre 2010 et 2015. Il s'agit d'une ressource publique pour l'éducation des mères ayant des problèmes de santé mentale, la défense de leurs droits et le soutien au traitement, et vise à appuyer les intervenants qui travaillent avec des familles et des mères vulnérables. La trousse a été élaborée en 2010 par des professionnels des soins de santé du Service de santé mentale en matière de reproduction du centre IWK. L'Agence a fourni un financement de 777 490 \$ sur 2 ans pour financer la création de ce matériel.

Depuis 2013-2014, la formation pour appuyer la mise en œuvre de la trousse a été offerte par l'entremise d'ateliers en anglais et en français à 980 personnes au Canada, y compris toutes les organisations financées par le PACE et le PCNP, certains participants du PAPACUN et des partenaires régionaux sélectionnés. La majorité des organisations financées visitées dans le cadre des études de cas pour cette évaluation soulignaient la valeur de cette formation.

Dans un sondage réalisé par le programme en 2015 auprès d'un groupe de bénéficiaires du financement du PACE et du PCNP, 51 % d'entre eux ont indiqué être familiers avec la trousse d'outils pour la santé mentale des mères. Selon une analyse Web, les taux de sensibilisation étaient plus élevés dans les provinces de l'Atlantique. Ce taux supérieur est probablement attribuable au fait qu'il a été élaboré dans cette région et suggère qu'il pourrait y avoir des possibilités d'élargir sa portée dans d'autres régions. Des répondants qui ont signalé connaître l'outil, 74 % l'ont utilisé au moins 1 fois depuis mars 2014. Les répondants ont indiqué qu'il a été utilisé pour échanger des renseignements sur la santé avec des clients, des étudiants, des parents et des participants aux programmes (89 %) ou d'autres collègues et professionnels de la santé. Des niveaux modérés d'utilisation ont été signalés pour établir ou mettre à jour la procédure ou la pratique professionnelle à l'échelle organisationnelle (38 %) et élaborer des initiatives ou des messages de promotion (24 %). La satisfaction quant à la trousse est très élevée, au moins 96 % des répondants indiquant qu'ils sont d'accord ou fortement en accord avec toutes les catégories de satisfaction, y compris que le produit a comblé un écart en matière de connaissances qui existait pour la question de la santé mentale des mères.

Puisque ce produit est la propriété du Centre de santé IWK, et non de l'Agence, la trousse est présentement disponible sur le site Web du Centre. Selon des informateurs clés internes, cette approche limite la capacité de l'Agence de s'assurer que la documentation est tenue à jour et que la formation associée à leur prestation est en cours. Elle restreint également sa capacité de surveiller régulièrement l'intégration ou l'impact.

Divers produits pour un sommeil sécuritaire et l'allaitement

Au-delà du FNP, l'Agence a également investi des ressources pour élaborer et diffuser des produits relatifs à un sommeil sécuritaire et à l'allaitement, notamment :

- « Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel – Un guide pratique pour les programmes communautaires (2^e édition) » (2014);
- produits pour un sommeil sécuritaire [Sommeil sécuritaire pour votre bébé – Brochure (2010, révisée en 2014); *Sommeil sécuritaire pour votre bébé – la vidéo* (2012); et *Énoncé conjoint sur le sommeil sécuritaire : Prévenir les décès subits des nourrissons au Canada* (2011).
- brochure « 10 conseils utiles pour réussir l'allaitement maternel » (2009) et brochure « 10 bonnes raisons d'allaiter votre bébé » (2009)^{viii}.

Les renseignements recueillis par le sondage sur l'OMRPDE de 2013-2014 indiquent qu'un nombre important d'organisations financées par le PACE et le PCNP du Canada utilisent au moins un de ces produits pour échanger des renseignements avec les clients, les étudiants, les parents ou les participants, d'autres collègues ou praticiens en santé, la famille et les amis. Les plus hauts taux d'utilisation ont été signalés pour la brochure à l'intention des parents *Sommeil sécuritaire pour votre bébé* (45 % parmi les répondants du PACE et 76 % parmi les répondantes du PCNP) et les brochures sur l'allaitement, y compris *10 bonnes raisons d'allaiter votre bébé*

^{viii} Bien que les deux brochures sur l'allaitement ne correspondent pas tout à fait à la période visée de la présente évaluation, elles sont incluses ici étant donné leur pertinence continue et leur utilisation.

(37 % pour les répondants du PACE et 80 % pour les répondantes du PCNP) et *10 conseils utiles pour réussir l'allaitement maternel* (34 % pour les répondants du PACE et 77 % pour les répondantes du PCNP).

Pour évaluer l'utilisation des connaissances et la satisfaction des produits pour un sommeil sécuritaire et l'allaitement, un sondage a été envoyé à 588 bénéficiaires du financement PACE ou PCNP et une liste de plus de 1 500 bénéficiaires connus de produits de développement des connaissances (taux de réponse de 23 % ou 479 répondants).

- Les résultats du sondage montrent que parmi ceux qui étaient familiers avec ces ressources, 98 % avaient lu la brochure à l'intention des parents, 84 % avaient regardé la vidéo et 97 % avaient lu l'Énoncé conjoint.
- Ce sondage a également démontré que pour le document « Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel – Un guide pratique pour les programmes communautaires (2^e édition) » (2014), 28 % des personnes étaient familières avec le cahier, bon nombre l'ayant lu (85 %), compris (90 %) ou utilisé au moins 1 fois depuis son lancement en mars 2014 (67 %). Le cahier a été le plus fréquemment utilisé pour échanger des renseignements sur la santé avec des clients, des étudiants, des parents et des participants aux programmes (72 %) ou d'autres collègues et professionnels de la santé (52 %). Le cahier servait aussi à établir une pratique professionnelle et des procédures (36 %), à élaborer des messages ou des initiatives sur la santé (27 %) et à guider l'élaboration ou la révision de politiques dans leur organisation (23 %).

Un examen des données d'impression et de distribution relatives aux produits pour un sommeil sécuritaire et l'allaitement indique que, à différents moments, la demande a dépassé l'offre pour les trois brochures, ce qui indique que la demande pour des produits de connaissances imprimés persiste malgré les récentes tendances visant à promouvoir l'accès en ligne aux renseignements sur la santé.

Un autre produit prénatal connexe intitulé *Le guide pratique d'une grossesse en santé* (2008, révisé en 2012) cible les femmes enceintes ou celles qui prévoient l'être. Il a été distribué aux organisations financées par le PACE et le PCNP. Les données recueillies par l'intermédiaire du sondage sur l'OMRPDE de 2013-2014 illustrent que 48 % des répondants du PACE et 72 % des répondantes du PCNP le connaissaient, et 29 % des répondants du PACE et 68 % des répondantes du PCNP indiquaient l'avoir utilisé.

Y'a personne de parfait

Un produit clé élaboré en dehors de la période visée par la présente évaluation, mais qui continue de s'appliquer à l'Agence et au public cible, est le programme *Y'a personne de parfait*. Ce produit est un programme de soutien et d'éducation parentale communautaire élaboré précisément pour les parents vulnérables d'enfants de la naissance à 5 ans, et est généralement offert par un facilitateur formé auprès de petits groupes de parents lors de séances hebdomadaires sur une période de 6 à 8 semaines. Il a été élaboré au début des années 1980 par l'Agence (alors Santé et Bien-être social Canada) et les 4 ministères provinciaux de la Santé de l'Atlantique. Il a été présenté à l'échelle nationale en 1987.

L'Agence en est propriétaire, mais ce sont les provinces et les territoires qui en assurent la prestation dans l'ensemble du pays. Les taux de prestation du produit varient dans l'ensemble du pays. Selon une évaluation de 2014-2015 des activités de développement et d'échange des connaissances utilisant le sondage sur l'OMRPDE de 2013-2014, 40 % des organisations financées par le PACE et 30 % des organisations financées par le PCNP offrent le programme, les taux de prestation variant entre 49 % au Manitoba et en Saskatchewan et 21 % dans la région de l'Atlantique. Il pourrait y avoir des occasions de mieux comprendre cette variation et d'élargir potentiellement la portée dans certaines régions.

L'Agence appuie les occasions de formation et d'apprentissage pour les facilitateurs et les formateurs afin d'améliorer les connaissances et les compétences de ceux qui offrent le programme *Y'a personne de parfait*. La satisfaction globale à l'égard des événements d'apprentissage en personne était élevée. Par exemple, la rétroaction obtenue dans un sondage auprès d'intervenants mené par le programme (2015) démontre que l'approche actuelle de la formation et que le matériel fourni sont grandement efficaces et ont un impact modéré sur la pratique personnelle et professionnelle. Le recours par les formateurs et les facilitateurs aux événements et aux ressources visaient le plus fréquemment à échanger des renseignements avec d'autres praticiens de la santé, des clients, des parents et des participants aux programmes, à guider ou à rajuster la pratique professionnelle, et à faciliter le programme.

Des entrevues auprès d'informateurs clés et des études de cas, ainsi qu'une étude d'impact de 2009 sur *Y'a personne de parfait* démontrent que le programme continue d'obtenir un succès considérable dans l'amélioration de la capacité des parents d'élever des enfants en santé. Plus précisément, l'étude d'impact de 2009 a permis de découvrir que le programme contribuait à l'amélioration d'un certain nombre de résultats parentaux qui sont constamment associés à des résultats supérieurs chez les enfants, comme la confiance et l'image de soi des parents et les capacités d'adaptation.

Établissement des priorités à l'avenir

Selon l'évaluation de 2014-2015 des activités de développement et d'échange des connaissances, les produits élaborés jusqu'à présent ont atteint la population cible et démontré des résultats positifs. Récemment, la DEJ a travaillé à la documentation des besoins et des priorités pour les activités de développement et d'échange des connaissances. Elle reconnaît le besoin de mettre en place un plan pour s'assurer qu'une approche stratégique est prise dans le cadre de la planification des activités de développement et d'échange des connaissances et la production de rapport sur le sujet au sein de la DEJ à l'avenir. Les évaluations antérieures de la DEJ ont permis de noter le besoin d'examiner les activités de développement et d'échange des connaissances par l'entremise de la planification stratégique. Cet écart est particulièrement important à la lumière de l'élimination du financement du FNP en 2014-2015 et d'autres réductions du financement pour les activités de développement et d'échange des connaissances en matière de santé maternelle et infantile au sein de la Division.

Des informateurs clés ont cerné un certain nombre de défis qui pourraient être surmontés grâce à une meilleure planification stratégique horizontale du développement et de l'échange des connaissances au sein de la DEJ pour cerner les priorités. Ils ont indiqué qu'il y avait un besoin pour ce qui suit :

- cerner les écarts de connaissances et élaborer de nouveaux produits de connaissances ou adapter ceux qui existent déjà pour répondre aux besoins, y compris l'adaptation pour d'autres publics s'il y a lieu;
- s'assurer que le contenu du produit demeure actuel par une révision et un examen réguliers;
- sensibiliser aux produits de connaissances au-delà des organisations financées par le PACE et le PCNP auprès des systèmes élargis de services sociaux et de services de santé publique;
- consulter les intervenants pour s'assurer que les efforts sont complémentaires;
- travailler avec des partenaires pour élargir la portée des produits de connaissances.

Aussi, une évaluation des activités de développement et d'échange de connaissances entreprises par l'entremise du PACE, du PCNP et des activités associés^{ix} a été réalisée en 2014-2015 pour appuyer la présente évaluation. Cette évaluation fournissait des paramètres de rendement pour les documents jugés importants pour l'Agence selon le personnel des sites des projets. Pour appuyer la future planification stratégique du développement et de l'échange de connaissances et la production de rapports, il faut s'assurer que les efforts de développement et de l'échange de connaissances continuent d'être surveillés et mesurés d'une façon systématique, peut-être par l'intermédiaire de l'OMRPDE et en consultation avec les partenaires.

D'importantes réussites en matière de développement et d'échange de connaissances ont été réalisées grâce à des activités connexes en santé maternelle et infantile.

D'autres activités connexes en santé maternelle et infantile ont été efficaces dans le soutien et la réalisation de recherches et l'échange de connaissances pour promouvoir l'intégration des résultats de recherche.

Consortium conjoint pour les écoles en santé

Une des activités clés du CCES est de faciliter l'élaboration et la diffusion de meilleures pratiques et de renseignements faisant la promotion d'approches complètes en matière de santé à l'école. Des informateurs clés ont indiqué que les participants au CCES ont collectivement appris les uns des autres et établi des ressources de premier plan ensemble.

^{ix} Menée par la DEJ, elle comprenait une analyse des données du sondage sur l'OMRPDE, un rapport de diffusion du Centre de distribution de Santé Canada, une analyse Web, un examen des citations, et deux sondages sur l'accès, l'utilisation et la satisfaction (auprès des bénéficiaires du financement du PACE et du PCNP et des utilisateurs externes).

Des exemples de produits clés de connaissances produits et diffusés par l'intermédiaire des activités et des réseaux multisectoriels et plurigouvernementaux du CCES au cours des cinq dernières années sont présentés ci-dessous. Des produits de connaissances sont également disponibles sur le site Web du CCES à l'adresse <http://www.jcsh-cces.ca>.

- La trousse sur l'engagement des jeunes (2014) montre l'importance de la mobilisation des jeunes pour l'apprentissage.
- Le document *Le milieu scolaire comme terrain propice à la promotion de la santé mentale positive : Meilleures pratiques et perspectives*, 2^e édition (2013) examine les meilleures approches dans l'environnement scolaire pour la santé mentale.
- Des articles sur le planificateur des écoles en santé ont été publiés dans le *Canadian Association of Principals Journal on Comprehensive School Health (Le planificateur des écoles en santé - été 2013)* comme « The JCSH Healthy School Planner: Learning how to assess the health of your school », *Comprehensive School Health in six priority areas: The work of an Education and Health partnership* » et « National Perspectives on Comprehensive School Health: What's the Value of Your School? ».
- Entre 2009 et 2015, de nombreuses autres trousse d'outils et fiches-conseils sur des sujets comme l'usage de substances et l'activité physique ont été produites et continuent d'être diffusées.

Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants d'âge scolaire

L'objectif de l'Enquête est d'accroître les connaissances et la compréhension à l'égard de la santé et du bien-être des jeunes (de 11 à 15 ans) et du contexte social entourant leurs attitudes et leurs comportements en matière de santé. L'Enquête est la principale source de données sur l'intimidation au Canada et produit également des données sur la santé mentale et émotionnelle, l'activité physique, les activités sédentaires, les habitudes alimentaires, les blessures et l'utilisation de substances. Les conclusions de l'Enquête sont publiées dans des rapports nationaux et internationaux ainsi que dans des revues à comité de lecture. Des produits de connaissances sont également disponibles sur le site Web de l'Enquête à l'adresse <http://www.hbsc.org>.

Les rapports nationaux, publiés sur les sites Web de l'Agence et de l'Enquête, contiennent des conclusions sur la santé des jeunes Canadiens. Des exemples de rapports nationaux comprennent les suivants : *Comportement en santé des enfants d'âge scolaire : Rapport sur les tendances 1990-2010* (2014) et *La santé des jeunes Canadiens : un accent sur la santé mentale* (rapport canadien) (2011). PREVNet, un réseau national actif de chercheurs canadiens, d'organisations non gouvernementales et de gouvernements travaillant ensemble pour mettre fin à l'intimidation au Canada, a été créé à l'aide des rapports nationaux de l'Enquête comme principale plateforme. Les données nationales de l'Enquête sont citées en référence dans les rapports annuels de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada.

Des informateurs clés ont indiqué que huit rapports provinciaux ou territoriaux sur l'Enquête ont été partagés par l'Agence avec les ministères respectifs de la Santé et de l'Éducation. Certains de ces rapports ont servi de documents clés dans la structuration de stratégies de bien-être provinciales ou territoriales (p. ex. *Tous ensemble vers le mieux-être : Un plan d'action pour le mieux-être des enfants et des familles du Yukon* [2014]).

Des rapports internationaux recueillent les conclusions des pays membres participants pour une comparaison croisée et le recensement des tendances mondiales. Les rapports sont produits dans le cadre de la série de politiques de l'OMS intitulée « Politique de santé pour les enfants et adolescents ». Un exemple de rapport publié sur le site Web de l'Enquête internationale sur les CSEAS est le suivant : *Déterminants sociaux de la santé et du bien-être chez les jeunes. Enquête sur le comportement des jeunes d'âge scolaire en matière de santé (HBSC) : rapport international sur l'étude de 2009-2010*. Autre exemple : en 2013, l'UNICEF a lancé son 11^e bilan sur le bien-être des enfants dans les pays riches à l'aide des données de l'Enquête, notamment, pour classer 29 des pays les plus riches du monde en matière de bien-être des enfants.

Des informateurs clés ont indiqué que les conclusions de l'Enquête sont également utilisées pour une analyse secondaire dans d'autres publications. L'équipe de recherche de l'Enquête a publié de nombreux articles évalués par les pairs, parfois avec des collaborateurs de l'Agence, sur des sujets comme l'utilisation de substances, les blessures et l'activité physique.

Systeme canadien de surveillance périnatale

Les activités de surveillance du SCSP fournissent des renseignements et des données probantes qui permettent la surveillance et la production de rapports sur les indicateurs clés sur la santé des mères, des fœtus et des nourrissons au Canada. Ces renseignements sont utilisés pour améliorer l'efficacité et l'efficience des soins cliniques et guident l'élaboration de programmes et de politiques de santé publique pour la santé maternelle et infantile.

Les documents de programme détaillent comment les indicateurs clés du SCSP traitent des déterminants (facteurs de risque et de protection) et des résultats (conditions de santé) de la santé périnatale. Les indicateurs des résultats saisissent les événements de santé qui sont graves et fréquents chez la population ciblée. Plusieurs de ces indicateurs, comme la mortalité infantile et maternelle, sont utilisés à l'échelle nationale et internationale en tant que mesures bien établies de la santé globale de la population et du rendement du système de santé. Des indicateurs comme les naissances multiples et prématurées fournissent des renseignements sur les conditions ayant un grand impact sur la santé des bébés et sur le système de soins de santé canadien en raison des coûts associés à leur gestion. D'autres indicateurs comme le tabagisme maternel, la consommation d'alcool chez les mères et l'allaitement sont utilisés pour guider les efforts de prévention d'une perspective de santé publique.

Un examen des documents et des entrevues auprès d'informateurs clés indiquent que différents produits d'information ont été produits et sont diffusés à grande échelle.

- Un examen des documents montre que les produits d'information variaient selon le public cible (lequel comprend des décideurs, des fournisseurs de soins de santé, des chercheurs et le public) et incluent des rapports nationaux, des fiches de renseignements thématiques et des publications à comité de lecture. Les publications récentes du SCSP comprennent les suivantes : *Indicateurs de la santé périnatale au Canada* (2013); *Anomalies congénitales au Canada 2013 : Rapport de surveillance sur la santé périnatale* (2013); *Enquête sur les politiques et les pratiques de maternité dans les hôpitaux canadiens* (2012); *Mortalité maternelle au Canada, Feuille d'information* (2011); et *Morbidité maternelle grave au Canada, Feuille d'information* (2011). Une série de fiches de renseignements publiées en 2014 sont également disponibles. *Fiche de renseignements sur le diabète maternel au Canada* (2014); *Fiche de renseignements sur l'hypertension artérielle chez la mère au Canada* (2014); *Fiche de renseignements sur le syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN)* (2014); *Fiche de renseignements sur la prise d'acide folique par les femmes enceintes au Canada* (2014) et *Fiche de renseignements sur la grossesse et la santé mentale des femmes au Canada* (2014).
- Des informateurs clés ont indiqué que ces produits ont été diffusés au sein de l'Agence, y compris une distribution ciblant le personnel de programme interne et plus généralement par des outils électroniques comme *Le Pouls de l'Agence* et *Nouvelles de SC*. La distribution externe a été vaste, y compris répondre aux demandes transmises par courriel, la distribution proactive en ligne et divers réseaux, notamment le comité directeur du SCSP et les anciens groupes d'Enquête, les contacts provinciaux et territoriaux, les hôpitaux et différents intervenants pédiatriques nationaux et internationaux (Association canadienne des sages-femmes, Association canadienne des infirmières et infirmiers en périnatalité et en santé des femmes, Institut canadien de la santé infantile, Société canadienne de pédiatrie, Canadian Perinatal Programs Coalition [Partenariat des programmes périnataux du Canada], Association canadienne de santé publique, Collège des médecins de famille du Canada, Collège canadien de généticiens médicaux, National Birth Defects Prevention Network, International Clearinghouse for Birth Defects Surveillance and Research, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada).

Programme canadien de surveillance pédiatrique

Le PCSP est un programme flexible et adapté aux besoins qui fournit des renseignements sur une vaste gamme de questions qui ne seraient autrement pas disponibles. Les documents de programme indiquent que, par l'entremise de la Société canadienne de pédiatrie, le PCSP recueille des données auprès de plus de 2 500 pédiatres et sous-spécialistes en pédiatrie (participants) par des sondages mensuels (taux de réponse de 80 % en 2014). D'autres participants, comme des coroners, des chirurgiens pédiatriques et des endocrinologues pour adultes, se joignent au programme lorsque des études de recherche nécessitent leur participation. Ces médecins servent une population pédiatrique de plus de 7 millions d'enfants et de jeunes Canadiens.

Des informateurs clés ont indiqué que le PCSP fournit une infrastructure pour une collecte et une transmission rapides, économiques et efficaces des renseignements. Cela permet à l'Agence de répondre rapidement aux urgences de santé publique (p. ex. H1N1 et réactions au Tamiflu chez la population pédiatrique). Cette approche est plus opportune que la surveillance passive au

moyen des sources de données administratives. Cela fournit également à l'Agence un réseau de praticiens de première ligne qui sont essentiels pour la promotion de la santé et la prévention des blessures et des maladies et fournit des renseignements sur les tendances actuelles en matière de pratique clinique.

Un examen des documents et des informateurs clés ont indiqué que le PCSP assure une collecte opportune des données prospectives épidémiologiques qui a un impact direct sur le diagnostic et le traitement des patients, concernant l'occurrence (ou l'absence) de maladies infectieuses graves et de résultats en matière de santé relatifs aux toxines ou à d'autres risques (p. ex. produits de consommation). Des rapports et des études sont utilisés par des pédiatres pour guider leur pratique et par Santé Canada pour réglementer les produits de consommation et de santé.

Des renseignements ont été diffusés par une variété d'approches, y compris des documents publiés et des présentations lors de conférences nationales et internationales.

- Un rapport annuel sur les « résultats » est publié par le PCSP. Il présente les publications, les présentations et les études produites et accessibles aux décideurs en matière de politiques et de programmes.
- Une liste de revues universitaires dans lesquelles 26 documents du PCSP ont été publiés a été incluse en 2014, notamment : *Child Abuse and Neglect*, *Brain Injuries*, *Pediatrics*, *In Practice: Journal of Allergy and Clinical Immunology*, *The Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology*, *Pediatric Diabetes*, *Clinical Immunology*, and *Paediatrics and Child Health*.
- Des exemples de conférences nationales et internationales au cours desquelles les conclusions du PCSP ont été présentées en 2014 comprennent la Conférence canadienne sur l'immunisation, le Congrès annuel de la Société canadienne de pédiatrie, la Histiocyte Society Annual Meeting, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Annual Meeting et le Pediatric Rheumatology Symposium.

Les résultats des activités de surveillance du PCSP sont également diffusés directement par la Société canadienne de pédiatrie par une variété d'approches, y compris des articles dans le *Child Health Journal* (16 000 abonnés) et par l'entremise de présentations lors de sa réunion annuelle en juin. Aussi, le « Conseil du mois sur les effets indésirables des médicaments » est un outil de formation sur des sujets liés aux effets indésirables des médicaments qui est envoyé mensuellement aux 2 500 participants au sondage afin de soutenir et de faire connaître l'étude sur les effets indésirables des médicaments. Tous les produits de connaissances, y compris le rapport annuel des résultats, sont aussi accessibles sur le site Web du PCSP à l'adresse <http://www.pfsp.cps.ca/>.

Le PCSP soutient Santé Canada et l'Agence dans le respect des exigences internationales de production de rapports et de participation aux études internationales. Santé Canada contribue aux efforts de surveillance internationale, p. ex. engagement du Canada à l'égard de l'initiative mondiale d'éradication de la polio (paralysie flasque aiguë) par l'entremise de l'OMS et l'élimination de la rougeole. Le Canada a également contribué à de nombreuses études multipays (p. ex. diabète, effets indésirables d'un médicament, fièvre rhumatismale, embryopathie rubéolique) qui fournissent la base de comparaisons internationales. En incluant des comparaisons internationales avec les renseignements tirés du PCSP et d'autres sources de données sur la santé des enfants, l'Agence a l'occasion d'accroître la portée et la qualité de son analyse et de son interprétation des questions de santé des enfants.

4.4.3 Portée (PACE et PCNP) – Dans quelle mesure les parents ou les fournisseurs de soins et leurs enfants en situation de risque participent-ils aux programmes?

Au cours des cinq dernières années, les organisations financées par le PACE et le PCNP ont régulièrement sensibilisé des parents, des fournisseurs de soins et des enfants exposés à des risques dans l'ensemble du Canada. Il existe des occasions de mener des analyses supplémentaires pour cerner et traiter des écarts potentiels relativement à la portée des programmes.

Nombre de sites et de participants

Des entrevues réalisées auprès d'informateurs clés internes, des études de cas et un examen des documents indiquent que depuis la création des deux programmes, en 1993 (PACE) et en 1995 (PCNP), les sites et le nombre de participants aux programmes dans l'ensemble du Canada sont demeurés constants. Les résultats recueillis lors du sondage sur l'OMRPDE de 2013-2014 auprès des organisations financées fournissent des perspectives sur le nombre d'organisations financées, de sites de projets et de participants dans l'ensemble du Canada (tableaux 6, 7, 8 et 9). Les nombres fournis ci-après sont une sous-représentation de la population complète desservie par le PACE et le PCNP (voir annexe 3 pour des détails sur les exemptions relatives aux données du sondage sur l'OMRPDE de 2013-2014, y compris les sites dans le Nord et au Québec).

- Selon les données du sondage sur l'OMRPDE de 2013-2014, **1 531 sites du PACE** et **654 sites du PCNP** étaient appuyés par des accords de contribution (tableau 6). Des organisations ont été financées dans tous les territoires et provinces du Canada. Aussi, l'annexe 6 présente une carte des sites de projets du PACE et du PCNP (en date de 2010) en tant que portrait visuel de la distribution des sites au Canada.

Tableau 6 : Nombre de projets par région en 2013-2014

Région	PACE		PCNP	
	Nombre de projets	Nombre de sites	Nombre de projets	Nombre de sites
Nord : Territoires du Nord-Ouest, Yukon et Nunavut	15	S.O.	19	S.O.
Colombie-Britannique et Alberta	48	282	63	233
Manitoba et Saskatchewan	37	55	16	50
Ontario	82	430	77	251
Québec	199	334	81	S.O.
Atlantique	42	430	24	120
Autre (prestation de services indirecte)	2			
Total	425	1 531	280	654

Source : OMRPDE - 2013-2014^x.

- Les résultats des données sur l'OMRPDE recueillies pour 2013-2014 illustrent que les organisations financées par le PACE et le PCNP ont desservi une combinaison complète de régions urbaines, rurales et éloignées ou isolées (tableau 7). Certaines des organisations financées ont fourni des services dans des zones rurales et urbaines. Bien que seulement 19 % de la population canadienne vit dans des zones rurales, éloignées ou isolées et dans des réserves (Statistique Canada, Recensement 2011)^{xi}, plus du tiers (38,8 %) des projets du PACE et la moitié (50 %) des projets du PCNP visaient à rejoindre les collectivités des zones rurales, éloignées ou isolées ou des réserves. Les programmes accroissent l'accessibilité au soutien du système de santé et réduisent potentiellement les inégalités dans ces collectivités souvent mal desservies.

Tableau 7 : Zones desservies par le PACE et le PCNP en 2013-2014

Endroit des sites des accords de contribution	PACE		PCNP	
	Nombre de projets	% des projets totaux (n = 407)	Nombre de projets	% des projets totaux (n = 180)
Grands centres de population	169	41,5 %	57	31,7 %
Centres de population moyens	105	25,8 %	53	29,4 %
Petits centres de population	201	49,4 %	115	63,9 %
Rural	120	29,5 %	64	35,6 %
Éloigné	13	3,2 %	4	2,2 %
Isolé	11	2,7 %	6	3,3 %
Réserves	14	3,4 %	16	8,9 %

Source : Sondage sur l'OMRPDE - 2013-2014.

^x Les données pour le PACE et le PCNP pour le Nord ont été recueillies par le portefeuille de Mieux-être dans le Nord par l'intermédiaire de l'outil *Northern Outcomes Reporting Tool for Health*. Les données pour le PCNP pour le Québec ont été recueillies et compilées par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec à l'aide du Système d'information sur la clientèle et les services des centres locaux de services communautaires (I-CLSC).

^{xi} Centres de population : Grand : >100 000; moyen : de 30 000 à 99 999; petit : de 1 000 à 29 999; rural : <1 000; éloigné : à 350 km du centre de population le plus près; isolé : zone sans accès routier toute l'année.

Selon le rapport sur l'OMRPDE de 2013-2014, il y avait un total de 223 340 participants (112 074 parents ou fournisseurs de soins et 109 745 enfants âgés de 0 à 6 ans) dans les organisations financées par le PACE. Aussi, 1 521 autres participants ont reçu des services par l'entremise de projets au Nunavut, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Yukon. Il y avait un total de 51 228 participants signalés par les organisations financées par le PCNP (24 605 femmes enceintes, 4 169 femmes avec bébé et 5 918 fournisseurs de soins). Aussi, 15 977 participants au Québec^{xii} et 559 participants du Nunavut, des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon^{xiii} ont reçu des services.

Tableau 8 : Nombre de participants joints en 2013-2014 – Sites financés par le PACE

Parents et fournisseurs de soins		Enfants âgés de 0 à 6 ans		Enfants (âgés de 7 à 12 ans)	
Total	Nouveau	Total	Nouveau	Total	Nouveau
112 074	45 735	109 745	43 339	8 815	3 984

Source : Sondage sur l'OMRPDE - 2013-2014.

Remarque : Ne comprend pas le nombre de participants du Nunavut, des Territoires du Nord-Ouest ou du Yukon.

Tableau 9 : Nombre de participants joints en 2013-2014 – Sites financés par le PCNP

Femmes enceintes		Femmes avec bébé	Pères, fournisseurs de soins de sexe masculin	Autres fournisseurs de soins
Total	Nouveau			
24 605	15 399	4 169	3 269	2 649

Source : Sondage sur l'OMRPDE 2013-2014.

Remarque : Ne comprend pas le nombre de participants du Nunavut, des Territoires du Nord-Ouest, du Yukon ou du Québec.

Sensibilisation des populations à risque

Le PACE et le PCNP ont été conçus pour appuyer les populations prioritaires, surtout les enfants et les familles qui sont exposés à des risques. Les critères des sondages du PACE et du PCNP de 2015 auprès des participants pour mesurer la population cible à risque comprenaient un faible revenu, un niveau faible d'instruction, le statut d'Autochtone, des parents uniques, des immigrants récemment arrivés (10 ans ou moins au Canada) et des parents adolescents. Le PCNP comprend également l'insécurité alimentaire.

Les résultats des sondages auprès des participants ont été comparés aux données de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 2011 pour fournir une indication de la portée du PACE et du PCNP auprès de différents groupes de personnes exposées à des risques (tableau 10). En général, dans l'ensemble de tous les critères de risque, la portée du programme excelle les niveaux de critères de risque observés dans la population générale.

^{xii} *Données du Québec* : Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a recueilli ou compilé les données qui ont été recueillies à l'aide du Système d'information sur la clientèle et les services des centres locaux de services communautaires (I-CLSC).

^{xiii} *Données du Nunavut, des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon* : Les données ont été recueillies à l'aide de l'outil de rapport des résultats pour le Nord en matière de santé (NORTH) et publiées dans le rapport *Northern Unit Highlights 2013-14 : Healthy Child and Youth Development Cluster*.

Tableau 10 : Profil de risque des répondants par programme et population générale

Profil de risque	PACE (%) <i>Sondage auprès des participants 2015</i>	PCNP (%) <i>Sondage auprès des participants 2015</i>	Population générale (%) <i>ENSP 2011</i>
Faible revenu ^{xiv}	52	66	15
Faible niveau d'instruction (< études secondaires)	19	26	13
Peuples autochtones	23	33	4
Familles monoparentales	23	27	14
Immigrants récemment arrivés (< 10 ans)	14	16	7
Parents adolescents	2	8	4*
Insécurité alimentaire	S.O.	41	8*

* Données pour les parents adolescents provenant de la *Statistique de l'état civil – Base de données sur les naissances (2011)*. Données pour l'insécurité alimentaire provenant de l'ESCC de 2010.

Familles à faible revenu : Dans l'ensemble, plus de la moitié (51 %) des parents et des fournisseurs de soins des sites financés par le PACE et 65 % des participantes des sites financés par le PCNP qui ont répondu au sondage ont signalé des revenus familiaux inférieurs à l'évaluation d'un faible revenu du programme. Bien que les comparaisons directes soient difficiles, 15 % des familles canadiennes avaient un faible revenu selon la mesure du faible revenu après impôt incluse dans l'Enquête nationale sur la santé de la population de 2011.

Faible niveau d'instruction : Près de 1 parent et fournisseur de soins sur 5 (19 %) des sites financés par le PACE et 1 parent sur 4 (26 %) des sites financés par le PCNP qui ont répondu au sondage n'avait pas de diplôme d'études secondaires ou l'équivalent. En comparaison, 13 % des membres de la population adulte canadienne (âgés de 25 à 54 ans) ont signalé qu'ils n'avaient pas obtenu de diplôme d'études secondaires dans le cadre de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 2011.

Statut d'Autochtone : Près de 1 parent et fournisseur de soins sur 4 (22 %) des sites financés par le PACE et 1 participant sur 3 (33 %) des sites financés par le PCNP qui ont répondu au sondage s'identifiaient comme un Autochtone. En comparaison, 4 % des membres de la population canadienne se sont identifiés comme Autochtone dans le cadre de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 2011.

Familles monoparentales : Près de 1 parent et fournisseur de soins sur 4 (23 %) des sites financés par le PACE et 1 participant sur 4 (27 %) des sites financés par le PCNP qui ont répondu au sondage étaient des parents uniques. En comparaison, 14 % des membres de la population canadienne étaient des parents uniques dans le cadre de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 2011.

^{xiv} Le faible revenu a été déterminé en évaluant le revenu du ménage autodéclaré par le participant en regard des seuils d'inclusions préétablis qui tiennent compte de la région autodéclarée du participant (rurale ou urbaine) et un certain nombre des personnes (adultes et enfants) dans le ménage.

Immigrants récemment arrivés : Environ 13 % des parents et des fournisseurs de soins des sites financés par le PACE et 16 % des participantes des sites financés par le PCNP qui ont répondu au sondage avaient immigré au Canada au cours des 10 dernières années. Dans l'ensemble, la proportion de nouveaux immigrants des sites financés par le PACE et le PCNP est environ le double de celle de la population générale (7 %) dans le cadre de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 2011.

Parents adolescents : Environ 2 % des parents et des fournisseurs de soins des sites financés par le PACE et 9 % des participantes des sites financés par le PCNP qui ont répondu au sondage étaient âgés de 19 ans ou moins. En comparaison, seulement 4 % des membres de la population canadienne étaient des parents adolescents, comme l'indique la Statistique de l'état civil – Base de données sur les naissances (2011).

Insécurité alimentaire : De plus, on a noté dans le sondage auprès des participantes qu'une forte proportion (2 sur 5 ou 40 %) des répondantes au sondage du PCNP ont indiqué qu'au cours des 12 derniers mois, il y a eu des moments pendant lesquels elles n'avaient pas suffisamment de nourriture pour elles-mêmes et leur famille, et qu'il n'y avait pas d'argent pour en acheter davantage. En 2011-2012, l'ESCC a permis de recueillir des données nationales sur l'insécurité alimentaire et déterminé qu'environ 8 % des ménages connaissaient une insécurité alimentaire. De ce nombre, 5,8 % vivaient une insécurité alimentaire modérée et 2,5 % une insécurité grave.

Condition de risque

Il faut noter que ces conditions de risque ne sont pas mutuellement exclusives. Les personnes exposées à des risques sont habituellement touchées par de multiples conditions de risque. Une évaluation des risques cernés dans les sondages des participants du PACE et du PCNP de 2015 indiquait que de multiples risques étaient souvent cernés (tableau 11) par les répondants aux sondages. Selon les sondages des participants du PACE et du PCNP de 2015, au moins 62 % des répondants pour le PACE et 80 % des répondantes pour le PCNP ont indiqué être touchés par un ou plusieurs de ces facteurs de risque^{xv}.

Bien qu'environ un tiers des parents et des fournisseurs de soins des sites financés par le PACE et un cinquième des participantes des sites financés par le PCNP qui ont répondu au sondage n'aient cerné aucune condition de risque, les informateurs clés internes indiquent qu'il est possible que des organisations communautaires à grande échelle fournissent des services à d'autres personnes, qui pourraient ne pas se considérer comme étant à risque, et que certaines organisations aient reçu du financement d'autres sources qui ne précisent pas le besoin d'allouer des fonds aux personnes à risque.

^{xv} Ces pourcentages des facteurs de risque multiples autodéclarés sont probablement une sous-estimation de la vulnérabilité réelle connue par les participants aux programmes. Une limite dans le sondage auprès des participants a été observée : les répondants n'ont pas tous fourni des renseignements à propos des facteurs de risque potentiels (surtout, le faible revenu risque d'être sous-estimé). Aussi, les informateurs clés internes et externes ont indiqué que ces participants sont probablement touchés par d'autres risques qui n'ont pas été cernés au moment de la création du programme (p. ex. santé mentale, violence familiale) et sont difficiles à mesurer.

Tableau 11 : Pourcentage de risques multiples autodéclarés par les répondants aux sondages

Nombre de risques cernés	PACE (%)	PCNP (%)
	<i>Sondage auprès des participants de 2015</i>	<i>Sondage auprès des participants de 2015</i>
0	37,3	19,6
1	22,1	17,8
2	23,8	21,1
3	12,8	22,7
4	3,6	14,0
5	0,4	4,2
6	S.O.	0,6
	100,0	100,0

En résumé, une proportion importante de familles du PACE et du PCNP vit dans des conditions de risque, et de nombreuses familles sensibilisées au PACE et au PCNP sont touchées par de multiples facteurs de risque. Pour tous les facteurs de risque, les familles du PACE et du PCNP affichent des conditions de risque plus grandes que la population générale. Cette intervention précoce est importante puisque la recherche a démontré que les enfants qui grandissent dans des conditions de risque affichent des taux supérieurs de mauvaise santé, de difficultés de développement et de problèmes sociaux, cognitifs et comportementaux (voir la section 4.1 Besoin continu du programme).

L'étude nationale du PACE de 2011 a permis de relever un certain nombre de défis relatifs aux ressources pour les parents et les fournisseurs de soins des sites financés par le PACE. Le rapport indique que près de 39 % des participants ont indiqué des difficultés en matière d'emploi et environ 25 % ont indiqué des difficultés en matière de nourriture et 24 % en matière de logement. D'autres difficultés cernées dans l'étude nationale du PACE de 2011 incluaient le stress (59 %), les soins aux enfants (46 %), le transport (36 %), le rôle parental (31 %), l'isolement (28 %), le conflit familial (25 %), la santé (22 %) et la santé mentale (17 %).

Le rapport indique également que les participants aux sites financés par le PACE ont connu une plus grande exposition aux facteurs de risque suivants :

- environ 25 % des fournisseurs de soins des sites financés par le PACE souffraient d'une certaine insécurité alimentaire, comparativement à 14 % pour le sous-échantillon apparié de l'ESCC;
- environ 37 % des mères des sites financés par le PACE étaient déprimées selon l'échelle d'évaluation de l'état dépressif du Centre for Epidemiologic Studies Depression comparativement à 16 % pour le sous-échantillon apparié de l'ELNEJ;
- environ 14 % des fournisseurs de soins des sites financés par le PACE ont indiqué que leur enfant avait des besoins spéciaux, comme de la difficulté à entendre, à voir, à parler et à bouger ou qu'il éprouvait des difficultés d'apprentissage ou de comportement. Ce résultat est de beaucoup supérieur à la proportion (6 %) observée dans le sous-échantillon apparié de l'ELNEJ.

Catalyseurs pour optimiser la participation des participants à risque

Les études de cas et les documents de programme ont souligné que les organisations financées travaillent stratégiquement pour optimiser la participation des participants à risque à leurs sites du PACE et du PCNP. Les mesures incitatives associées à l'accessibilité sont les suivantes : fournir un transport (p. ex. billets d'autobus) ou la possibilité de se rendre à pied au site de projet, offrir des soins pour les enfants en se concentrant sur le développement de l'enfant, et offrir une multitude de services disponibles à un point d'entrée. D'autres catalyseurs liés à l'optimisation de la participation des populations à risque incluent les suivants : fournir un environnement non menaçant, offrir un soutien continu, permettre aux parents de cerner leurs propres besoins et offrir des programmes universels ou mixtes (plutôt que ciblés) puisqu'ils réduisent la stigmatisation relative à la participation pour les participants à risque.

Aussi, offrir des activités qui incluent l'accès à de la nourriture ou à la préparation de nourriture a été mentionné dans de nombreuses études de cas et des examens de programme antérieurs comme ayant un grand impact. L'insécurité alimentaire est un problème grandissant pour un grand nombre des familles desservies par les sites financés par le PACE et le PCNP. Les activités de programme relatives à l'alimentation, comme les cuisines communautaires, ont aidé les familles à répondre à leurs besoins nutritionnels en leur donnant accès à des aliments sains et à en apprendre davantage sur de saines habitudes alimentaires.

Portée des programmes et lacunes dans les analyses

Quant à la compréhension et à l'optimisation de la portée des programmes, il existe des possibilités d'améliorer les données sur la mesure du rendement recueillies et analysées pour mieux comprendre les vulnérabilités des participants aux programmes dans les sites de projets financés par le PACE et le PCNP.

Comme il a été souligné précédemment dans cette section, de nombreuses familles participant aux activités financées par le PACE et le PCNP affichent des conditions de risque. Alors que les activités financées sont généralement conçues pour atteindre la population à risque, d'autres membres de la collectivité peuvent fréquenter les organisations et participer aux activités financées étant donné la nature communautaire de ces organisations. Dans le cadre des sondages auprès des participants au PACE et au PCNP de 2015^{xvi}, on a noté qu'environ un tiers (37 %) des participants des sites financés par le PACE et un cinquième (20 %) des participantes des sites financés par le PCNP ont indiqué qu'ils n'étaient pas exposés aux 6 facteurs de risque suivants : faible revenu, faible niveau d'instruction, statut d'Autochtone, parents uniques, immigrants récemment arrivés (10 ans ou moins au Canada) et parents adolescents. La collecte et l'analyse de données supplémentaires pourraient fournir un meilleur aperçu des vulnérabilités et des besoins des participants aux programmes qui n'ont pas été documentés.

^{xvi} En ce qui concerne les limites des données des sondages des participants, les répondants n'ont pas tous répondu aux questions relatives aux facteurs de risque. Par exemple, environ 36 % des répondants du PACE et 43 % des répondantes du PCNP n'ont pas répondu à la question sur le revenu (« Quelle est la meilleure estimation du revenu total de votre ménage au cours des 12 derniers mois? »). Il n'y a aucune façon de savoir quel pourcentage de ces non-réponses aurait indiqué un faible revenu.

La demande pour les activités par le PACE et par le PCNP excède parfois la capacité des organisations financées. De nombreux sites de projets doivent refuser des clients qui cherchent à obtenir des services de santé maternelle et infantile et disposent de listes d'attente. Le sondage sur l'OMRPDE de 2013-2014 indiquait que 36 % des sites de projets financés par le PACE et 23 % des sites de projets financés par le PCNP ont signalé qu'ils avaient dû refuser des participants, pour différentes raisons, dont un manque de financement, d'espace, de personnel de projet ou de transport. Des projets qui ont dû refuser des participants, environ la moitié (52 %) des bénéficiaires des accords de contribution des projets du PACE et un tiers (33 %) de ceux des projets du PCNP ont signalé qu'ils avaient utilisé des listes d'attente. Il y avait en moyenne 27 personnes sur la liste d'attente des sites de projets financés par le PACE et 15 personnes sur celle des projets financés par le PCNP. Un portrait plus clair des endroits des sites de projets financés en comparaison avec les données démographiques relativement aux populations vulnérables offrirait une meilleure compréhension des écarts et des occasions pour optimiser la portée des programmes.

L'examen des documents et les entrevues auprès des informateurs clés ont confirmé que la combinaison des sites de projets pour les deux programmes était demeurée stable depuis l'établissement des programmes il y a plus de 20 ans. Un examen des documents a indiqué que les données démographiques relatives aux conditions de risque peuvent changer au fil du temps (p. ex. établissement de nouveaux immigrants dans les collectivités, distribution du revenu à l'échelle nationale ou régionale).

Une certaine analyse a été entreprise par le programme sur la composition des sites des projets et les changements pertinents concernant les données démographiques. Les entrevues auprès des informateurs clés ont permis d'établir que quelques régions ont fait des analyses à l'aide des indices de vulnérabilité et effectué des rajustements des ententes de financement. Une étude interne nationale du SIG relativement au PACE et au PCNP a été effectuée en 2012, laquelle a souligné qu'une approche analytique spatiale est réalisable et qu'il existe potentiellement des collectivités précises dans le besoin.

En vue de déterminer si les programmes optimisent la sensibilisation des populations qui sont les plus vulnérables aux conditions de risque, il pourrait y avoir d'autres occasions d'analyser une variété de sources de données pour explorer les écarts pour optimiser la portée des programmes.

4.4.4 Résultats en matière de santé (PACE et PCNP) – Dans quelle mesure les parents et les fournisseurs de soins et leurs enfants acquièrent-ils des connaissances et des aptitudes pour favoriser la santé des mères et des enfants?

Les organisations recevant du financement du PACE et du PCNP ont contribué à accroître les connaissances et les compétences des participants pour appuyer la santé des mères et des enfants.

Les parents qui comprennent comment les enfants développent et utilisent des techniques parentales efficaces élèvent des enfants plus en santé et plus heureux (voir la section 4.1 sur le besoin continu du programme). Les deux programmes ont accru les connaissances et les

compétences des participants relativement au soutien de la santé des mères et des enfants. Les données des sondages auprès des participants au PACE et au PCNP, des études de cas et des examens des documents de programme mettent en évidence la variété des connaissances et des compétences acquises.

Connaissances et compétences parentales (PACE)

Un certain nombre d'études d'évaluation antérieures soulignent la valeur des activités financées par le PACE en ce qui concerne l'amélioration des connaissances et des compétences parentales. L'étude nationale du PACE de 2011 a signalé que 60 % des coordonnateurs de projet ont signalé que les activités financées par le PACE avaient un important impact sur le rôle parental. Une évaluation du PACE en 2012 en Saskatchewan indiquait que le personnel des projets et les partenaires communautaires reconnaissaient les améliorations des compétences parentales des participants. Selon le personnel, les participants étaient plus aptes à appuyer leurs enfants, participaient davantage à l'éducation de leurs enfants et devenaient de plus en plus au courant des progrès de leurs enfants et les surveillaient davantage. Dans les groupes de discussion formés dans le cadre de cette évaluation de 2012, les parents et les fournisseurs de soins ont discuté longuement de la façon dont ils en avaient appris davantage au sujet des compétences parentales et acquis davantage de connaissances en matière de développement de l'enfant.

Également, en ce qui concerne le soutien au développement de l'enfant, les réponses des participants au sondage auprès des participants au PACE de 2015 soulignent comment la participation aux programmes financés par le PACE a augmenté la sensibilisation aux pratiques parentales positives et aidé les parents et les fournisseurs de soins à acquérir de nouvelles compétences parentales. Au total, 86 % des répondants étaient en accord ou fortement en accord avec le fait que le programme a amélioré leurs compétences parentales. Les parents et les fournisseurs de soins ont également mentionné qu'en participant à ces programmes, ils avaient davantage d'activités avec leur enfant pour l'aider à apprendre (91 %), sont davantage au courant de la façon dont les enfants changent au fur et à mesure qu'ils apprennent et grandissent (91 %), savent comment obtenir des réponses aux questions ayant trait aux aptitudes parentales et au développement de l'enfant (91 %), et prennent le temps de lire à leur enfant plus souvent (81 %).

Les parents et les fournisseurs de soins ont connu des améliorations de la conscience de soi et de la confiance en soi dans leurs rôles parentaux en raison de leur participation aux activités financées du PACE.

- Le sondage auprès des participants au PACE de 2015 a souligné qu'une grande majorité des parents et des fournisseurs de soins se sentent plus positifs dans leur rôle de parent (90 %), ont davantage confiance dans leurs compétences parentales (88 %) et sont plus aptes à composer avec le stress (78 %) grâce à leur participation à ces programmes.
- De plus, l'évaluation régionale réalisée en 2012 en Saskatchewan indique que certains participants ont discuté précisément de la façon dont ils en avaient appris davantage sur les stratégies de discipline et comme interagir avec leurs enfants d'une façon calme et positive. Le personnel a reconnu que les participants avaient une confiance en soi et une conscience de soi accrues.

Relations améliorées (PACE)

Après avoir participé aux programmes des sites financés par le PACE, les parents et les fournisseurs de soins ont mentionné avoir une meilleure relation avec leurs enfants. De nombreux participants ont également signalé avoir de meilleures relations avec les autres comme les conjoints et les partenaires.

- En comparaison avec l'échantillon apparié de l'ELNEJ, l'étude nationale du PACE de 2011 a permis de découvrir que les participants aux sites financés par le PACE étaient considérablement plus susceptibles d'avoir une meilleure note en matière de fonctionnement de la famille^{xvii}.
- L'évaluation du PACE de 2012 en Saskatchewan a permis de noter que trois secteurs d'amélioration ont fait l'objet d'une discussion par les participants aux programmes : améliorer la communication, être plus compréhensif les uns avec les autres et être sur la même longueur d'onde en matière de techniques parentales.
- Le récent sondage auprès des participants au PACE de 2015 a souligné que 87 % des parents et des fournisseurs de soins ont indiqué qu'ils ont une meilleure relation avec leur enfant depuis leur participation au programme.

Connaissances sur la nutrition et les modes de vie sains (PCNP)

Le sondage auprès des participantes au PCNP de 2015 a permis de dégager un certain nombre d'enjeux relatifs à la nutrition et aux modes de vie sains à propos desquels des connaissances ont été améliorées pour une grande majorité de participants au programme. Les participantes ont indiqué que depuis leur participation au programme, elles en savent davantage sur de bonnes habitudes alimentaires pendant la grossesse (92 %) et sur les vitamines prénatales ou les multivitamines (83 %), en ont appris davantage sur le gain de poids sain pendant la grossesse et l'endroit où elles peuvent se procurer de la nourriture au besoin (82 %), et en ont appris davantage sur l'établissement d'un budget alimentaire (72 %).

Connaissances sur la santé prénatale et les soins aux bébés (PCNP)

Les connaissances sur les soins prénataux ont été améliorées pour la majorité des participantes aux activités financées par le PCNP. Selon les réponses au sondage auprès des participantes au PCNP de 2015, la grande majorité des participantes ont indiqué que depuis leur participation au programme, elles en savaient davantage sur les étapes de la grossesse et de la naissance (91 %), en savaient davantage sur les symptômes de la dépression post-partum et le « baby blues » (87 %), comprennent mieux les effets de la consommation d'alcool sur le bébé pendant la grossesse (85 %) et les effets du tabagisme sur le bébé pendant la grossesse (85 %).

^{xvii} L'échelle du fonctionnement de la famille vise à fournir une évaluation globale du fonctionnement de la famille et un indice de la qualité des relations entre les parents ou les partenaires. Elle est utilisée pour évaluer différents aspects du fonctionnement de la famille, comme la résolution de problèmes, les communications, les rôles, l'engagement affectif, la sensibilité affective et le contrôle des comportements. Elle est utilisée par Statistique Canada dans le cadre des analyses des données de l'ELNEJ.

Les connaissances sur les soins des bébés avaient également été améliorées pour la majorité des participantes grâce à leur participation aux activités financées par le PCNP. Selon les réponses au sondage auprès des participantes au PCNP de 2015, la grande majorité des participantes ont indiqué qu'elles en avaient appris davantage sur la croissance et le développement du bébé (93 %), en connaissaient davantage sur les façons d'établir des liens avec le bébé (93 %), en ont appris davantage sur l'importance de l'allaitement (92 %), sur le sommeil sécuritaire du bébé (90 %), sur la protection du bébé contre les blessures (88 %), sur le moment auquel donner des aliments solides au bébé (88 %), sur le syndrome du bébé secoué (85 %) et sur la façon d'installer de façon sécuritaire le bébé dans un siège d'auto (85 %).

Soutien et réseaux sociaux (PACE et PCNP)

Les études de cas pour les sites financés par le PACE et le PCNP ont souligné la valeur du soutien des pairs pour les adolescents et les autres femmes et enfants à risque. Le personnel des sites de projets a indiqué que les participants s'encadrent les uns les autres et ont été en mesure d'établir des amitiés dans un environnement accueillant et sécuritaire. Le personnel a également dit que ces relations de soutien se poursuivent même après la fin du programme.

Un certain nombre d'études de programme récentes ont indiqué que les programmes des sites financés par le PACE réduisaient l'isolement social en aidant à établir des réseaux de soutien social et en améliorant les aptitudes sociales.

- L'étude nationale du PACE de 2011 indiquait que 9 % des participants peuvent être considérés comme ayant un soutien social déficient^{xviii}. Cependant, les participants étaient nettement plus susceptibles d'obtenir des notes plus élevées au chapitre du soutien social dans une comparaison avec un sous-échantillon apparié de l'ELNEJ. Près de 80 % des coordonnateurs de projet ont signalé que leur projet financé par le PACE avait un important impact sur l'amélioration du soutien social pour les parents et les fournisseurs de soins.
- L'examen de 2012 de l'incidence des programmes en Saskatchewan a permis d'établir que recevoir du soutien et socialiser avec les autres étaient les principales raisons pour lesquelles les participants participaient aux programmes offerts dans les sites financés par le PACE. Les participants ont décrit comment le fait de participer au projet leur a permis de socialiser avec d'autres et d'atténuer leur isolement.
- Un rapport sur les faits saillants de 2013-2014 de l'Unité du Nord indiquait que les sites financés par le PACE offraient un « espace sécuritaire » pour les femmes et les enfants, réduisant ainsi l'isolement des femmes vulnérables et créant des réseaux de soutien dans la collectivité.
- Le récent sondage auprès des participants du PACE de 2015 a permis de déterminer qu'une grande majorité de parents et de fournisseurs de soins avait l'occasion, grâce au programme, de parler à un plus grand nombre de personnes lorsqu'ils avaient besoin de soutien (90 %).

^{xviii} L'échelle du soutien social mesure à quel point le fournisseur de soins estime pouvoir compter sur des membres de sa famille ou des amis. La note est sur un total possible de 24 (une note de moins de 12 indique un soutien social déficient). Adapté de Statistique Canada, *Grandir au Canada*.

Connaissance des services communautaires et accès (PACE et PCNP)

Des questions des sondages auprès des participants au PACE et au PCNP de 2015 portaient sur les connaissances des parents et des fournisseurs de soins et leur utilisation des services communautaires. Les répondants ont indiqué qu'ils en savaient davantage sur les personnes à contacter dans la collectivité en cas de besoin (90 % pour le PACE et 93 % pour le PCNP) et sur les programmes qu'ils peuvent utiliser (91 % pour le PCNP), sur l'utilisation d'autres programmes et services qu'ils n'avaient pas utilisés auparavant (81 % pour le PACE) et en ont appris davantage sur l'endroit où obtenir de l'aide pour les abus et la violence familiale (70 % pour le PACE et 79 % pour le PCNP).

L'étude nationale sur le PACE de 2011 indique que le taux auquel les participants des sites financés par le PACE cherchent du soutien auprès d'organismes et de programmes communautaires est 19 % plus élevé que parmi la population similaire dans l'ELNEJ.

4.4.5 Résultats en matière de santé (PACE et PCNP) – Dans quelle mesure les parents et les fournisseurs de soins et leurs enfants adoptent-ils des pratiques saines pour eux-mêmes et leur famille?

Les organisations qui reçoivent du financement du PACE et du PCNP ont contribué à l'adoption par les participants d'une variété de pratiques saines pour eux-mêmes et leur famille.

Bon nombre des caractéristiques sociodémographiques des participants aux programmes et leur famille les exposent à développer une santé déficiente (voir la section 4.1 Besoin continu du programme). L'étude nationale sur le PACE de 2011 précise qu'il existe des défis importants quant à la santé et au bien-être des parents et des fournisseurs de soins et de leur famille. Les comparaisons globales de l'état de santé des participants au programme (autodéclaré) avec celui des personnes qui ont répondu à l'ELNEJ révèlent ce qui suit :

- 82 % des enfants des sites financés par le PACE sont en excellente ou en très bonne santé comparativement à 91 % des enfants de la population canadienne globale;
- 57 % des fournisseurs de soins des sites financés par le PACE se disaient en excellente ou en très bonne santé comparativement à 73 % des données globales (non rajustées) de l'ELNEJ.

L'adoption de pratiques saines grâce au PACE et au PCNP a un lien avec la santé et le développement social des enfants ainsi que la santé et le bien-être des participants adultes.

Amélioration de la santé et du développement social des enfants (PACE)

La capacité d'un enfant d'interagir avec les autres enfants et les adultes est un important indicateur de la compétence et des connaissances sociales. Dans le cadre des études de cas, des évaluations régionales et du sondage auprès des participants au PACE, les membres du personnel des sites de projets ont parlé des compétences sociales améliorées des enfants et de la façon dont ces améliorations ont contribué à la préparation des enfants à l'école.

Dans le cadre de l'évaluation régionale de la Saskatchewan de 2012, les parents ont indiqué que leurs enfants étaient devenus plus sociaux et moins timides en compagnie d'autres personnes. Les participants de deux des groupes de discussion ont discuté de la façon dont le projet financé par le PACE avait aidé leurs enfants à atteindre des jalons en matière de développement, notamment en devenant plus indépendants, en apprenant davantage sur les émotions et en les identifiant correctement, en apprenant à s'asseoir et à écouter, et en améliorant leur langage.

Le sondage auprès des participants au PACE de 2015 a permis d'établir que la majorité des parents et des fournisseurs de soins avaient indiqué que le programme avait amélioré la santé et le développement social de leurs enfants. Les participants ont précisé que les enfants avaient plus de chances de jouer avec d'autres enfants (95 %), que les enfants passent plus de temps à jouer à des jeux actifs, à jouer dehors ou à faire d'autres activités physiques (83 %), et que les enfants aimaient mieux se faire lire des histoires ou regarder des livres (80 %).

Amélioration du bien-être des participants (PACE et PCNP)

Les sondages des participants au PACE et au PCNP de 2015 ont souligné que la grande majorité des parents et des fournisseurs de soins avaient adopté des pratiques plus saines. Le développement de compétences liées à la santé comprenait faire des choix personnels plus sains et améliorer sa santé personnelle, en apprendre davantage sur la préparation des aliments et vaincre les dépendances.

Santé prénatale (PCNP) et nutrition et modes de vie sains (PACE et PCNP)

En ce qui concerne la santé prénatale, les répondantes aux sondages (PCNP) ont indiqué que depuis leur participation au programme, elles avaient limité leur exposition à la fumée secondaire (79 %), étaient plus actives physiquement (69 %) et voyaient un médecin, une sage-femme ou un infirmier praticien plus régulièrement (66 %).

En ce qui concerne la nutrition et les modes de vie sains, les répondants aux sondages (PACE et PCNP) ont indiqué que depuis leur participation au programme elles ont fait des choix alimentaires plus sains (84 % du PCNP), ont préparé des repas et des collations plus sains pour leur famille (79 % du PACE), et ont pris des vitamines prénatales ou des multivitamines plus régulièrement (78 % du PCNP).

Cessation du tabagisme et de la consommation d'alcool (PCNP)

Les taux de tabagisme et de consommation d'alcool étaient plus élevés pour les répondantes aux sondages (PCNP) lorsqu'elles intégraient le programme que pour la population générale. On a noté que 3,7 % de la population générale avait signalé dans l'ESCC de 2014 avoir fumé pendant la grossesse, comparativement à 27 % des participantes des sites financés par le PCNP intégrant le programme. Aussi, 0,62 % de la population générale avait signalé dans l'ESCC de 2014 avoir bu de l'alcool pendant la grossesse, comparativement à 5 % des participantes des sites financés par le PCNP intégrant le programme.

La participation aux activités financées par le PCNP a contribué à une réduction des taux de tabagisme et de consommation d'alcool pendant la grossesse pour les participantes aux programmes. Les résultats des sondages des participantes au PCNP de 2015 sont présentés ci-dessous.

- En ce qui concerne le tabagisme pendant la grossesse, comme mentionné, environ 27 % (448/1 666) des répondantes au sondage du PCNP de 2015 ont signalé avoir fumé depuis qu'elles ont appris être enceintes. Environ 80 % (343/430) des fumeuses déclarées ont indiqué que leur comportement avait changé depuis qu'elles avaient appris qu'elles étaient enceintes. La plupart d'entre elles (55 %) ont signalé qu'elles avaient réduit leur consommation de tabac, alors que 25 % d'entre elles ont dit qu'elles avaient arrêté de fumer. En ce qui concerne l'impact du PCNP sur leurs décisions, environ 64 % (203/319) de celles qui ont changé leur comportement ont dit que leur participation au PCNP les avait aidées d'une certaine façon à décider de réduire leur consommation de tabac ou de cesser de fumer.
- En ce qui concerne la consommation d'alcool pendant la grossesse, environ 5 % (81/1 687) des répondantes au sondage du PCNP de 2015 ont signalé avoir bu de l'alcool depuis qu'elles ont appris être enceintes. Environ 99 % (71/72) des buveuses ont indiqué que leur comportement avait changé depuis qu'elles avaient appris qu'elles étaient enceintes. Bien que bon nombre d'entre elles (28 %) aient signalé qu'elles avaient réduit leur consommation d'alcool, 71 % d'entre elles ont dit qu'elles avaient arrêté de boire. En ce qui concerne l'impact du PCNP sur leurs décisions, environ 70 % (48/69) de celles qui ont changé leur comportement ont dit que leur participation au PCNP les avait aidées d'une certaine façon à décider de réduire leur consommation d'alcool ou de cesser de boire pendant la grossesse.

Aussi, en ce qui concerne l'exposition au programme, une étude du PCNP de 2012 (Muhajarine) a déterminé que les participants qui étaient plus exposés étaient plus susceptibles de réduire le nombre de cigarettes fumées, de cesser de boire et d'accroître leur consommation de suppléments vitaminiques ou minéraux de « jamais » à « tous les jours ».

4.4.6 Résultats en matière de santé (PACE et PCNP) – Dans quelle mesure les parents et les fournisseurs de soins signalent-ils que leurs enfants ou eux-mêmes ont subi un impact en raison de leur participation au PACE ou au PCNP?

Dans l'ensemble, il y a des indices voulant que le financement du PACE et du PCNP ait contribué à des résultats positifs à court terme en matière de santé pour les participants aux programmes et leur famille.

Selon leurs autorités de programme, le PACE et le PCNP ont été conçus pour contribuer à l'amélioration de la santé et à la réduction des inégalités en santé pour les participants (parents, fournisseurs de soins et femmes enceintes) et leurs enfants qui sont exposés à des risques. Par l'entremise des études de cas et des différents sondages auprès des participants, le personnel des sites de projets et les participants ont indiqué que le PACE et le PCNP avaient eu un impact positif à court terme sur la santé et le bien-être des participants et de leurs enfants.

Amélioration de la santé et du développement social des enfants (PACE)

Le PACE cherche à contribuer au développement sain des enfants (âgés de 0 à 6 ans) exposés à des risques. Le sondage auprès des participants au PACE de 2015 fournit une perspective de la façon dont les parents et les fournisseurs de soins ont noté une amélioration marquée de la santé physique et du développement social de leurs enfants. Au total, 90 % ont indiqué que la participation aux activités financées par le PACE améliorait la santé et le bien-être de leurs enfants.

En ce qui concerne le développement social, émotif et cognitif de leurs enfants, de 80 à 90 % des parents et des fournisseurs de soins (répondants au sondage) ont signalé les conséquences suivantes par l'entremise du sondage auprès des participants au PACE de 2015 : leur enfant est plus à l'aise dans les milieux sociaux (90 %); leur enfant joue mieux avec d'autres enfants (89 %); leur enfant suit ou connaît plus de chansons et de comptines (87 %); leur enfant est plus en mesure de s'exprimer (83 %); leur enfant connaît ou utilise plus de mots (82 %); leur enfant reconnaît plus de couleurs, de formes, de lettres ou de chiffres (82 %); et leur enfant joue plus avec des crayons ou des crayons de couleur (gribouillage ou dessin) (80 %).

Par l'entremise des études de cas, le personnel des sites de projets a signalé de nombreux avantages directs pour les enfants qui ont participé à des activités de développement de la petite enfance. Des exemples incluent des avantages pour le développement comme l'amélioration du langage (connaître et utiliser plus de mots) et la préparation à l'école.

Amélioration du bien-être des participants (PACE et PCNP)

Le financement du PACE et du PCNP fourni aux sites de projets a contribué à l'amélioration de la santé physique et mentale des parents et des fournisseurs de soins. Les sondages auprès des participants, les études de programme précédentes et les études de cas ont souligné comment la participation aux programmes a eu un impact sur la santé et le bien-être globaux des parents et des fournisseurs de soins.

Les résultats aux sondages des participants au PACE et au PCNP indiquent clairement que les programmes ont eu un impact important sur l'amélioration de la santé et du bien-être globaux des participants aux programmes (83 % pour le PACE et 92 % pour le PCNP). Aussi, les répondantes au sondage du PCNP ont essentiellement indiqué que le programme avait eu une influence positive sur leur grossesse (97 %). Une grande proportion des répondants aux sondages ont signalé que leur santé mentale s'était améliorée en raison de leur participation au programme (82 % pour le PACE et 83 % pour le PCNP). Aussi, les répondants au sondage du PACE ont également signalé qu'ils étaient plus aptes à composer avec les difficultés quotidiennes d'élever des enfants comme le sommeil, l'apprentissage de la propreté, les préférences alimentaires, etc. (84 %.)

Ces résultats sont conformes aux résultats sur le bien-être émotif de l'étude nationale sur le PACE de 2011. L'étude soulignait également que 55 % des coordonnateurs de projets ont indiqué que le PACE avait un fort impact sur l'amélioration de la santé mentale des parents (p. ex. réduction du stress, réduction de l'isolement, aiguillage vers des consultations).

Les études de cas ont illustré de façon anecdotique, par l'entremise d'entrevues avec des responsables et des participants aux programmes, que les participants aux programmes avaient amélioré leur estime de soi grâce à leur participation au programme. Par exemple, les participants ont amélioré leurs connaissances et compétences parentales positives, et ont eu l'occasion d'établir des amitiés et d'obtenir du soutien de groupe grâce au programme, lequel a, à son tour, amélioré la confiance en soi dans le rôle parental du participant ou du fournisseur de soins.

Impact sur les issues de grossesse et l'allaitement (PCNP)

L'impact du financement du PCNP sur les sites de projets comprend l'amélioration des issues de grossesse et l'introduction et la durée de l'allaitement. Des détails sont fournis au tableau 12. Ces impacts ont été notés dans le sondage auprès des participantes au PCNP de 2015, les études de programmes antérieures et les études de cas. Des comparaisons sont également faites avec la population générale.

Tableau 12 : Impact sur les issues de grossesse et l'allaitement (PCNP)

Profil de risque	PCNP (%) <i>Sondage auprès des participants 2015</i>	Population générale	
		(%)	Sources
Entreprendre l'allaitement	88,5 %	88,14 %	ESCC 2014
Naissances prématurées	8,3 %*	7,58 %	Statistique de l'état civil – Base de données sur les naissances 2011
Faible poids à la naissance	6,8 %	6,10 %	Statistique de l'état civil – Base de données sur les naissances 2011

* Les données pour le poids de naissance des prématurés proviennent du sondage sur l'OMRPDE – 2013-2014 réalisé auprès des organisations financées.

Issues de grossesse

Une étude du PCNP de 2012 (Muhajarine) a déterminé que les participantes les plus exposées au programme avaient tendance à obtenir moins d'issues de grossesse négatives que ceux moins exposés au programme. Elles étaient constamment moins susceptibles de donner naissance à un bébé prématuré ou de donner naissance à un bébé dont le poids de naissance est faible ou dont la santé est déficiente.

Les récentes données sur le rendement recueillies par le programme indiquent que les issues de grossesse pour les participantes sont semblables à ceux de la population générale. Dans le sondage des participantes au PCNP de 2015, 6,8 % des répondantes ont indiqué qu'elles avaient eu un bébé dont le poids à la naissance était faible. Ce taux était très près de celui de la population générale (6,10 %). De même, les sites de projets du sondage sur l'OMRPDE de 2013-2014 signalaient que 8,3 % des participantes avaient eu des bébés prématurés, comparativement à 7,57 % de la population générale.

Puisque de nombreuses participantes aux programmes connaissent des facteurs de risque qui sont connus pour accroître la probabilité d'issues défavorables de grossesse (voir la section 4.1 Besoin continu du programme), ces résultats témoignent de la valeur de la participation aux programmes.

Initiation à l'allaitement et durée

Il existe de nombreuses preuves importantes démontrant les avantages de l'allaitement autant pour les bébés que les mères. Les recherches démontrent également que la durée de l'allaitement produit encore plus d'avantages.

- Les résultats des sondages des participantes du PCNP de 2015, lorsque comparés à la population générale (ESCC 2014), indiquent que le taux d'initiation à l'allaitement était équivalent (88,5 % et 88,15 % respectivement).
- Un sondage du PCNP de 2012 (Muhajarine) a permis de déterminer que les participantes les plus exposées au programme avaient tendance à adopter des changements de comportement de santé plus positifs que celles moins exposées au programme. Elles sont constamment plus susceptibles d'allaiter leurs bébés, et ce, pendant une plus longue période.

Puisque de nombreuses participantes aux programmes connaissent des facteurs de risque qui sont connus pour diminuer la probabilité d'allaitement (voir la section 4.1 Besoin continu du programme), ces résultats témoignent de la valeur de la participation aux programmes.

Contribution et attribution : impacts à long terme pour les participants aux programmes

Comme il a été mentionné à la section 3.1 sur la portée, l'approche et la conception de l'évaluation, l'évaluation a été conçue pour démontrer les contributions possibles des programmes à l'atteinte des résultats prévus plutôt que des liens directs de causalité entre les programmes et les résultats. On reconnaît qu'il existe de nombreuses autres influences qui

pourraient avoir une incidence sur les changements touchant les connaissances, les compétences et les comportements de santé d'une personne. Comme pour tous les programmes communautaires, les organisations financées par le PACE et le PCNP travaillent en partenariat avec d'autres services locaux, ont une multitude de sources de financement et offrent une vaste gamme de services.

Comme l'indiquent d'autres sections du rapport, la majorité des organisations financées travaillent en partenariat avec d'autres intervenants (section 4.4.1 Partenariats) et reçoivent des contributions financières de ces derniers (section 4.5 Économie et efficacité). Il existe une importante variabilité dans le pourcentage du financement de projet global de l'Agence par l'entremise du PACE et du PCNP. Le pourcentage des contributions du PACE et du PCNP en relation avec le budget global pour les organisations financées n'était pas disponible pour tous les projets pour la présente évaluation. Cependant, pour les sites choisis pour les études de cas, le financement du PACE et du PCNP représentait de 8 à 40 % de leurs budgets globaux.

Une limite des données de mesure du rendement des programmes recueillies jusqu'à présent a un lien avec le besoin de mieux comprendre la portée et l'impact des programmes dans cette gamme de pourcentages du soutien financier de l'Agence. Il pourrait être possible d'obtenir une meilleure perspective des impacts du financement du PACE et du PCNP grâce à des analyses des résultats de santé signalés aux sites de projets où le pourcentage du financement de l'Agence est supérieur.

Bon nombre des organisations financées fournissent une vaste gamme de services sociaux et de services de santé à leurs clients. Le financement offert par l'entremise du PACE et du PCNP est de nature flexible, et les activités financées qui en découlent varient donc considérablement. Au sein de ces organisations financées visitées dans le cadre des études de cas menées pour la présente évaluation, les membres du personnel de projets ont cité de nombreuses façons dont le financement de ces deux programmes a été utilisé, y compris le transport pour les participants, des bons alimentaires, des activités structurées, des séances libres informelles, la garde de jour et le financement des postes du personnel.

Alors que l'évaluation n'a pas permis de confirmer l'obtention d'avantages à long terme en matière de santé, les examens des programmes comprenant des aspects semblables à ceux du PACE et du PCNP et de la documentation dans le domaine de la santé des enfants suggèrent que ces types de programmes peuvent produire des avantages au fil du temps pour la santé chez les participants^{48 49 50 51}. Étant donné la nature flexible des programmes communautaires, en plus de la multitude de partenaires de la prestation qui sont touchés, on reconnaît que ces avantages à long terme pour la santé sont le résultat de nombreuses influences.

4.5 Rendement : Question 5 – Démonstration d'économie et d'efficacité

En investissant au cours des premières années de la vie des enfants, on peut améliorer leurs résultats tout au long de leur vie, réduisant ainsi le fardeau économique qu'ils pourraient autrement imposer à la société. Des économies et des gains d'efficacité ont été réalisés par l'intermédiaire des mesures prises pour améliorer la prestation des programmes et la mesure du rendement. Il existe des occasions d'utiliser les données sur le rendement pour guider la prise de décisions dans le cadre des programmes.

La Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor du Canada et les directives contenues dans le document *Examiner l'utilisation des ressources des programmes dans le cadre de l'évaluation des programmes fédéraux* (2013) définissent la démonstration d'économie et d'efficacité à titre de mesure de l'utilisation des ressources par rapport à la production des extrants et des progrès réalisés quant aux résultats escomptés. Cette évaluation est fondée sur l'hypothèse que les ministères ont normalisé leurs systèmes d'évaluation du rendement et que les systèmes financiers permettent de relier l'information relative aux coûts des programmes à des intrants, à des activités, à des extrants et à des résultats escomptés précis.

La structure des données de l'information financière détaillée fournie pour le programme n'a pas facilité l'évaluation visant à déterminer si les extrants du programme avaient été produits avec efficacité, ou si les résultats escomptés avaient été atteints sur le plan économique. Plus particulièrement, l'absence de données sur les coûts visant particulièrement les extrants ou les résultats a limité la capacité d'utiliser des méthodes de comparaison des coûts. Compte tenu de ce qui précède, les responsables de l'évaluation ont produit des observations sur l'économie et l'efficacité en se fondant sur l'examen de la documentation, les entrevues auprès d'informateurs clés et les données financières pertinentes disponibles.

De plus, les constatations qui suivent fournissent des observations sur la pertinence et l'utilisation de l'information relative à la mesure du rendement appuyant l'évaluation et la prestation économiques et efficaces des programmes.

Financement

En examinant les totaux combinés des activités des programmes, on observe de légères variances entre les dépenses prévues et les dépenses réelles pendant la période évaluée. Comme le montre le tableau 13 ci-après, les variances de l'exercice financier au cours des 5 dernières années n'étaient pas importantes et variaient entre -1,21 % et +1,53 %. Dans l'ensemble, les programmes ont dépensé les budgets alloués.

Tableau 13 : Variance : Dépenses prévues et dépenses réelles 2010-2011 et 2014-2015 (M\$)

Année	Dépenses prévues (\$)				Dépenses réelles (\$)				Écart (\$)	% des dépenses par rapport au budget prévu
	S et C	F et E	Salaire	TOTAL	S et C	F et E	Salaire	TOTAL		
2010-2011	83 545 657	2 305 806	5 529 757	91 381 250	82 925 862	3 429 618	6 147 937	92 503 417	1 122 167	98,79 %
2011-2012	81 954 551	1 998 535	5 276 960	89 230 046	81 640 378	2 936 414	5 971 988	90 548 780	1 318 734	98,54 %
2012-2013	82 911 179	1 544 807	3 581 988	88 037 974	81 873 982	1 829 472	4 865 599	88 569 053	531 079	99,40 %
2013-2014	84 949 989	1 784 071	4 821 238	91 555 298	84 461 797	1 442 242	4 532 362	90 436 401	-1 118 897	101,24 %
2014-2015	81 888 888	1 502 321	5 317 864	88 709 073	81 882 288	1 349 708	4 138 971	87 370 967	-1 338 106	101,53 %
Total	415 250 264	9 135 571	24 527 807	448 913 642	412 784 307	10 987 456	25 656 857	449 428 618	514 976	99,89 %

* Données vérifiées par le Bureau du dirigeant principal des finances.

La rentabilité d'investir dans les enfants

Comme il est indiqué à la section 4.1 sur le besoin continu du programme, investir dans les enfants est rentable. Les interventions préventives en amont en matière de santé qui profitent aux enfants à risque et à leur famille produisent directement et indirectement des avantages économiques pour le système de santé et la société plus élargie. Bien que ce fait appuie le rôle de la plupart des activités de l'Agence liées à la santé maternelle et infantile (y compris la surveillance), les illustrations ci-dessous sont liées aux programmes communautaires financés par l'Agence.

En général, la documentation suggère que les initiatives de développement de la petite enfance peuvent influencer sur le bien-être, l'obésité, la santé mentale, les maladies du cœur, les compétences en littératie et numératie, la criminalité et la participation économique tout au long de la vie^{52 53}. Les interventions visant les compétences cognitives, linguistiques et sociales des enfants de la naissance à l'âge de 6 ans peuvent contribuer à leur développement général, à leur préparation à l'école, à leur rendement scolaire et à leurs perspectives d'emploi plus tard dans la vie. Aussi, une intervention précoce qui comprend la participation des parents et des fournisseurs de soins est un investissement en amont crucial pour la santé des enfants^{54 55 56 57}. Conformément à ces approches, les activités financées par le PACE (groupes de jeu, programmes d'éducation, cours sur la nutrition) portent sur des prédicteurs du développement sain de l'enfance en traitant de la santé et du développement social des enfants à risque.

Il y a des preuves dans la documentation que les interventions prénatales offrant un soutien social, une éducation sur l'allaitement et des consultations sur la nutrition a des conséquences positives sur le système de santé (p. ex. taux croissants d'initiation à l'allaitement, moins d'enfants prématurés, moins d'hospitalisations prénatales et moins de réhospitalisations des nourrissons)^{58 59 60}. Les sites financés par le PCNP fournissent des compléments alimentaires ou des bons alimentaires, une formation sur la préparation des aliments, une éducation et du soutien en matière d'allaitement, une éducation et du soutien en matière de soins aux nourrissons et le développement de l'enfance, et de l'aiguillage ou des consultations concernant les problèmes ayant trait à la santé et aux modes de vie.

Bien qu'il n'y ait présentement aucune preuve expérimentale à long terme en soi pour montrer l'impact économique du financement du PACE et du PCNP au Canada, diverses études régionales et nationales ont montré que les organisations financées par le PACE et le PCNP ont eu un impact positif sur les participants aux programmes (p. ex. développement sain de l'enfant par une amélioration de la nutrition et de la santé des nourrissons et des enfants; amélioration des aptitudes sociales, émotionnelles et motrices; réduction de l'isolement des parents par des réseaux de soutien social et des environnements sociaux grâce aux connaissances parentales améliorées des services communautaires et des occasions d'interagir avec leurs collectivités) comme le présentent les sections 4.4.4, 4.4.5 et 4.4.6.

Prestation économique des programmes

Comme il est mentionné à la section 4.4.1 sur la portée des programmes, les allocations financières pour le PACE et le PCNP sont demeurées les mêmes depuis 1997 (pour le PACE) et 1999 (pour le PCNP) et n'ont pas été rajustées pour tenir compte de l'inflation. Selon les données du sondage sur l'OMRPDE de 2013-2014 auprès des organisations financées, bien qu'environ un tiers des organisations financées aient signalé réduire leurs programmes en raison d'un manque de financement, il semble que des résultats positifs continuent d'être obtenus au sein des organisations financées. Ce résultat pourrait être en partie attribuable aux organisations financées cherchant des fonds supplémentaires d'autres sources, l'utilisation de dons en nature et le renforcement des partenariats communautaires. (Pour d'autres détails sur les avantages des partenariats, voir la section 4.4.1.)

Les informateurs clés internes et les études de cas ont permis d'établir que l'inflation a amené les organisations à être créatives dans l'optimisation du financement d'autres partenaires. Selon les données du sondage sur l'OMRPDE de 2013-2014, 72 % des organisations financées par le PACE et 63 % des organisations financées par le PCNP ont reçu du financement d'autres sources (p. ex. autres ministères, autres ordres de gouvernement, organismes sans but lucratif) au cours de l'année précédente. Ces fonds s'élèvent à 38,3 millions de dollars (PACE) et à 21,8 millions de dollars (PCNP). Bien que les organisations financées par le PACE et le PCNP fassent souvent partie d'une organisation communautaire déjà établie, les personnes interviewées lors des études de cas ont indiqué que les accords de contribution triennaux de l'Agence offraient un financement stable, ce qui place les organisations en position favorable pour optimiser les fonds. On a également remarqué que certaines organisations offraient seulement des activités financées par le PACE ou le PCNP au début, puis optimisaient le financement, et sont maintenant en mesure d'élargir leurs services.

Selon le sondage sur l'OMRPDE de 2013-2014, les organisations financées par le PACE et le PCNP ont reçu des dons en nature de partenaires provinciaux, territoriaux, municipaux et communautaires (temps et compétences d'infirmières et infirmiers et de diététistes en santé publique, ressources pour appuyer les programmes, frais de location réduits). Les dons en nature étaient estimés à 7,3 millions de dollars (PACE) et à 9,3 millions de dollars (PCNP).

Comme il est énoncé à la section 4.4.1 sur les partenariats, les organisations financées collaborent bien avec d'autres partenaires communautaires. Les données probantes des études de cas et des évaluations précédentes indiquent que les sites sont bien intégrés dans leurs collectivités et travaillent en étroite collaboration avec leurs partenaires pour traiter des besoins en matière de santé maternelle et infantile. Les données du sondage sur l'OMRPDE de 2013-2014 indiquaient que 90 % des organisations financées avaient plus de 3 types différents de partenaires, y compris des organisations communautaires et en santé (p. ex. centres de santé communautaires, cliniques et unités de santé publique), des établissements d'enseignement et des centres de ressources familiales ou de la petite enfance.

En plus des économies dans la prestation des programmes pour les sites du PACE et du PCNP, les activités connexes en santé maternelle et infantile (CCES, Enquête sur les CSEAS, SCSP et PCSP) ont également démontré comment l'Agence a été en mesure de miser sur d'importants extrants à l'aide d'investissements relativement modestes (voir l'annexe sur la ventilation financière détaillée par secteur de programme) et de partenariats stratégiques.

- Le CCES produit et diffuse des ressources scolaires clés à l'échelle nationale sur la santé des enfants par l'entremise d'un réseau multisectoriel et plurigouvernemental unique de chefs de file de la santé et de l'éducation au Canada.
- L'Enquête sur les CSEAS, mise en œuvre grâce à un partenariat conclu avec des experts universitaires, est une source clé de données et de connaissances nationales et internationales en surveillance sur les comportements des enfants d'âge scolaire.
- Le SCSP recueille des données de surveillance de sources fiables pour faire d'importantes contributions à la base de données probantes nécessaire à la prise de décisions concernant les politiques et les programmes en santé des mères et des enfants.
- Le PCSP, offert en partenariat par l'entremise de la Société canadienne de pédiatrie, profite des réseaux établis avec des professionnels de la santé pour recueillir des données de surveillance opportunes relativement à une vaste gamme de questions de santé pédiatrique.

Gains en efficience interne

De récents changements organisationnels au sein de l'Agence (Centre d'expertise sur les subventions et les contributions, Centre pour la promotion de la santé et Opérations régionales) se sont traduits par des gains en efficacité plus grands en matière de programmes.

Au cours des trois dernières années, des gains d'efficacité administrative ont été réalisés par la centralisation de la gestion des accords de contribution pour l'Agence sous la direction du Centre d'expertise sur les subventions et les contributions dans la RCN. Le PACE et le PCNP comprennent le plus important budget et les chiffres les plus élevés de tous les programmes de subventions et de contributions de l'Agence. Les coûts administratifs ont été réduits de 50 %, une baisse accompagnée d'une réduction nette de 90 employés participant à l'administration directe. Le cas échéant, de multiples ententes de contribution avec des organisations uniques ont été consolidées, réduisant le nombre d'ententes étant administrées de quelque 1 300 à 850 (réduction de 34 %) pour tous les programmes de l'Agence, y compris les accords de contribution consolidés pour les organisations financées par le PACE, le PCNP et le PAPACUN (un de ceux-ci ou

plusieurs). Aussi, des ententes pluriannuelles rationalisées ont été mises en place pour une période allant jusqu'à 3 ans. La centralisation des accords de contribution a également mené à des gains d'efficacité par la normalisation d'outils pour faire le suivi des accords de contribution et en faire rapport.

Dans le cadre du même exercice de réaffectation budgétaire de l'Agence en 2012-2013, au sein du Centre pour la promotion de la santé et des Opérations régionales, les rôles nationaux et régionaux dans la gestion du PACE et du PCNP ont été réalignés. Ces décisions ont entraîné une diminution des ressources financières et humaines pour le PACE et le PCNP. Le programme a été adapté à ces réductions de nombreuses façons, y compris la rationalisation des activités de mesure du rendement.

L'Agence a également établi une structure combinée de gouvernance interne et externe pour de nombreux programmes de santé pour les enfants (PACE, PCNP, PAPACUN et ETCAF). Le Comité de gouvernance des programmes (CGoP) et le Comité de gestion des programmes (CGeP) ont tous deux été créés en juillet 2014. Le CGoP fournit une orientation stratégique pour les programmes, ainsi que des lignes directrices au CGeP et un processus décisionnel. Le rôle du CGeP est de superviser la prestation des programmes et de fournir des conseils et une orientation opérationnels pour les quatre secteurs de programme concernant les enfants. Bien qu'il soit trop tôt pour évaluer l'efficacité de ces structures de gouvernance, ces changements devraient permettre aux programmes d'avoir des processus et des mécanismes rationalisés de prise de décisions et d'établissement des priorités.

Les entrevues auprès d'informateurs clés internes ont souligné comment les activités du PACE et du PCNP et les autres activités connexes en santé maternelle et infantile ont fait avancer les autres priorités de l'Agence. Grâce à l'élaboration et à la diffusion de données de surveillance et de produits de connaissances, le soutien pour une variété de priorités de l'Agence s'est concrétisé, y compris dans les secteurs de la prévention des maladies chroniques et infectieuses. Grâce aux relations avec les organisations financées établies depuis longtemps (points d'accès pour les services sociaux), les programmes communautaires appuyaient les priorités de l'Agence, y compris l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, la violence familiale, la prévention des blessures et le statut d'Autochtone. On a noté qu'il est possible d'améliorer davantage la collaboration pour d'autres priorités.

Secteur d'inefficience potentielle

Il pourrait y avoir des occasions d'améliorer la collaboration externe avec les CCG. Comme il est décrit à la section 4.3 sur la portée des programmes, dans le cadre de la structure de gouvernance pour le PACE (1993) et le PCNP (1995), ces comités ont été établis entre le gouvernement fédéral et chaque province et territoire pour appuyer l'engagement à l'égard des questions relatives à la santé maternelle et infantile.

La vérification des programmes de soins de santé maternelle et infantile interne de 2015 a permis de découvrir que certains comités sont plus actifs que d'autres, un comité étant inactif et ceux étant actifs jouant différents rôles. Un examen des comptes rendus de décisions découlant des réunions des CCG tenus lors des exercices 2013-2014 et 2014-2015 a permis d'établir que les

réunions portaient principalement sur le processus de renouvellement des organisations financées par le PACE et le PCNP existantes. Ces conclusions indiquent que les CCG ont transformé leurs rôles au cours des 20 dernières années. La vérification contient une recommandation, à savoir que le mandat des CCG soit mis à jour pour refléter leurs rôles actuels. En raison de cette transformation du rôle des CCG, il est possible de chercher d'autres mécanismes pour s'assurer que les mécanismes des ETP fournissent des conseils stratégiques à valeur ajoutée.

Alors que la vérification se voulait un examen en profondeur des CCG, l'évaluation ne portait pas sur ces comités. Cependant, des discussions pertinentes ont été tenues avec certains informateurs clés. Certains informateurs clés externes ont souligné le besoin pour les provinces d'améliorer la communication avec le gouvernement fédéral. La majorité des informateurs clés des études de cas ont indiqué qu'ils n'étaient pas au courant de l'existence des CCG et de leur rôle dans la facilitation de la collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux. Toutefois, ils ont noté que le gouvernement fédéral pouvait jouer un plus grand rôle dans la facilitation de la coordination stratégique des services (p. ex. coordination par l'entremise d'une table de planification quadrimestrielle) avec les provinces et les territoires.

Aussi, il pourrait être possible d'améliorer les mécanismes d'échange des renseignements entre le Centre pour la promotion de la santé et les CCG, ainsi que parmi les CCG. Quelques membres des CCG ont signalé qu'ils n'avaient pas reçu des données sur la mesure du rendement, mais estimaient que cela leur permettrait de prendre des décisions éclairées et de mieux comprendre les besoins de leurs collectivités. Une autre suggestion pour appuyer les CCG dans leur travail : établir des mécanismes nationaux et régionaux pour échanger des pratiques exemplaires et les leçons apprises.

Mesure du rendement

Pour toutes les composantes des programmes (PACE, PCNP, CCES, Enquête sur les CSEAS, SCSP et PCNP), une représentation visuelle combinée (modèle logique d'évaluation) a été élaborée pour la présente évaluation. L'examen des documents et les entrevues auprès des informateurs clés ont indiqué que toutes les activités connexes (Enquête sur les CSEAS, SCSP et PCNP) recueillent des données sur le rendement (p. ex. rapports annuels, sondages auprès des intervenants, sommaires de résultats et évaluations).

Depuis avril 2013, la mesure du rendement pour le PACE et le PCNP est menée par le bureau national. En mai 2014, le Centre pour la promotion de la santé a élaboré une nouvelle stratégie mixte de mesure du rendement pour le PACE et le PCNP. Ce document évolutif fournit un aperçu des programmes, un modèle logique combiné du PACE et du PCNP, un plan de mesure du rendement et une stratégie d'évaluation. Il comprend des détails sur les types de renseignements sur le rendement qui seront recueillis et utilisés par les programmes.

Il existe des preuves que les données sur la mesure du rendement du PACE et du PCNP aient été recueillies et peaufinées au cours des cinq dernières années par le programme. Bien qu'il y ait certaines limites, des gains d'efficacité ont été réalisés.

- Entre 2010 et 2015, trois outils de mesure du rendement ont été utilisés pour recueillir des renseignements auprès des organisations financées en 2009-2010 (OIEN), en 2010-2011, e 2011-2012 (OIAN) et en 2013-2014 (OMRPDE). Il y avait certaines similitudes et différences dans les renseignements des projets recueillis par ces trois outils. Le sondage sur l'OMRPDE recueille des données combinées des projets pour le PACE, le PCNP et le PAPACUN. Cela réduit le fardeau pour les bénéficiaires du financement qui sont souvent financés par deux ou trois volets de programme.
- Plus récemment (printemps 2015), les sondages auprès des participants au PACE et au PCNP ont permis de recueillir des données des participants sur les résultats de programme. Des renseignements des participants aux projets ont été recueillis par des sondages rationalisés administrés auprès d'un échantillon de participants et d'organisations financées.
- À l'avenir, la stratégie de mesure du rendement donnera un aperçu de la façon dont le programme prévoit effectuer les sondages auprès des participants et sur l'OMRPDE à des intervalles réguliers. Cette approche facilitera la collecte de données comparables au fil du temps pour orienter les décisions sur la prestation des programmes. Bien que les données sur la mesure du rendement aient été antérieurement recueillies annuellement auprès des organisations financées, l'intention future vise à réaliser le sondage sur l'OMRPDE tous les deux ans.

Bien que de rationaliser les outils et les méthodes pour la collecte de données sur la mesure du rendement ait mené à des gains d'efficacité, il existe des limites dans l'interprétation et la comparaison des données en raison de la nature inhérente d'une conception de programme flexible et communautaire. La collecte de données des participants auprès d'un certain nombre d'organisations financées limite encore davantage la capacité des programmes d'attribuer les résultats aux activités financées par le PACE et le PCNP. Il existe également des difficultés inhérentes à comprendre la pleine portée de la sensibilisation pour les organisations financées, ainsi qu'à déterminer si les résultats des programmes sont respectés dans l'ensemble des sites. Aussi, la collecte de données ne couvre pas de façon cohérente tous les territoires de compétences financés, alors que les organisations dans le Nord ne remplissent pas le sondage sur l'OMRPDE et que les projets du PCNP du Québec ne remplissent pas le sondage sur l'OMRPDE ou les sondages auprès des participants de 2015.

Cependant, pour atténuer ces limites, comme le souligne la section 4.4. 6 sur les résultats liés à la santé, le secteur de programme pourrait restructurer le récit des résultats de programme pour illustrer plus précisément la complexité des contributions du PACE et du PCNP aux résultats liés à la santé pour les participants aux programmes. Un récit du rendement plus complet porterait sur la façon dont les organisations financées (souvent avec contributions d'autres partenaires) offrent une combinaison de programmes et comment ces programmes communautaires flexibles ont un impact sur la vie des participants aux programmes.

À l'avenir, le programme cherchera à surveiller et à évaluer continuellement les résultats des programmes ainsi que l'efficacité de leur gestion. Il prévoit utiliser des renseignements sur la mesure du rendement pour appuyer les décisions sur le processus de renouvellement de 2017. Comme il est mentionné à la section 4.4.3 sur la portée des programmes, il existe des occasions d'analyser les données démographiques et sur la mesure du rendement pour optimiser la portée des programmes et leur rendement pour les populations qui sont les plus vulnérables aux risques.

En vue d'améliorer le programme de façon continue, les données sur le rendement pourraient être utilisées pour mieux comprendre les réussites des organisations financées performantes et échanger des pratiques exemplaires avec toutes les organisations financées.

5.0 Conclusions

5.1 Conclusions relatives à la pertinence

5.1.1 Besoin continu

Le PACE, le PCNP et les activités connexes demeurent des activités et des programmes pertinents au Canada alors que la santé maternelle et infantile fait encore l'objet de nombreuses menaces. Ces investissements fournissent des programmes et des services qui répondent aux besoins des familles.

Alors que la plupart des enfants au Canada connaissent des conditions nécessaires pour obtenir des résultats sains, certains enfants et familles vivent dans des conditions qui les placent à risque d'obtenir des résultats médiocres en matière de santé. Certains des déterminants sociaux de la santé qui contribuent à ces conditions incluent les suivants : familles à faible revenu, faible niveau d'instruction, parents adolescents, familles monoparentales, Autochtones vivant hors réserve et immigrants récemment arrivés.

Pour de nombreuses familles canadiennes, le fait de vivre dans des conditions de risque a démontré des impacts néfastes sur la santé et le développement social des enfants. Les parents peuvent avoir des styles de vie qui ont un impact négatif sur leur propre santé et la santé de leurs enfants, comme une mauvaise nutrition prénatale et le tabagisme ou la consommation d'alcool pendant la grossesse. Après la naissance, l'environnement de l'enfant continue d'influer sur son développement, le risque pour certains problèmes, comme la violence familiale, le manque de stimulation ou de jeu ou les blessures non intentionnelles, étant plus grand. Ces expériences peuvent avoir un impact sur la capacité de l'enfant de devenir un adulte sain et productif. La documentation suggère que les parents qui comprennent comment les enfants se développent et qui utilisent des techniques parentales efficaces élèvent des enfants plus en santé et plus heureux.

5.1.2 Harmonisation avec les priorités du gouvernement

Le PACE, le PCNP et les activités connexes sont pertinents au chapitre de leur apport aux priorités du gouvernement du Canada et de l'Agence. Ces investissements visent à réduire les écarts en santé et à renforcer la santé publique, contribuant ainsi au résultat élargi du gouvernement du Canada, soit des Canadiens en santé.

Les engagements du gouvernement du Canada à l'échelle nationale et internationale sont traités par l'entremise du PACE, du PCNP et des activités connexes. Le gouvernement fédéral a pris plusieurs engagements nationaux pour traiter des inégalités en santé, en particulier celles liées au bien-être des enfants et de leur famille. Par exemple, de récents discours du Trône ont souligné la

valeur des familles comme étant la pierre angulaire de notre société et indiqué que les familles s'attendent à des collectivités saines et sécuritaires en partie en traitant de la pauvreté et des autres problèmes sociaux persistants. Ces programmes et activités contribuent également aux engagements internationaux, comme le respect des engagements et des priorités stratégiques du gouvernement du Canada liés à la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant et aux Objectifs de développement du Millénaire.

5.1.3 Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral

L'exécution des programmes de santé maternelle et infantile et la réalisation des activités connexes cadrent bien avec le rôle du gouvernement fédéral et de l'Agence.

Les autorités législatives et les responsables de programme en place s'expriment sur le rôle du gouvernement fédéral et confient à l'Agence un mandat pour viser les populations à risque, veiller à la surveillance, assurer un leadership national et échanger des connaissances et des pratiques exemplaires. Bien que ce soit les provinces et les territoires qui assument principalement la responsabilité des services sociaux et de santé relatifs au développement de la petite enfant et à la santé maternelle, le gouvernement du Canada joue un rôle de soutien lorsque le besoin se fait sentir pour traiter d'une question de portée nationale, combler des lacunes touchant une population vulnérable et compléter les investissements provinciaux ou territoriaux.

Bien que de nombreux groupes d'intervenants soient engagés dans la promotion de la santé des enfants canadiens et de leur mère, y compris l'élaboration et la diffusion de produits de connaissances pour les professionnels de la santé et leurs clients, le rôle de l'Agence semble complémentaire aux autres ministères fédéraux, provinces et territoires, et aux organisations non gouvernementales.

5.2 Conclusions relatives au rendement

5.2.1 Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

Les partenariats ont fait partie intégrante de l'élaboration et de la mise en œuvre des programmes de santé maternelle et infantile de l'Agence depuis leur début. Les organisations financées par le PACE et le PCNP ont été en mesure de créer, de maintenir et de développer des partenariats multisectoriels dans le cadre du continuum complémentaire de services traitant des besoins des enfants, des mères et des familles en matière de santé. Les avantages de ces partenariats comprennent la capacité d'obtenir des ressources de programme supplémentaires et d'améliorer la prestation des programmes. En réalité, le maintien et le développement de partenariats ont été essentiels pour la durabilité de nombreuses organisations financées par les programmes. D'autres activités connexes (CCES, Enquête sur les CSEAS, SCSP et PCSP) ont toutes été conçues et diffusées avec succès grâce à de nombreux partenariats de longue date, y compris d'autres territoires de compétences, organisations fédérales, établissements universitaires et organisations multinationales.

La DEJ, en collaboration avec des intervenants, a élaboré et diffusé une variété de produits de connaissances pour traiter des lacunes en matière de ressources communautaires et faire avancer les priorités de l'Agence. Il existe des preuves de la grande utilisation de ces produits et de la satisfaction à leur égard, bien que leur utilisation dans les provinces et les territoires et les produits varient. On pourrait donner un caractère officiel à un plan stratégique de manière à continuer de jouer un rôle complémentaire à l'égard des ressources pour les professionnels de la santé et les parents, qui ont été produites par d'autres intervenants, et de tirer pleinement parti des ressources limitées de développement et d'échange de connaissances. D'autres activités connexes (CCES, Enquête sur les CSEAS, SCSP et PCSP) ont permis de travailler avec des partenaires pour mener des recherches et une surveillance, puis élaborer et diffuser des produits de connaissances de pointe et opportuns pour traiter des besoins en renseignements fondés sur des données probantes en santé maternelle et infantile.

En ce qui concerne la portée des programmes, la proportion de participants aux projets financés par le PACE et le PCNP caractérisés par une condition de risque ou plus (comme le faible revenu, une faible instruction, le statut d'Autochtone, les nouveaux immigrants, les parents adolescents et l'insécurité alimentaire) est plus élevée que les taux signalés pour ces conditions parmi la population canadienne générale, démontrant que ces programmes communautaires atteignent les femmes enceintes, les parents et les fournisseurs de soins et les enfants qui sont le plus dans le besoin. La combinaison d'organisations financées pour le PACE et le PCNP est demeurée très stable au cours des quelque 20 dernières années. Des analyses ont été menées sur la distribution des sites de projet quant à toute transformation potentielle des données démographiques et des besoins communautaires actuels. À l'aide des analyses démographiques et géographiques, il se pourrait que l'on procède à d'autres analyses d'une variété de sources de données afin d'explorer les écarts et de tirer pleinement parti de la portée des programmes.

En ce qui concerne la contribution aux résultats en santé faite par le financement du PACE et du PCNP, les organisations financées ont eu un impact positif sur les parents et les fournisseurs de soins et leurs enfants. Les participants ont acquis des connaissances et renforcé leurs compétences, surtout des connaissances sur la nutrition, les modes de vie sains, la santé prénatale et le soin aux bébés, ainsi que la façon d'accéder à d'autres services communautaires. De nouvelles connaissances ont été liées aux capacités d'adaptation et à la compétence du parent, et ont amélioré les relations. Les parents et les fournisseurs de soins ont adopté des pratiques exemplaires pour eux-mêmes et leur famille, en particulier en ce qui concerne la santé prénatale, la nutrition et les modes de vie sains, la socialisation, et la cessation du tabagisme et de la consommation d'alcool. Il y avait un impact positif sur la santé et le bien-être des parents, des fournisseurs de soins et de leurs enfants, y compris des améliorations de la santé physique et mentale des parents et des fournisseurs de soins et la santé et le développement social des enfants. Il faut noter, concernant les programmes prénataux, qu'il y a eu des impacts positifs sur les issues de grossesse et l'allaitement.

5.2.2 Démonstration d'économie et d'efficience

La recherche indique que la prévention des problèmes de santé tôt dans la vie a un grand potentiel pour réduire les inégalités en matière de santé. La valeur de la prévention précoce en amont est une façon économique de promouvoir la santé et le bien-être des personnes. Une

évaluation de l'impact économique de ces programmes communautaires a démontré que les organisations financées par le PACE et le PCNP ont obtenu avec succès du financement supplémentaire et des ressources en nature grâce à leurs relations avec d'autres partenaires. Les activités connexes (CCES, Enquête sur les CSEAS, SCSP et PCSP), par l'entremise de partenariats stratégiques avec des intervenants externes, ont donné lieu à d'importants produits de développement et d'échange de connaissances grâce à des investissements relativement petits de la part de l'Agence.

La récente centralisation de l'administration et de la gestion du PACE et du PCNP a permis à l'Agence de réaliser des gains en efficacité dans la prestation de ces programmes communautaires. Les coûts administratifs ont été réduits par la consolidation (et donc la réduction) du nombre d'accords de contribution, la réduction du nombre d'employés administrant ces accords et la normalisation des outils. La restructuration de la gestion des programmes a donné lieu à une rationalisation de la structure de gouvernance et des processus internes, comme la mesure du rendement.

Les activités de la mesure du rendement sont harmonisées avec les priorités de la Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques et des efforts ont été déployés pour recueillir des données sur le rendement dans l'ensemble des secteurs de programme. Il existe présentement une stratégie de mesure du rendement pour le PACE et le PCNP, y compris des activités de développement et d'échange de connaissances. Les outils et les approches de collecte de données ont été peaufinés au fil du temps. Il est possible de continuer de peaufiner le récit du rendement pour les activités de santé maternelle et infantile, et d'utiliser la mesure du rendement et les données démographiques pour appuyer la prise de décisions relatives aux programmes.

6.0 Recommandations

Le Centre pour la promotion de la santé et le Centre de prévention des maladies chroniques ont établi des relations à long terme avec des intervenants dans le domaine de la santé maternelle et infantile au Canada. En ce qui concerne le rendement, au cours des cinq dernières années, les intervenants ont apprécié le leadership de l'Agence, le financement des programmes communautaires ciblés, ainsi que les produits de surveillance et de connaissance qui traitent des besoins des populations à risque. De nombreuses améliorations ont été apportées à la gouvernance et à l'administration de bon nombre de ces activités.

Bien qu'il y ait eu de nombreuses réalisations, les deux recommandations sont énoncées pour aider l'Agence à améliorer continuellement ses activités communautaires en santé maternelle et infantile et de développement et d'échange de connaissances.

Recommandation 1

Reconnaître que de nombreux acteurs ont un rôle à jouer dans la conception et la présentation des produits de connaissances sur la santé maternelle et infantile au Canada, mettre en œuvre un plan stratégique de développement et d'échange de connaissances et lui donner un caractère officiel de manière à assurer la complémentarité des ressources de l'Agence et à tirer pleinement parti de ces ressources.

Actuellement, la Division de l'enfance et de la jeunesse ne dispose pas d'un plan stratégique qui pourrait guider la prise de décisions relatives aux priorités au chapitre du développement et de l'échange des connaissances. Bien que l'Agence ait collaboré avec les intervenants afin de concevoir et de présenter des produits de connaissances dans le but de soutenir ses programmes communautaires, il est bien connu que les provinces, les territoires et les organisations non gouvernementales conçoivent aussi des produits de connaissances pour les professionnels de la santé et les parents sur des sujets qui touchent la santé maternelle et infantile. Des sources clés ont insisté sur l'importance de collaborer avec les intervenants afin de s'assurer de la complémentarité des ressources et de sensibiliser les personnes visées quant à une portée élargie des produits. Les sources clés ont aussi indiqué qu'il fallait voir à ce que les produits, tant nouveaux qu'existants, combler les lacunes sur le plan des connaissances et demeurent d'actualité. À la suite de la temporisation du Fonds pour les projets nationaux en 2014-2015, il sera primordial de revoir les priorités et de mettre au point une démarche officielle pour la Division de l'enfance et de la jeunesse aux fins suivantes : (a) subvenir de manière plus appropriée aux besoins actuels et émergents au Canada de produits d'information sur la santé communautaire des mères et des enfants afin de soutenir les populations vulnérables et (b) repérer et communiquer à l'échelle nationale les meilleures pratiques aux organisations financées.

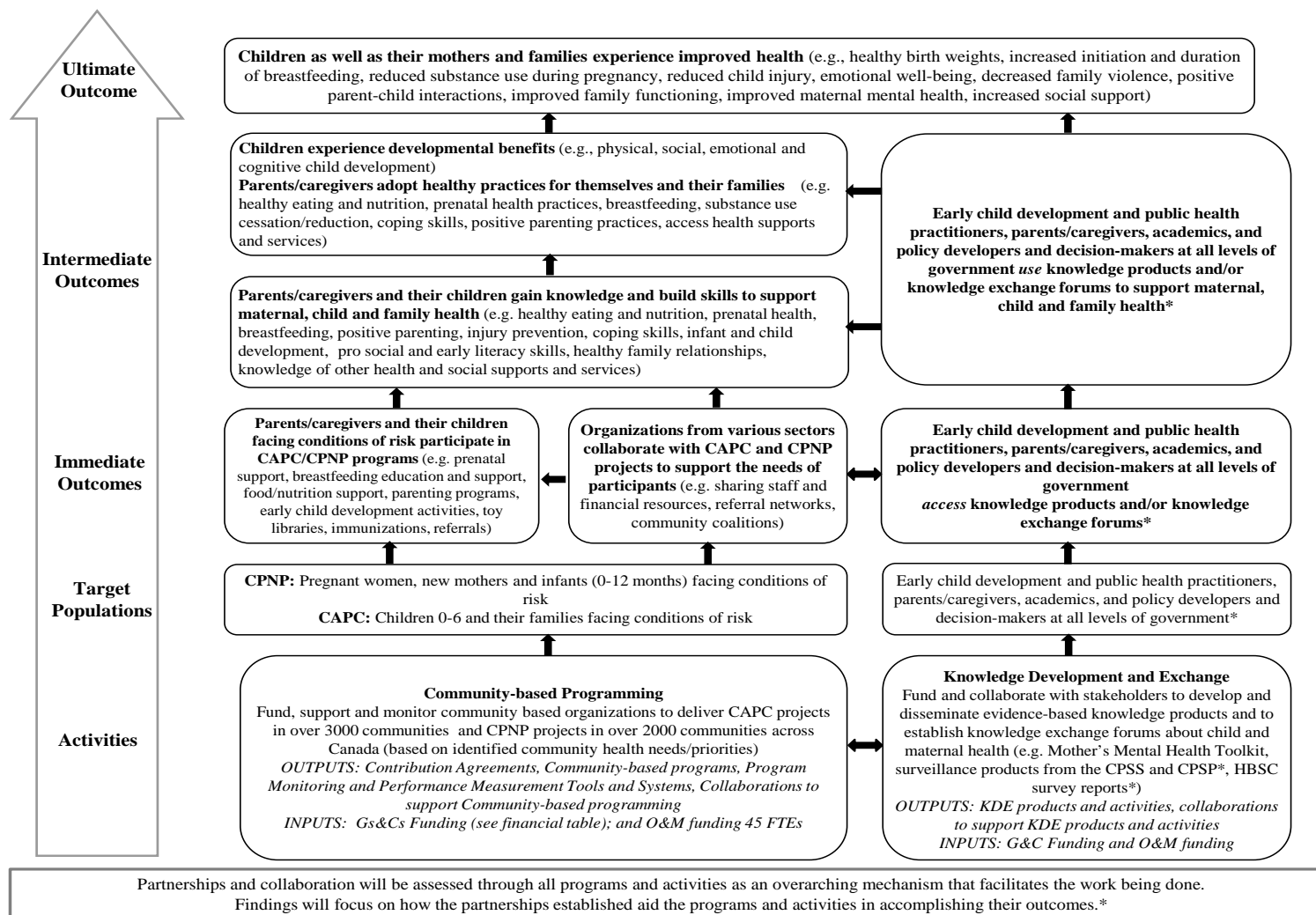
Recommandation 2

Revoir les données démographiques (y compris les données de système d'information géographique) afin de mieux comprendre les tendances au sein de la population et les changements qui surviennent, et explorer les possibilités de tirer pleinement parti de la portée du programme.

La distribution des organisations financées par les programmes est demeurée stable au cours des 20 dernières années. Des preuves donnent à penser que le PACE et le PCNP touchent actuellement les populations à risque visées. Cependant, il arrive que la demande pour ces programmes dépasse la capacité de certains bureaux. Même si des efforts ont été déployés pour revoir les données nationales et régionales et ainsi évaluer les possibles déplacements dans la distribution démographique des populations qui sont les plus vulnérables à la conjoncture de risque, il y aurait lieu de procéder à d'autres analyses.

Annexe 1 – Représentation visuelle des activités

Activités faisant partie de la portée de l'évaluation du PACE, du PCNP et des activités connexes



Annexe 2 – Résumé des constatations

Cotation des constatations

Les cotations ont été fournies afin d'indiquer le degré accordé à chaque question ou enjeu lié à l'évaluation.

Symboles de cotation de la pertinence et signification

Un résumé de la cotation de la pertinence est présenté au tableau 1 ci-dessous. La légende contient une description des symboles de cotation de la pertinence et leur signification.

Tableau 1 : Symboles de cotation de la pertinence et signification

Question d'évaluation	Indicateurs	Cote générale	Résumé
Nécessité de maintenir le programme			
Dans quelle mesure les menaces pour la santé des enfants, de leur mère et de leur famille persistent-elles?	<ul style="list-style-type: none"> Taux de la population canadienne à risque (p. ex. faible revenu, faible instruction, statut d'Autochtone, immigrants récemment arrivés, mères ou parents adolescents, parents ou fournisseurs de soins monoparentaux) comparativement à la population générale Description des menaces auxquelles font face les populations à risque comparativement à la population générale, comme : (a) pratiques de santé personnelle et bien-être (p. ex. tabagisme, consommation d'alcool, allaitement, nutrition) et (b) accès aux services de soutien. 	Cote élevée	<p>Le PACE, le PCNP et les activités connexes demeurent des activités et des programmes pertinents au Canada puisque la santé maternelle et infantile fait encore l'objet de nombreuses menaces. La conjoncture de risque (p. ex. faible revenu, faible niveau de scolarité, statut d'Autochtone, parents uniques, immigrants récemment arrivés et parents adolescents) peut nuire à la santé et au bien-être des familles.</p> <p>Lorsque les familles et les personnes sont touchées par les conditions de risque discutées ci-dessus, la recherche démontre qu'elles sont plus à risque d'adopter un style de vie malsain qui pourrait avoir un impact négatif sur leur santé et la santé de leurs enfants. Les taux d'allaitement sont inférieurs à ceux de la population générale pour les populations à faible revenu, les personnes peu instruites, les parents uniques et les parents adolescents. Les taux de tabagisme pendant la grossesse sont supérieurs pour les parents à faible revenu, les parents peu instruits, les parents portant le statut d'Autochtone, les parents uniques et les parents adolescents. Les parents adolescents buvaient également plus souvent pendant la grossesse.</p>

Légende – Symboles de cotation de la pertinence et signification

- Élevé** Il y a un besoin manifeste pour les activités du programme; il y a un lien manifeste entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont clairs.
- Partiel** Il y a un besoin partiel pour les activités du programme; il y a un certain lien direct ou indirect entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont partiellement clairs.
- Faible** Il n'y a pas de besoin manifeste à l'égard des activités du programme; il n'y a pas de lien manifeste entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme n'ont pas été clairement définis.

Question d'évaluation	Indicateurs	Cote générale	Résumé
Quelles preuves appuient les investissements en amont chez les jeunes enfants sur la santé tout au long du parcours de vie (p. ex. adoption de comportements sains)?	<ul style="list-style-type: none"> Preuves de l'importance d'une petite enfance saine sur le reste des étapes de la vie d'une perspective de promotion de la santé de la population 	Cote élevée	Les investissements de l'ASPC dans le PACE, le PCNP et les activités connexes visent à soutenir les services et les programmes, les partenariats connexes et le développement et l'échange de connaissances liés aux besoins des familles à risque. Selon des recherches sur la santé de la population, ces types d'investissement en amont, dès la plus tendre enfance, sont le plus susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être futurs des personnes.
Harmonisation avec les priorités du gouvernement			
Quelles sont les priorités du gouvernement fédéral liées au développement sain des enfants?	<ul style="list-style-type: none"> Preuves des priorités fédérales dans le sain développement des enfants, y compris les familles et les populations à risque 	Cote élevée	Le PACE, le PCNP et les activités connexes liées à la santé des mères et des enfants sont harmonisés avec la grande priorité du gouvernement du Canada qui a été soulignée dans les discours du Trône, les budgets, et les autres documents stratégiques fédéraux clés. La santé des mères, des nouveau-nés et des enfants demeure également une priorité de développement international.
Quelles sont les priorités de l'Agence liées au développement sain des enfants?	<ul style="list-style-type: none"> Preuves des priorités de l'Agence dans le sain développement des enfants, y compris les familles et les populations à risque 	Cote élevée	L'Agence a cerné le traitement des inégalités en santé par une variété d'activités sur la santé maternelle et infantile comme une priorité clé dans de nombreux documents de planification organisationnelle, y compris divers Rapports sur les plans et les priorités, le profil de risque de l'Agence et le plan stratégique de 2013 à 2018 de l'Agence.
Les activités actuelles s'harmonisent-elles avec les priorités?	<ul style="list-style-type: none"> Les activités actuelles de l'Agence s'harmonisent avec les priorités fédérales et les priorités de l'Agence. 	Cote élevée	<p>Le PACE, le PCNP et les activités connexes sont pertinents au chapitre de leur apport aux priorités du gouvernement du Canada et de l'Agence. Ces investissements permettent de réduire les inégalités en matière de santé chez les mères et les enfants à risque, en plus d'améliorer la santé publique. De fait, ils contribuent à la priorité globale du gouvernement du Canada : protéger les familles canadiennes et leurs collectivités.</p> <p>Le PACE et le PCNP font partie intégrante des mesures prises par le gouvernement du Canada afin d'honorer ses engagements à l'échelle internationale dans le cadre de la Convention relative aux droits de l'enfant des Nations Unies et des Objectifs du Millénaire pour le développement.</p>
Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral			
Quel est le rôle de santé publique du gouvernement fédéral en ce qui concerne le développement sain des enfants?	<ul style="list-style-type: none"> Preuves du rôle fédéral en santé mentale dans (a) le développement sain des enfants, (b) les populations à risque et équité en santé (y compris le financement fédéral des programmes communautaires, (c) la surveillance et (d) le leadership national (p. ex. développement et échange de connaissances). 	Cote élevée	Le gouvernement fédéral et l'Agence doivent administrer les programmes de santé maternelle et infantile, et les activités connexes. Les autorités législatives et les responsables de programme en place s'expriment sur les fonctions du gouvernement fédéral et ils confient à l'Agence un mandat visant à fournir le leadership national, à s'occuper de la surveillance et à échanger les connaissances et les pratiques exemplaires.

Légende – Symboles de cotation de la pertinence et signification

- Élevé** Il y a un besoin manifeste pour les activités du programme; il y a un lien manifeste entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont clairs.
- Partiel** Il y a un besoin partiel pour les activités du programme; il y a un certain lien direct ou indirect entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont partiellement clairs.
- Faible** Il n'y a pas de besoin manifeste à l'égard des activités du programme; il n'y a pas de lien manifeste entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme n'ont pas été clairement définis.

Question d'évaluation	Indicateurs	Cote générale	Résumé
Les activités en cours s'harmonisent-elles avec le rôle du gouvernement fédéral en santé publique dans ce domaine?	<ul style="list-style-type: none"> • Activités courantes relatives à la santé des mères, des enfants et des familles • Activités courantes s'harmonisant avec le rôle du gouvernement fédéral en matière de santé publique 	Cote élevée	Au cours des 20 dernières années, les rôles et les activités du PACE et du PCNP et des activités connexes sont demeurés conformes à leurs autorisations originales. Les activités actuelles de l'Agence relatives aux programmes s'harmonisent avec les rôles de programmes définis dans le secteur de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chez les enfants et les mères, ainsi que les secteurs connexes de surveillance, de leadership et d'échange de connaissances et de pratiques exemplaires.
Le rôle du gouvernement fédéral en santé publique est-il en situation de double emploi ou complète-t-il le rôle des partenaires et des intervenants? Y a-t-il des lacunes?	<ul style="list-style-type: none"> • Rôle (a) d'autres secteurs de programme au sein de l'Agence et de Santé Canada traitant de la santé des mères et des enfants, (b) des provinces et des territoires, (c) des collectivités locales et des gouvernements municipaux et (d) des organisations non gouvernementales. • Présence ou absence de dédoublement, de chevauchement et de complémentarité du rôle entre le rôle fédéral en santé publique et le rôle (a) d'autres secteurs de programme au sein du portefeuille de la santé, (b) des provinces et des territoires, (c) des collectivités locales et des gouvernements municipaux et (d) des organisations non gouvernementales. 	Cote élevée	Bien que ce soit les provinces et les territoires qui assument principalement la responsabilité de la santé maternelle et infantile, l'Agence assume une fonction complémentaire puisque le gouvernement du Canada joue un rôle de soutien lorsque le besoin se fait sentir pour traiter une question de portée nationale, combler des écarts touchant une population vulnérable et se combiner aux orientations provinciales et territoriales.

Légende – Symboles de cotation de la pertinence et signification

- Élevé** Il y a un besoin manifeste pour les activités du programme; il y a un lien manifeste entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont clairs.
- Partiel** Il y a un besoin partiel pour les activités du programme; il y a un certain lien direct ou indirect entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont partiellement clairs.
- Faible** Il n'y a pas de besoin manifeste à l'égard des activités du programme; il n'y a pas de lien manifeste entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme n'ont pas été clairement définis.

Symboles de cotation du rendement et signification

Un résumé de la cotation du rendement est présenté au tableau 2 ci-dessous. La légende contient une description des symboles de cotation du rendement et leur signification.

Tableau 2 : Symboles de cotation du rendement et signification

Enjeux	Indicateurs	Cote générale	Résumé
Atteinte des résultats escomptés (efficacité)			
Dans quelle mesure les intervenants en développement de la petite enfance et en santé publique, les universitaires et les parents et fournisseurs de soins consultent-ils les produits de connaissances?	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre et type de produits de connaissances élaborés dans le cadre du PACE, du PCNP, du CCES, de l'Enquête sur les CSEAS et des activités de surveillance, y compris (a) le public cible (p. ex. parents, fournisseurs de soins, universitaires et professionnels de la santé publique) et (b) la méthode de distribution. • Preuves d'accès aux produits de connaissances parmi (a) les parents et fournisseurs de soins, (b) les praticiens et les universitaires et (c) les décideurs et les responsables des politiques. • Preuves de satisfaction (p. ex. opportunité, caractère approprié, disponibilité) à l'égard des produits par la population cible, soit (a) les parents et fournisseurs de soins, (b) les praticiens et les universitaires et (c) les décideurs et les responsables des politiques. 	Progrès réalisés; d'autres travaux nécessaires	Entre 2010-2011 et 2014-2015, la DEJ, souvent en collaboration avec les Opérations régionales, a élaboré une gamme de produits de connaissances pour appuyer la prestation du PACE et du PCNP et fournir aux familles canadiennes des renseignements pour améliorer leur santé et leur bien-être. Des informateurs clés ont cerné un certain nombre de défis qui pourraient être surmontés grâce à une meilleure planification stratégique horizontale du développement et de l'échange des connaissances pour cerner les priorités. La DEJ reconnaît le besoin de mettre en place un plan pour s'assurer qu'une approche stratégique est prise dans le cadre de la planification des activités de développement et d'échange des connaissances et la production de rapports sur le sujet à l'avenir.
Dans quelle mesure les intervenants en développement de la petite enfance et en santé publique, les universitaires et les parents et fournisseurs de soins ont-ils utilisé les produits de connaissances pour favoriser la santé des mères, des enfants et des familles?	<ul style="list-style-type: none"> • Preuves de la mesure dans laquelle les produits de connaissances ont été utilisés par (a) les parents et les fournisseurs de soins, (b) les praticiens et les universitaires et (c) les décideurs et les responsables des politiques. 		D'autres activités connexes (CCES, Enquête sur les CSEAS, SCSP et PCSP) ont permis de travailler avec des partenaires pour mener des recherches et une surveillance, puis d'élaborer et de diffuser des produits de connaissances de pointe et opportuns pour traiter des besoins en matière de renseignements fondés sur des données probantes en santé maternelle et infantile. Ces produits ont été utiles aux intervenants.

Légende – Symboles de cotation du rendement et signification

Atteint	Les résultats ou les objectifs visés ont été atteints.
Progrès réalisés; d'autres travaux nécessaires	De grands progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, mais une attention est encore nécessaire.
Peu de progrès; attention prioritaire	Peu de progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, et une attention est nécessaire en priorité.

Enjeux	Indicateurs	Cote générale	Résumé
Quels avantages ont été tirés de la fonction de collaboration et des partenariats au sein de l'Agence et avec diverses organisations et les ordres de gouvernement?	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre et type de collaborations et de partenariats au sein de l'Agence ainsi qu'auprès de différentes organisations ou divers ordres de gouvernement, y compris ceux formés par l'entremise (a) du PACE et du PCNP, (b) du CCES, (c) de l'Enquête sur les CSEAS et (d) des activités de surveillance. • Preuves de la valeur de ces collaborations et de ces partenariats, y compris (a) les connaissances acquises, (b) une meilleure sensibilisation auprès de la population cible, (c) le financement obtenu, (d) les dons en nature et (e) la réduction du dédoublement des efforts • Preuves de lacunes, de défis et d'occasions dans le cadre des collaborations et des partenariats 	Atteint	<p>Les organisations financées par le PACE et le PCNP ont été en mesure de créer, de maintenir et d'élargir des partenariats multisectoriels. Ces partenariats font partie d'un réseau complet de soutien communautaire qui relie les familles et les enfants dans le besoin avec des services sociaux et de santé supplémentaires. Les contributions des partenaires peuvent varier du soutien financier à une programmation conjointe, en passant par les ressources en nature. Des informateurs clés ont indiqué que des partenariats ont permis aux organisations financées de créer des programmes et des structures qui améliorent leur capacité d'offrir leurs programmes pour appuyer la santé des mères et des enfants et d'obtenir des ressources supplémentaires.</p> <p>D'autres activités connexes (CCES, Enquête sur les CSEAS, SCSP et PCSP) ont toutes été conçues et diffusées avec succès grâce à de nombreux partenariats efficaces et de longue date, y compris d'autres territoires de compétence, organisations fédérales, établissements universitaires et organisations multinationales.</p>
Dans quelle mesure les parents ou fournisseurs de soins et leurs enfants en situation de risque participent-ils aux programmes?	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre annuel de participants aux PACE (cible : 218 000) et au PCNP (cible : 59 000) ainsi que la tendance au fil du temps. • Profil des participants réels au PACE et au PCNP indiquant que les participants sont exposés à des risques. • Preuves que la population cible qui a été atteinte reflète toujours le besoin actuel • Données de base évaluant les taux de pénétration du PACE et du PCNP de la population cible (population cible atteinte comparativement à la population cible totale nationale) • Preuves de facilitateurs ou d'obstacles à la participation aux programmes 	Progrès réalisés; d'autres travaux nécessaires	<p>Certains enfants et familles du Canada vivent dans des conditions qui les placent à risque d'obtenir de mauvais résultats en matière de santé. La proportion de participants aux sites financés par le PACE et le PCNP caractérisés par une condition de risque ou plus (comme le faible revenu, une faible instruction, le statut d'Autochtone, les nouveaux immigrants, les parents adolescents, et l'insécurité alimentaire) est plus élevée que les taux signalés pour ces conditions parmi la population canadienne générale, démontrant que ces programmes communautaires atteignent les femmes enceintes, les parents et les fournisseurs de soins et les enfants qui sont le plus dans le besoin.</p> <p>Les études de cas et les documents de programme ont souligné que les organisations financées travaillent stratégiquement pour optimiser la participation des participants à risque à leurs sites du PACE et du PCNP. Des mesures incitatives ont été associées avec l'amélioration de l'accessibilité au site de projet, l'offre de soins des enfants et une multitude de services disponibles à un point d'entrée et l'offre d'activités qui comprennent un accès à des aliments ou la préparation de nourriture.</p> <p>La combinaison d'organisations financées (sites de projets) pour le PACE et le PCNP est demeurée très stable au cours des quelque 20 dernières années. Des analyses ont été menées sur la distribution des sites de projet quant à toute transformation potentielle des données démographiques et des besoins communautaires actuels. À l'aide des analyses démographiques et géographiques, il se pourrait que l'on procède à d'autres analyses d'une variété de sources de données afin d'explorer les écarts et de tirer pleinement parti de la portée des programmes.</p>

Légende – Symboles de cotation du rendement et signification

- Atteint Les résultats ou les objectifs visés ont été atteints.
- Progrès réalisés; d'autres travaux nécessaires De grands progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, mais une attention est encore nécessaire.
- Peu de progrès; attention prioritaire Peu de progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, et une attention est nécessaire en priorité.

Enjeux	Indicateurs	Cote générale	Résumé
Dans quelle mesure les parents et fournisseurs de soins et leurs enfants apprennent-ils davantage et renforcent-ils leurs compétences afin de favoriser la santé des mères, des enfants et des familles?	<ul style="list-style-type: none"> Les parents et les fournisseurs de soins qui participent au PACE et au PCNP signalent qu'eux-mêmes ou leurs enfants ont acquis des connaissances et développé des compétences pour appuyer la santé des mères, des enfants et des familles, surtout concernant (a) les pratiques de santé personnelle et le bien-être (p. ex. tabagisme, consommation d'alcool, allaitement, nutrition, compétences parentales) et (b) l'accès aux services de soutien (p. ex. sociaux, professionnels). Preuves qu'une participation accrue au PACE ou au PCNP entraîne une augmentation des connaissances chez les parents, les fournisseurs de soins et les enfants 	Atteint	<p>Les parents qui comprennent comment les enfants se développent et qui utilisent des techniques parentales efficaces élèvent des enfants plus en santé et plus heureux. Les organisations recevant du financement du PACE et du PCNP ont contribué à accroître les connaissances et les compétences des participants pour appuyer la santé des mères et des enfants.</p> <p>Les données des sondages des participants au PACE et au PCNP, les études de cas et les examens des documents de programme soulignent les dimensions de la variété de connaissances et de compétences acquises, surtout les connaissances sur la nutrition, les modes de vie sains, la santé prénatale et les soins aux enfants, et comment accéder à d'autres services communautaires. De nouvelles connaissances ont été liées aux capacités d'adaptation et à la compétence du parent, et ont amélioré les relations.</p>
Dans quelle mesure les parents et fournisseurs de soins adoptent-ils des pratiques saines pour eux-mêmes et leur famille?	<ul style="list-style-type: none"> Preuves de changements comportementaux chez les parents et les fournisseurs de soins et leurs enfants à la suite de leur participation au PACE ou au PCNP, surtout concernant (a) les pratiques de santé personnelle et le bien-être (p. ex. tabagisme, consommation d'alcool, allaitement, nutrition) et (b) l'accès aux services de soutien (p. ex. sociaux, professionnels). Preuves qu'une participation accrue au PACE ou au PCNP entraîne l'adoption accrue de saines pratiques par les parents, les fournisseurs de soins et leurs enfants. 	Atteint	<p>Les organisations qui reçoivent du financement du PACE et du PCNP ont contribué à l'adoption par les participants d'une variété de pratiques saines pour eux-mêmes et leur famille.</p> <p>Les données des sondages des participants au PACE et au PCNP, les études de cas et les examens des documents de programme soulignent que les parents et les fournisseurs de soins ont adopté des pratiques saines pour eux-mêmes et leurs enfants, en particulier relativement à la santé prénatale, à la nutrition et aux modes de vie sains, à la socialisation, et à la cessation du tabagisme et de la consommation d'alcool.</p> <p>Une étude du PCNP de 2012 (Muhajarine) a déterminé que les participants qui étaient plus exposés étaient plus susceptibles de réduire le nombre de cigarettes fumées, de cesser de boire et d'accroître leur consommation de suppléments vitaminiques ou minéraux de « jamais » à « tous les jours ».</p>
Dans quelle mesure les parents ou les fournisseurs de soins rapportent-ils que leur participation au PACE ou au PCNP, ou celle de leurs enfants, a eu une incidence (avantage des connaissances accrues et de l'adoption de nouvelles pratiques)?	<ul style="list-style-type: none"> Preuves de résultats (4.5 et 4.6) ayant un impact sur les parents, les fournisseurs de soins et leurs enfants qui ont participé au PACE ou au PCNP. Preuves qu'une participation accrue au PACE ou au PCNP entraîne une augmentation des impacts sur les parents, les fournisseurs de soins et les enfants. Comparaison des résultats à la naissance des participantes au PCNP aux résultats à la naissance dans la population cible en général, surtout lorsque (a) l'allaitement a été commencé à la suite de la naissance, (b) le bébé est né à terme, (c) le bébé avait un poids idéal à la naissance, (d) la mère était en santé 	Atteint	<p>Par l'entremise des études de cas et des différents sondages auprès des participants, le personnel des sites et les participants ont indiqué que les organisations financées par le PACE et le PCNP avaient contribué à un impact positif à court terme sur la santé et le bien-être des participants et de leurs enfants.</p> <p>Il y avait un impact positif sur la santé et le bien-être des parents, des fournisseurs de soins et de leurs enfants, y compris des améliorations de la santé physique et mentale des parents et des fournisseurs de soins et la santé et le développement social des enfants.</p> <p>Il faut noter, concernant les programmes prénataux, qu'il y a eu des impacts positifs sur les résultats à la naissance et l'allaitement. Les participantes à risque des sites financés par le PCNP ont obtenu des résultats à la naissance et des taux d'allaitement semblables à ceux de la population générale.</p>

Légende – Symboles de cotation du rendement et signification

Atteint	Les résultats ou les objectifs visés ont été atteints.
Progrès réalisés; d'autres travaux nécessaires	De grands progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, mais une attention est encore nécessaire.
Peu de progrès; attention prioritaire	Peu de progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, et une attention est nécessaire en priorité.

Enjeux	Indicateurs	Cote générale	Résumé
	pendant la grossesse (p. ex. gain de poids santé, pas d'hypertension artérielle, hyperglycémie) et (e) relativement à la consommation de substances pendant la grossesse.		Une étude du PCNP de 2012 (Muhajarine) a déterminé que les participantes les plus exposées au programme avaient tendance à subir moins de résultats négatifs à la naissance que celles moins exposées au programme.
Démonstration d'efficience et d'économie			
Les activités de programme ont-elles été réalisées de la manière la plus efficiente possible?	<ul style="list-style-type: none"> Allocation optimisée des ressources (coûts relativement à la quantité d'extrants, distribution ou combinaison de services, degré ou type de ressources obtenues). Perception des autres façons (plus efficaces) d'offrir les programmes ou de mener des activités de projets. Preuves, exemples de modèles, pratiques exemplaires qui démontrent l'efficacité de la gouvernance, de la gestion et de la mise en œuvre des programmes 	Atteint	<p>Selon une évaluation des retombées économiques du PACE et du PCNP, les organisations financées ont obtenu, avec succès, d'autres crédits et ressources concrètes grâce à leurs relations avec des partenaires différents.</p> <p>À même les fonds de l'Agence relativement minimales investis dans la création de partenariats stratégiques avec des intervenants externes, le CCES, l'Enquête sur les CSEAS, le SCSP et le PCSP ont produit d'importants produits de développement et d'échange de connaissances opportuns.</p>
L'Agence a-t-elle produit des extrants et atteint des résultats de la manière la plus économique possible?	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation de l'utilisation et de la minimisation des ressources du budget des coûts de prestation des programmes (G et C, F et E, ETP) comparativement aux dépenses réelles (secteurs d'activité des programmes principaux, nombre et type de projets). Évaluation de l'exigence (gouvernance) en matière de gestion des ressources nécessaires pour obtenir les résultats escomptés Analyse coût-efficacité : coûts prévus totaux et avantage attendu (individuel ou systémique) 	Atteint	<p>Grâce à la récente centralisation de l'administration et de la gestion du PACE et du PCNP, l'Agence a pu réaliser des gains en efficience dans la prestation de ces programmes communautaires.</p> <p>La restructuration de la gestion des programmes a donné lieu à une rationalisation des structures de gouvernance et des processus internes, comme la mesure du rendement.</p>
Des mesures du rendement appropriées ont-elles été mises en place? Si tel est le cas, les renseignements sont-ils utilisés pour guider les décideurs de la haute direction?	<ul style="list-style-type: none"> Caractère approprié des activités de mesures du rendement Données probantes sur l'utilisation des données sur le rendement dans la prise de décisions 	Atteint	<p>Une stratégie de mesure du rendement est en place pour le PACE et le PCNP, et des efforts ont été déployés pour recueillir des données sur le rendement de tous les secteurs de programme. Au fil du temps, on a peaufiné les outils et les approches servant à la collecte des données dans le but de diminuer les exigences en matière de rapport auxquelles les intervenants doivent satisfaire.</p> <p>Des données sur la mesure du rendement ont été utilisées pour orienter les décisions liées aux programmes quant au renouvellement des accords de contribution.</p>

Légende – Symboles de cotation du rendement et signification

Atteint	Les résultats ou les objectifs visés ont été atteints.
Progrès réalisés; d'autres travaux nécessaires	De grands progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, mais une attention est encore nécessaire.
Peu de progrès; attention prioritaire	Peu de progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, et une attention est nécessaire en priorité.

Annexe 3 – Description de l'évaluation

Portée de l'évaluation

La portée de l'évaluation couvrait la période d'avril 2010 à mars 2015, et portait sur le PACE et le PCNP. Elle comprenait également les programmes et les activités connexes suivants : le CCES, l'Enquête sur les CSEAS, le SCSP et le PCSP.

L'évaluation incluait des activités en santé maternelle et infantile financées par la Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques et excluait un certain nombre d'autres secteurs de programme de la Direction générale qui contribuent à améliorer la santé des enfants : ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, Initiative de lutte contre la violence familiale, le PAPACUN, santé buccodentaire, programme de surveillance Cancer chez les jeunes au Canada et la surveillance de la violence envers les enfants.

Questions de l'évaluation

Les questions visées par l'évaluation étaient fondées sur les cinq éléments fondamentaux énoncés dans la Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor. Ces éléments se trouvent dans le tableau qui suit. Correspondant à chacun des principaux enjeux, des questions d'évaluation adaptées au programme ont orienté le processus d'évaluation.

Tableau 1 : Principaux enjeux et questions de l'évaluation

Principaux enjeux	Questions de l'évaluation
Pertinence	
Enjeu 1 : Nécessité de maintenir le programme	<ul style="list-style-type: none"> Dans quelle mesure les menaces pour la santé des enfants, de leur mère et de leur famille persistent-elles? Quelles preuves appuient les investissements en amont chez les jeunes enfants sur la santé tout au long du parcours de vie (p. ex. adoption de comportements sains)?
Enjeu 2 : Harmonisation avec les priorités du gouvernement	<ul style="list-style-type: none"> Quelles sont les priorités du gouvernement fédéral liées au développement sain des enfants? Quelles sont les priorités de l'Agence liées au développement sain des enfants? Les activités actuelles s'harmonisent-elles avec les priorités?
Enjeu 3 : Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral	<ul style="list-style-type: none"> Quel est le rôle de santé publique du gouvernement fédéral en ce qui concerne le développement sain des enfants? Les activités en cours s'harmonisent-elles avec le rôle du gouvernement fédéral en santé publique dans ce domaine? Le rôle du gouvernement fédéral en santé publique est-il en situation de double emploi ou complète-t-il le rôle des partenaires et des intervenants? Y a-t-il des lacunes?
Rendement (efficacité, économie et efficience)	
Enjeu 4 : Atteinte des résultats escomptés (efficacité)	<ul style="list-style-type: none"> Dans quelle mesure les intervenants en développement de la petite enfance et en santé publique, les universitaires et les parents et les fournisseurs de soins consultent-ils les produits de connaissances? Dans quelle mesure les intervenants en développement de la petite enfance et en santé publique, les universitaires et les parents et les fournisseurs de soins ont-ils utilisé les produits de connaissances pour favoriser la santé des mères, des enfants et des familles? Quels avantages ont été tirés de la fonction de collaboration et des partenariats au sein de l'Agence et avec diverses organisations et ordres de gouvernement? Dans quelle mesure les parents ou les fournisseurs de soins et leurs enfants en situation de risque participent-ils aux programmes?

Principaux enjeux	Questions de l'évaluation
	<ul style="list-style-type: none"> • Dans quelle mesure les parents et les fournisseurs de soins et leurs enfants apprennent-ils davantage et renforcent-ils leurs compétences afin de favoriser la santé des mères, des enfants et des familles? • Dans quelle mesure les parents et les fournisseurs de soins adoptent-ils des pratiques saines pour eux-mêmes et leur famille? • Dans quelle mesure les parents ou les fournisseurs de soins rapportent-ils que leur participation au PACE ou au PCNP, ou celle de leurs enfants, a eu une incidence (avantage des connaissances accrues et de l'adoption de nouvelles pratiques)?
Enjeu 5 : Démonstration d'économie et d'efficience	<ul style="list-style-type: none"> • Les activités de programme ont-elles été réalisées de la manière la plus efficiente possible? • Des pratiques exemplaires démontrent-elles une amélioration de l'efficience des programmes? • L'Agence a-t-elle produit des extraits et atteint des résultats de la manière la plus économique possible? • Des mesures du rendement appropriées ont-elles été mises en place? Si tel est le cas, les renseignements sont-ils utilisés pour guider les décideurs de la haute direction?

Méthodes de collecte et d'analyse des données

Les évaluateurs ont recueilli et analysé des données provenant de différentes sources. Les sources d'information qui suivent ont été utilisées dans le cadre de l'évaluation.

Examen de la littérature

- Une recherche pour de la littérature canadienne et internationale des cinq dernières années a été faite à l'aide des termes « mères et enfants à risque », « comportements prénataux à risque », « taux d'allaitement au Canada », « intervention chez les jeunes enfants » et « investissement dans les enfants ».
- Après avoir examiné les documents pour s'assurer de leur pertinence, 45 articles ont été examinés.

Examen de la documentation

- L'objectif principal d'un examen de la documentation est de permettre une meilleure compréhension de la théorie sous-jacente des activités liées à la santé des mères et des enfants au sein de l'Agence, de la prestation des activités et des résultats au cours de la période quinquennale couverte par la présente évaluation.
- Environ 250 documents applicables à la santé des mères et des enfants et aux activités connexes détenus par le Centre pour la promotion de la santé et le Centre de prévention des maladies chroniques ainsi que de la documentation externe ont été examinés.
- On a examiné 21 évaluations antérieures menées à l'échelle régionale et nationale.

Examen des données financières

- Une analyse des données financières aide à répondre aux questions relatives à l'efficacité, à l'efficience et à l'économie.
- Un examen des données financières de 2010-2011 à 2014-2015 portait sur les dépenses réelles.

Entrevues avec des informateurs clés

- Des entrevues ont été réalisées auprès de 44 intervenants : Agence (n=23), autres ministères ou organismes fédéraux (n=4), autres représentants non gouvernementaux et gouvernementaux provinciaux et territoriaux (n=15) et experts externes (n=2).
- Les questionnaires d'entrevue ont été conçus et légèrement modifiés afin d'être mieux adaptés à chaque groupe d'intervenants en particulier. Les guides étaient fondés sur les enjeux et les questions de l'évaluation cernés dans la grille d'évaluation. Elles ont été conçues en utilisant un format semi-structuré, y compris des questions approfondies lorsque cela était utile. Les entrevues semi-structurées fondées sur plusieurs questions clés aident à définir les secteurs à explorer et permettent également à la personne dirigeant l'entrevue ou à l'informateur clé de s'éloigner du sujet afin d'approfondir une idée ou de répondre plus en détail. La souplesse de cette approche, particulièrement lorsqu'on la compare aux entrevues structurées ou aux groupes de consultation, permet aussi la découverte ou l'élaboration de renseignements qui sont importants pour les participants, mais qui n'étaient pas considérés comme étant pertinents par l'équipe de l'évaluation.
- Les entrevues ont été menées en personne (lorsque cela était possible) ou par téléphone.
- Elles ont été enregistrées, avec le consentement du participant, et retranscrites au besoin. Les données ont été codées et analysées avec l'aide du logiciel NVivo.

Examen des données sur le rendement^{xix}

- Des analyses incluaient un examen des données sur le rendement des activités de programme recueillies par la DEJ entre 2010-2011 et 2014-2015, notamment :
 - le sondage auprès des intervenants du PACE (2015) et le sondage auprès des intervenants du PCNP (2015);
 - l'OMRPDE (2013-2014);
 - l'OIAN (2010-2011, 2011-2012);
 - l'OIEN (2009-2010);
 - l'étude sur le développement et l'échange des connaissances (hiver-printemps 2014-2015).
- En ce qui concerne les récentes données recueillies sur le rendement des programmes, les détails sur trois des principales sources de données sur le rendement fournies par le programme et ensuite analysées pour cette évaluation sont présentés ci-après.
 - **Sondage auprès des participants au PACE (2015) :** Grâce à un échantillonnage stratifié (type de collectivité, représentation régionale, taille du projet), 65 des 425 (15 %) organisations financées par le PACE ont été invitées à participer au sondage sur une période d'un mois (mai 2015). On a demandé à chaque organisation financée de réaliser 30 sondages auprès des

^{xix} Le nombre d'organisations financées inclus dans les données sur le rendement du PACE et du PCNP recueillies et signalées par le programme variait, tout comme la représentation provinciale et territoriale. En raison de l'établissement du portefeuille du Mieux-être dans le Nord et des exigences de rapports connexes (et de la création d'un outil de collecte de données sur de multiples programmes appelé l'outil de rapport des résultats pour le Nord en matière de santé), ces organisations financées n'ont pas participé à la collecte de données de l'OIAN et de l'OMRPDE en 2011-2012 et en 2013-2014. En 2010-2011, les organisations financées par le PACE au Québec n'ont pas participé à la collecte de données de l'OIEN. Elles ont participé aux sondages de l'OIAN et de l'OMRPDE en 2011-2012 et en 2013-2014. Les organisations financées par le PCNP au Québec n'ont participé à aucune activité de collecte de données (OIEN, OIAN, OMRPDE et sondages auprès des participants).

participants du programme. Au total, 62 (95 %) des organisations financées ont retourné le sondage. Le nombre de sondages retournés inclus pour des analyses était de 1 386 (71 %).

- **Sondage auprès des participantes au PCNP (2015) :** Grâce à un échantillonnage stratifié (type de collectivité, représentation régionale), 101 des 280 (49 %) organisations financées par le PCNP ont été invitées à participer au sondage sur une période d'un mois (mai 2015). Le nombre de sondages qu'on a demandé aux organisations financées de réaliser auprès des participantes au programme variait selon la taille du projet (de 15 à 35). Au total, 93 (93 %) organisations financées ont retourné le sondage. Le nombre de sondages retournés inclus pour des analyses était de 1 792 (69 %).
- **OMRPDE (2013-2014) :** La collecte de données a eu lieu en ligne entre avril et août 2014. Le sondage de 2013-2014 a exclu certaines organisations financées^{xx}. Toutes les 408 organisations financées par le PACE et les 180 organisations financées par le PCNP à qui on avait demandé de remplir le sondage l'ont fait (taux de réponse de 100 %). Les sondages ont été remplis par les organisations financées et examinés par des consultants de programmes régionaux.
- Les chiffres énoncés dans le présent rapport fondés sur les données sur la mesure du rendement des programmes pourraient être légèrement différents lorsque comparés aux rapports de programme en raison de l'épuration des données ou des critères d'inclusion ou d'exclusion.

Études de cas

- Les études de cas visaient à recueillir des renseignements propres aux sites sur la mise en œuvre et l'impact.
- Sept études de cas du PACE et du PCNP ont été réalisées et chacune incluait un examen de la documentation, des visites des sites et des entrevues avec le personnel et les partenaires des organisations commanditées, et l'observation des sites. Les études de cas comprenaient des entrevues auprès d'un total de 59 informateurs clés, représentant différentes capacités associées à l'organisation financée, y compris le personnel et les partenaires.
- Les études de cas incluait une combinaison géographiquement distribuée d'organisations financées par le PACE et le PCNP dans six régions, de différentes zones géographiques du pays (p. ex. rurales, urbaines, nordiques, éloignées ou isolées), qui emploient différents mécanismes de prestation, et desservent différentes populations (p. ex. peuples au statut d'Autochtone, collectivités d'immigrants).
- Les organisations et collectivités suivantes ont été exclues : Cape Breton Family Resource Coalition (Sydney, Nouvelle-Écosse), La Maison de Famille de Quyon (Quyon, Québec), St. Mary's Home (Ottawa, Ontario), Growing Up Healthy Downtown (Toronto, Ontario), Healthiest Babies Possible (Regina et région de Qu'Appelle, Saskatchewan), Frog Hollow Neighbourhood House (Vancouver, Colombie-Britannique) et Shared Care Child Care Society (Arviat, Nunavut).

^{xx} Exclusions précises du sondage sur l'OMRPDE (2013-2014) : Il y a 425 organisations financées par le PACE : deux d'entre elles sont exclues puisqu'elles n'assurent pas une prestation directe de services et 15 organisations financées par le PACE au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut sont exclues, mais utilisent l'outil de rapport des résultats pour le Nord en matière de santé. Il y a 280 organisations financées par le PCNP : 81 organisations financées par le PCNP au Québec sont exclues et 19 projets du PCNP au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut sont exclus, mais utilisent l'outil de rapport des résultats pour le Nord en matière de santé. Les données pour le PCNP pour le Québec ont été recueillies et compilées par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec à l'aide du Système d'information sur la clientèle et les services des centres locaux de services communautaires (I-CLSC).

Les données, recueillies à partir des différentes sources et au moyen des diverses méthodes énumérées ci-dessus, ont été soumises à la triangulation. Cette analyse comprenait également une compilation systématique, un examen et une synthèse des données afin d'illustrer les principales constatations; une analyse thématique des données qualitatives; et une analyse comparative des données provenant de diverses sources afin de valider les constatations générales.

Annexe 4 – Rôle des intervenants

Contexte canadien élargi

La santé maternelle et infantile au Canada est traitée par l'entremise de la collaboration de l'ensemble des ordres de gouvernement. Pour aider à mieux situer le rôle limité de l'Agence dans cette réponse, un bref aperçu du contexte canadien élargi est présenté.

Au sein du système fédéral du gouvernement du Canada, la *Loi constitutionnelle* définit les responsabilités des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. À leur tour, les administrations municipales et leurs pouvoirs sont créés par des assemblées législatives provinciales et territoriales. D'autres groupes au Canada qui prennent un rôle actif dans le traitement de la santé maternelle et infantile incluent une variété d'organisations non gouvernementales, d'associations desservant les Autochtones canadiens, d'associations professionnelles, d'établissements universitaires et d'organisations du secteur privé.

À l'aide de son pouvoir de dépenser, le gouvernement fédéral a créé différents programmes axés sur les enfants pour répondre au besoin d'assistance. Les responsabilités fédérales incluent la coordination et la collaboration avec les provinces et les territoires et d'autres partenaires pour s'assurer d'un système pancanadien efficace et efficient qui répond aux besoins de tous les Canadiens. Le rôle des gouvernements provinciaux et territoriaux est d'administrer et d'offrir une variété de services. Les initiatives fédérales jouent un rôle de soutien dans le cadre des initiatives provinciales et territoriales. Les ministères fédéraux, en particulier ceux qui font la promotion de la santé et du bien-être des mères et des enfants au Canada, appuient leurs homologues provinciaux et territoriaux pour répondre à une vaste gamme de questions, y compris des investissements pour traiter de questions d'intérêt national, comme les besoins des populations vulnérables.

En plus de la prestation de ses programmes communautaires (PACE et PCNP) pour les populations à risque, l'Agence soutient la coordination des activités avec les provinces et les territoires pour assurer une approche axée sur la collaboration et la cohérence par l'intermédiaire des CCG. Le rôle de l'Agence inclut également la facilitation du développement et de la diffusion de connaissances par ses efforts en matière de politiques et de recherches et ses activités de surveillance.

Autres ministères fédéraux

En plus de l'Agence, un certain nombre d'autres ministères fédéraux travaillent à la promotion de la santé et du bien-être des mères et des enfants au Canada, notamment les suivants.

- La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de **Santé Canada** mène différentes activités qui ressemblent au PACE et au PCNP, mais qui visent précisément les personnes au statut d'Autochtone qui vivent dans les réserves. Ces programmes et activités incluent le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves, les activités du PCNP dans les réserves, et les activités relatives au syndrome d'alcoolisation fœtale. Bon nombre de ces programmes ont été établis en vertu des mêmes autorités de programme que le PACE et le PCNP, mais à titre d'autorité pour les personnes au statut d'Autochtone qui vivent dans les réserves, Santé Canada mène ces activités. Santé Canada formule également des recommandations sur les besoins nutritionnels des bébés et l'allaitement.
- **Affaires autochtones et du Nord Canada** mène principalement des programmes pour les enfants et les mères qui vivent dans les réserves, y compris son Programme des services à l'enfance et à la famille des Premières Nations et le programme de réinvestissement de la Prestation nationale pour enfants.

- **Citoyenneté et Immigration Canada** mène des activités qui visent directement les nouveaux immigrants, la plupart se concentrant sur l'acclimatement aux nouvelles collectivités, l'accès aux services et l'acquisition de la langue.
- Les **Instituts de recherche en santé du Canada** disposent d'un institut particulier visant la santé des enfants et des jeunes. Ils préparent des publications sur des sujets comme la fertilité, l'activité physique, les soins néonataux, la santé mentale, la sécurité des sacs à dos, l'obstétrique et l'obésité infantile, lesquels visent la population générale plutôt que les populations à risque.
- **Statistique Canada** recueille des données sur les enfants au moyen de nombreux mécanismes, y compris le recensement et l'Enquête nationale auprès des ménages, l'ESCC, l'Enquête sur les enfants autochtones, et anciennement l'ELNEJ (dernier cycle en 2008-2009). Statistique Canada publie également des renseignements sur les enfants relativement à des sujets comme les enfants à l'école, les enfants de mères plus âgées, la préparation à l'apprentissage, la santé mentale et le tabagisme.
- Aussi, bien qu'il ne s'agisse pas d'un ministère fédéral, l'**Institut canadien d'information sur la santé** travaille avec des intervenants pour créer et maintenir une vaste gamme de bases de données, de mesures et de normes sur la santé, et élaborer des rapports et des analyses à partir de ses propres données et d'autres données, dont certaines concernent la santé maternelle et infantile. Cependant, les données et les rapports portent sur le système de soins de santé, plutôt que sur la santé publique comme le PACE et le PCNP. (Approuvé par les ministres FPT de la Santé en 1992, l'Institut est une organisation indépendante sans but lucratif qui offre des renseignements essentiels sur le système de santé du Canada et la santé des Canadiens.)

Provinces et territoires

Les provinces et les territoires réalisent également des activités dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention des maladies pour les mères et les enfants.

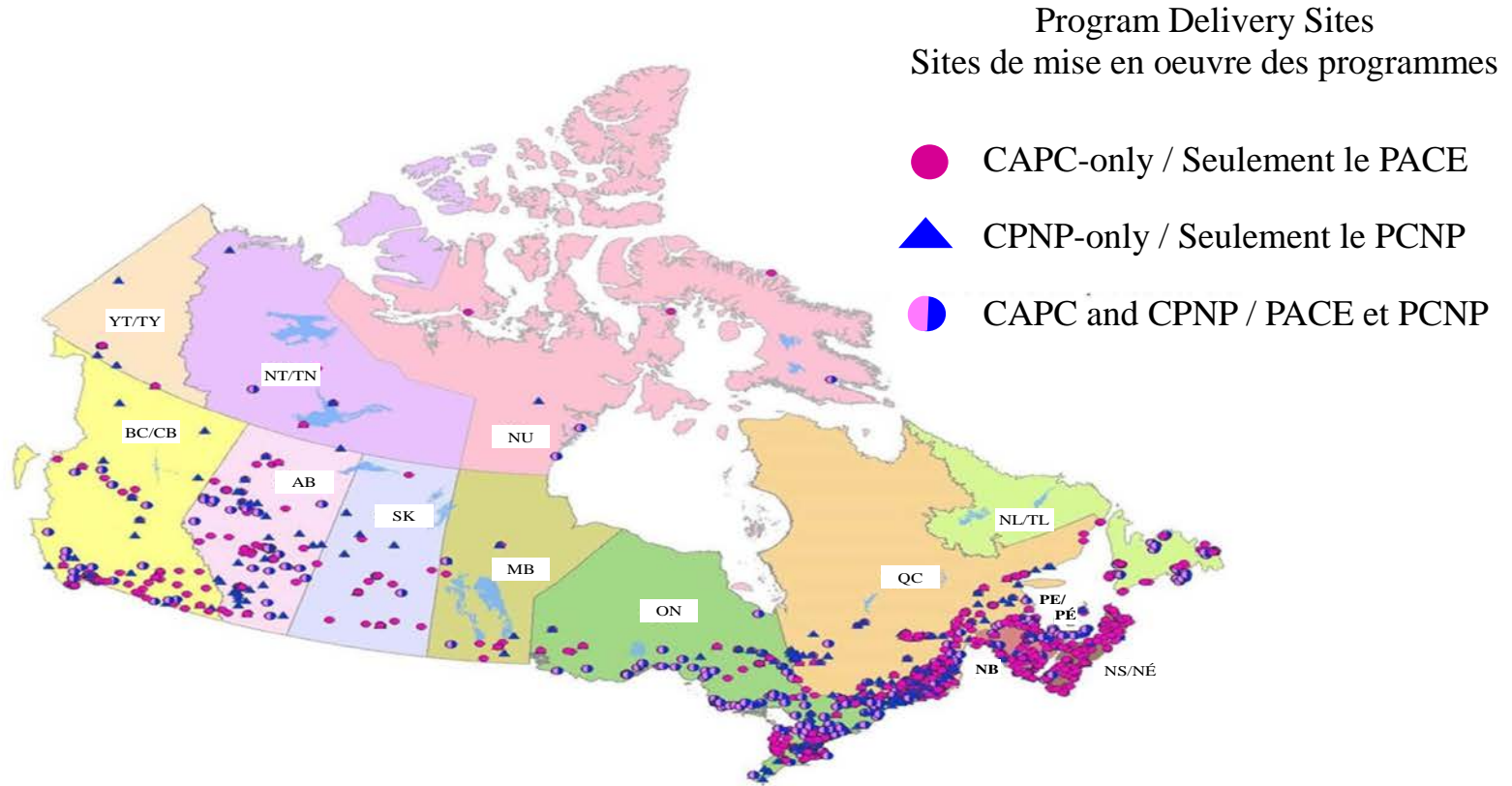
- La stratégie visant la petite enfance de la **Colombie-Britannique** souligne l'engagement du gouvernement à appuyer les jeunes enfants et leur famille entre la naissance et l'âge de 6 ans en utilisant une approche axée sur le développement communautaire qui permet aux groupes locaux de travailler ensemble pour évaluer, cerner et prévoir les besoins uniques des jeunes enfants dans leur collectivité.
- L'approche axée sur le développement de la petite enfance de l'**Alberta** (2013) intitulé *Together We Raise Tomorrow* est un programme unifié pour obtenir de meilleurs résultats pour les enfants maintenant et à l'avenir : le programme vise l'adoption d'une approche plus connectée dans l'ensemble du gouvernement et des collectivités.
- La stratégie d'Enfants en santé **Manitoba** est la stratégie d'intervention précoce et de prévention du gouvernement visant à obtenir les meilleurs résultats possible pour les enfants du Manitoba en matière de santé physique et émotionnelle, de sécurité et de sûreté, de réussite précoce, et d'engagement et de responsabilité sur le plan social.
- Dirigée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'**Ontario**, la Stratégie pour des enfants en santé est une initiative intergouvernementale pour promouvoir la santé des enfants. Elle traite d'un sain départ dans la vie, des aliments sains et des collectivités actives et saines.
- La stratégie concernant les enfants et les adolescents du **Nouveau-Brunswick** est une initiative visant à améliorer les services aux enfants, aux jeunes et aux familles par une meilleure collaboration entre les quatre ministères clés (Santé et Bien-être, Éducation, Services communautaires et Justice).
- L'initiative pour des enfants en santé du **Nunavut** fournit du financement aux collectivités pour élaborer et améliorer les programmes et les services pour les enfants et leur famille des stades prénataux à l'âge de 6 ans.

Annexe 5 – Produits de développement et d'échange de connaissances

Produit de connaissances	Date d'élaboration ou dernière révision	Source de financement de l'Agence	Interne ou externe	Partenaire ou parrain	Public cible
Trousse d'outils sur la santé mentale des mères	2014	FPN 2010-2015 (G et C)	Externe	Centre de soins de santé IWK	Professionnels de la santé Organismes communautaires
Programme de formation au rôle de parent <i>Y'a personne de parfait</i> (en cours depuis 1987) Le programme comporte différentes ressources. <ul style="list-style-type: none"> • Trousse pour les parents • Brochure sur le programme • Manuels de formation <ul style="list-style-type: none"> - Guide de l'animateur - Manuel de formation des formateurs - Manuel de préparation des formateurs principaux L'Agence coordonne des webinaires sur le perfectionnement professionnel et fournit occasionnellement du financement pour des événements de formation.	Trousse pour les parents (<i>en cours de révision</i>) Brochure sur le programme (<i>révisé en 2015</i>) Manuels de formation 2000-2007 (<i>En cours de révision</i>) Webinaires : en cours (annuels) Événements de formation financés par l'Agence (2014)	Autre financement du CPS	Interne	Provinces et territoires, ONG multiples	Professionnels de la santé Organismes communautaires Parents
<i>Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel – Un guide pratique pour les programmes communautaires (2^e édition)</i>	2014	Autre financement du CPS	Interne	Comité canadien pour l'allaitement (CCA)	Professionnels de la santé Organismes communautaires
<i>Start Thinking About Reducing Second-Hand Smoke (STARSS) – Adaptation inuite</i>	2013	FPN 2010-2015 (G et C)	Externe	Pauktuutit	Professionnels de la santé Organismes communautaires Parents
<i>Comprendre les besoins en formation et en ressources des projets du PACE et du PCNP – Mise en œuvre phase 2</i>	2012-2014	FPN 2010-2015 (G et C)	Externe	Parachute, CCCIP, partenaires du PACE et du PCNP	Professionnels de la santé Organismes communautaires
<i>Le guide pratique d'une grossesse en santé (2008, révisé en 2012)</i>	2012	Financement des communications	Interne		Parents (femmes enceintes)

Produit de connaissances	Date d'élaboration ou dernière révision	Source de financement de l'Agence	Interne ou externe	Partenaire ou parrain	Public cible
Produits sur le sommeil sécuritaire - <i>Sommeil sécuritaire pour votre bébé</i> – Brochure à l'intention des parents (2010, révisée en 2014) - <i>Sommeil sécuritaire pour votre bébé</i> – Vidéo (2012) - <i>Énoncé conjoint sur le sommeil sécuritaire : Prévenir les décès subits des nourrissons au Canada</i> (2011).	2011-2014	Autre financement du CPS	Interne	Experts, Société canadienne de pédiatrie, Fondation canadienne pour l'étude de la mortalité infantile, Institut canadien de la santé infantile et Santé Canada, à l'aide des commentaires d'intervenants provinciaux, territoriaux, nationaux et régionaux en santé publique de l'ensemble du pays	Professionnels de la santé Parents
<i>Pourquoi faut-il éviter de donner la fessée?</i> (brochure)	2004 Révisée en 2015	Autre financement du CPS	Interne	Ministère de la Justice	Parents
<i>Déclaration conjointe sur le syndrome du bébé secoué</i>	2001 <i>En cours de révision</i>	Autre financement du CPS	Interne	Société canadienne de pédiatrie, Institut canadien de la santé infantile, Saskatchewan Prevention Institute	Professionnels de la santé et du domaine juridique
<i>Lignes directrices nationales sur les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale</i>	2000 <i>En cours de révision</i>	Autre financement du CPS	Interne	Santé Canada, Institut canadien de la santé infantile et de nombreux autres	Professionnels de la santé, administrateurs et décideurs

Annexe 6 – Schématisation des sites du PACE et du PCNP (en date de 2010)



Annexe 7 – Ventilation financière détaillée par secteur de programme

Tableau 1 : Programme d'action communautaire pour les enfants

Année	Prévues				Réelles				Écart
	T et S	F et E	G et C	Total	T et S	F et E	G et C	Total	
2010-2011	3 268 681	824 786	55 954 569	60 048 036	3 324 493	1 594 962	55 736 868	60 656 323	608 287
2011-2012	3 052 412	353 745	55 292 539	58 698 696	3 305 645	1 138 052	55 077 792	59 521 489	822 793
2012-2013	1 871 702	383 814	56 199 387	58 454 903	2 614 753	573 175	55 199 386	58 387 314	67 589
2013-2014	2 844 467	652 422	56 596 934	60 093 823	2 255 860	264 396	56 365 888	58 886 144	-1 207 679
2014-2015	3 332 831	474 176	54 878 301	58 685 308	2 077 569	207 175	54 874 998	57 159 742	-1 525 566
Total	14 370 093	2 688 943	278 921 730	295 980 766	13 578 320	3 777 760	277 254 932	294 611 012	-1 369 754

Tableau 2 : Programme canadien de nutrition prénatale

Année	Prévues				Réelles				Écart
	T et S	F et E	G et C	Total	T et S	F et E	G et C	Total	
2010-2011	1 513 456	218 280	27 341 088	29 072 824	2 037 558	603 897	26 938 994	29 580 449	507 625
2011-2012	1 670 689	266 684	26 412 012	28 349 385	1 771 277	552 330	26 312 586	28 636 193	286 808
2012-2013	739 595	157 101	26 461 792	27 358 488	1 281 914	257 043	26 424 596	27 963 553	605 065
2013-2014	934 924	68 376	28 103 055	29 106 355	1 344 505	138 265	27 845 909	29 328 679	222 324
2014-2015	1 057 889	80 913	26 760 587	27 899 389	1 278 866	121 617	26 757 290	28 157 773	258 384
Total	5 916 553	791 354	135 078 534	141 786 441	7 714 120	1 673 152	134 279 375	143 666 647	1 880 206

Tableau 3 : Système canadien de surveillance périnatale

Année	Prévues				Réelles				Écart
	T et S	F et E	G et C	Total	T et S	F et E	G et C	Total	
2010-2011	554 756	368 715	S.O.	923 471	601 705	301 976	S.O.	903 681	-19 790
2011-2012	360 990	566 975	S.O.	927 965	698 980	281 088	S.O.	980 068	52 103
2012-2013	771 394	361 017	S.O.	1 132 411	769 792	333 373	S.O.	1 103 165	-29 246
2013-2014	841 971	204 000	S.O.	1 045 971	732 089	168 835	S.O.	900 924	-145 047
2014-2015	727 064	60 000	S.O.	787 064	582 456	149 248	S.O.	731 704	-55 360
Total	3 256 175	1 560 707	0	4 816 882	3 385 022	1 234 520	0	4 619 542	-197 340

Tableau 4 : Programme canadien de surveillance pédiatrique

Année	Prévues				Réelles				Écart
	T et S	F et E	G et C	Total	T et S	F et E	G et C	Total	
2010-2011	9 864	512 392	S.O.	522 256	1 181	473 221	S.O.	474 402	-47 854
2011-2012	9 869	529 251	S.O.	539 120	13 086	497 294	S.O.	510 380	-28 740
2012-2013	16 297	546 781	S.O.	563 078	16 140	509 866	S.O.	526 006	-37 072
2013-2014	16 876	544 781	S.O.	561 657	16 908	506 931	S.O.	523 839	-37 818
2014-2015	17 080	531 013	S.O.	548 093	17 080	515 649	S.O.	532 729	-15 364
Total	69 986	2 664 218	0	2 734 204	64 395	2 502 961	0	2 567 356	-166 848

Tableau 5 : Consortium conjoint pour les écoles en santé

Année	Prévues				Réelles				Écart
	T et S	F et E	G et C	Total	T et S	F et E	G et C	Total	
2010-2011	82 000	4 000	250 000	336 000	82 000	20 944	250 000	352 944	16 944
2011-2012	82 000	6 000	250 000	338 000	82 000	5 600	250 000	337 600	-400
2012-2013	82 000	4 000	250 000	336 000	82 000	3 900	250 000	335 900	-100
2013-2014	82 000	4 000	250 000	336 000	82 000	3 800	250 000	335 800	-200
2014-2015	82 000	4 000	250 000	336 000	82 000	3 800	250 000	335 800	-200
Total	410 000	22 000	1 250 000	1 682 000	410 000	34 244	1 250 000	1 362 244	16 044

Tableau 6 : Comportement en santé des enfants d'âge scolaire

Année	Prévues				Réelles				Écart
	T et S	F et E	G et C	Total	T et S	F et E	G et C	Total	
2010-2011	101 000	377 633	S.O.	377 633	101 000	434 585	S.O.	535 585	157 952
2011-2012	101 000	275 880	S.O.	275 880	101 000	462 050	S.O.	563 050	287 170
2012-2013	101 000	92 094	S.O.	92 094	101 000	152 115	S.O.	253 115	161 021
2013-2014	101 000	310 492	S.O.	310 492	101 000	360 015	S.O.	461 015	150 523
2014-2015	101 000	352 219	S.O.	352 219	101 000	352 219	S.O.	453 219	101 000
Total	505 000	1 408 318	0	1 408 318	505 000	1 760 984	0	2 265 984	857 666

Notes de fin de document

- ¹ Gouvernement du Canada. *Le bien-être des jeunes enfants au Canada : Rapport du gouvernement du Canada*. 2008. Consulté à l'adresse http://publications.gc.ca/collections/collection_2009/rhdcc-hrsdc/HS1-7-2008F.pdf
- ² Organisation de coopération et de développements économiques. Résoudre des problèmes, un atout pour réussir : premières évaluations des compétences transdisciplinaires issues de PISA 2003. 2004. Consulté à l'adresse <http://www.oecd.org/edu/school/programmeforinternationalstudentassessmentpisa/34474406.pdf>
- ³ Ross, D. et P. Roberts. (1999). *Le bien-être de l'enfant et le revenu familial : un nouveau regard au débat sur la pauvreté*. Conseil canadien de développement social. Consulté à l'adresse <http://www.ccsd.ca/pubs/inkids/index.htm>
- ⁴ Statistique Canada. *Étude : Influence du revenu du quartier sur l'obésité chez les enfants*. (2008). Consulté à l'adresse <http://www.statcan.ca/Daily/English/080218/d080218a.htm>
- ⁵ Mikkonen, J. et D. Raphael. *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*. Toronto, École de gestion et de politique de la santé de l'Université de York. 2011. Consulté à l'adresse http://www.thecanadianfacts.org/Les_realites_canadiennes.pdf
- ⁶ Mikkonen, J. et D. Raphael. *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*. Toronto, École de gestion et de politique de la santé de l'Université de York. 2011. Consulté à l'adresse http://www.thecanadianfacts.org/Les_realites_canadiennes.pdf
- ⁷ Agence de la santé publique du Canada. *Rapport de l'Administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2009 : Grandir sainement – Priorités pour un avenir en santé*. 2009. Consulté à l'adresse http://publications.gc.ca/collections/collection_2009/aspc-phac/HP2-10-2009F.pdf
- ⁸ Mikkonen, J. et D. Raphael. *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*. Toronto, École de gestion et de politique de la santé de l'Université de York. 2001. Consulté à l'adresse http://www.thecanadianfacts.org/Les_realites_canadiennes.pdf
- ⁹ Mikkonen, J. et D. Raphael. *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*. Toronto, École de gestion et de politique de la santé de l'Université de York. 2010. Consulté à l'adresse http://www.thecanadianfacts.org/Les_realites_canadiennes.pdf
- ¹⁰ Agence de la santé publique du Canada. *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales*. 2000. Consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/publications/fcm-smp/index-fra.php>
- ¹¹ Martens PJ, Derksen S, Mayer T. et R. Walld. « Being born in Manitoba: a look at perinatal health issues », *Revue canadienne de santé publique*; vol. 93, Suppl 2 (2002), p. S33-8.
- ¹² Luo ZC, Wilkins R. et M.S. Kramer. « Effect of neighbourhood income and maternal education on birth outcomes: a population-based study », *Journal de l'Association médicale canadienne*; vol. 174 (2006), p. 1415-20
- ¹³ Luo ZC, Kierans WJ, Wilkins R, Liston RM, Mohamed J. et M.S. Kramer. « Disparities in birth outcomes by neighborhood income: temporal trends in rural and urban areas, British Columbia » *Epidemiology*; vol. 15 (2004), p. 679-86.
- ¹⁴ Wilkins R, Sherman G. et P. Best. « Issues de grossesse défavorables et mortalité infantile selon le revenu dans les régions urbaines du Canada en 1986 ». *Rapports sur la santé*, vol. 3 (1991), p. 7-31
- ¹⁵ Institut canadien d'information sur la santé. *Améliorer la santé des Canadiens 2004*. 2004. Consulté à l'adresse <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?locale=fr&pc=PCC180>
- ¹⁶ Coller, R.J., et A.A. Kuo. *Social Determinants of Child Health*. Dans : Kuo, A.A., Coller, R.J., Stewart-Brown, S. et M. Blair. (Eds.). *Child Health: A Population Perspective*. New York, Oxford University Press, 2015.
- ¹⁷ Vozoris N. et V. Tarasuk. (2003). « Household food insufficiency is associated with poorer health », *Journal of Nutrition*, vol. 133, p. 120-126.

- ¹⁸ Brooks-Gunn, J., Duncan, G.J. et N. Maritato. *Poor families, poor outcomes: the well-being of children and youth*, dans : Duncan, G.J. & Brooks-Gunn, J. (Eds.), *Consequences of growing up poor*. New York, Russell Sage Foundation, 1997.
- ¹⁹ Mikkonen, J. et D. Raphael. *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*. Toronto, École de gestion et de politique de la santé de l'Université de York. (2010) Consulté à l'adresse http://www.thecanadianfacts.org/Les_realites_canadiennes.pdf
- ²⁰ Irwin, L., Siddiqi, A. et C. Hertzman. *Early Child Development: A Powerful Equalizer*. World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health. 2007. Consulté à l'adresse <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69729/1/a91213.pdf?ua=1>
- ²¹ Statistique Canada. *Insécurité alimentaire des ménages, 2011-2012*. 2013. Consulté à l'adresse <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2013001/article/11889-fra.htm>
- ²² Shonkoff, J.P. et D.A. Phillips. *From neurons to neighborhoods: the science of early childhood development*. Washington, National Academy Press, 2000.
- ²³ Agence de la santé publique du Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada – Édition 2008*. 2008. Consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cphr-rspc/index-fra.php>
- ²⁴ Reynolds, A., Temple, J., Robertson, D. et E. Mann. « Long-term effects of an early childhood intervention on Education achievement and juvenile arrest – 15-year-follow-up of low income children in public schools », *Journal of the American Medical Association*, vol. 285, no 18 (2001), p. 2339-2346.
- ²⁵ Friendly, M. et G. Browne. *Les services de garde et d'éducation de la petite enfance comme facteur déterminant de la santé*. 2004. Consulté à l'adresse http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/overview_implications/07_ecec.html
- ²⁶ Agence de la santé publique du Canada. *Rapport de l'Administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2008 : S'attaquer aux inégalités en santé*. 2008. Consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2008/fr-rc/pdf/CPHO-Report-f.pdf>
- ²⁷ Rolnick, A. et R. Grunewald. *Early Childhood Development: Economic Development with High Public Return*. 2003. Consulté à l'adresse <http://datacenter.spps.org/sites/2259653e-ffb3-45ba-8fd6-04a024ecf7a4/uploads/ABC-Part2.pdf>
- ²⁸ Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Développement de la petite enfance : Énoncé de position du Collège Royal*. 2014. Consulté à l'adresse http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/advocacy/EBBDEL_statement_f.pdf
- ²⁹ Agence de la santé publique du Canada. *Rapport de l'Administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2009 : Grandir sainement – Priorités pour un avenir en santé*. 2009. Consulté à l'adresse http://publications.gc.ca/collections/collection_2009/aspc-phac/HP2-10-2009F.pdf
- ³⁰ Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Développement de la petite enfance : Énoncé de position du Collège Royal*. 2014. Consulté à l'adresse http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/advocacy/EBBDEL_statement_f.pdf
- ³¹ Agence de la santé publique du Canada. *Rapport de l'Administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2009 : Grandir sainement – Priorités pour un avenir en santé*. 2009. Consulté à l'adresse http://publications.gc.ca/collections/collection_2009/aspc-phac/HP2-10-2009F.pdf
- ³² Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Développement de la petite enfance : Énoncé de position du Collège Royal*. 2014. Consulté à l'adresse http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/advocacy/EBBDEL_statement_f.pdf

- ³³ Irwin, L., Siddiqi, A., et C. Hertzman. *Early Child Development: A Powerful Equalizer*. World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health. 2007. Consulté à l'adresse <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69729/1/a91213.pdf?ua=1>
- ³⁴ Grunewald, R. et A. Rolnick. *A Proposal for Achieving High Returns on Early Childhood Development*. 2006. Consulté à l'adresse http://www.investincooskids.com/reports/high_returns_ecd.pdf
- ³⁵ Agence de la santé publique du Canada. *Rapport de l'Administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2009 : Grandir sainement – Priorités pour un avenir en santé*. 2009. Consulté à l'adresse http://publications.gc.ca/collections/collection_2009/aspc-phac/HP2-10-2009F.pdf
- ³⁶ Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Développement de la petite enfance : Énoncé de position du Collège Royal*. 2014. Consulté à l'adresse http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/advocacy/EBBDEL_statement_f.pdf
- ³⁷ Agence de la santé publique du Canada. *Rapport de l'Administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2009 : Grandir sainement – Priorités pour un avenir en santé*. 2009. Consulté à l'adresse http://publications.gc.ca/collections/collection_2009/aspc-phac/HP2-10-2009F.pdf
- ³⁸ Gouverneur général du Canada. *Discours du Trône, Saisir le moment pour le Canada : prospérité et opportunité dans un monde incertain*. 2013. Consulté à l'adresse <http://www.lop.parl.gc.ca/ParlInfo/Documents/ThroneSpeech/41-2-f.html>
- ³⁹ Le Plan d'action économique du Canada, 2^e année. *Tracer la voie de la croissance et de l'emploi*. 2010. Consulté à l'adresse <http://www.budget.gc.ca/2010/pdf/budget-planbudgetaire-fra.pdf>
- ⁴⁰ Assemblée générale des Nations Unies. *Convention relative aux droits de l'enfant*. 1989. Consulté à l'adresse <http://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/crc.aspx>
- ⁴¹ Agence de la santé publique du Canada, Division de l'enfance et de l'adolescence, Centre pour la promotion de la santé. *Évaluation sommative du Programme d'action communautaire pour les enfants : 2004-2009*. 2010. Consulté à l'adresse http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/evaluation/reports-rapports/2009-2010/capc-pace/overview-survol
- ⁴² Agence de la santé publique du Canada, Division de l'enfance et de l'adolescence, Centre pour la promotion de la santé. *Évaluation sommative du Programme d'action communautaire pour les enfants : 2004-2009*. 2010. Consulté à l'adresse http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/evaluation/reports-rapports/2009-2010/capc-pace/overview-survol-fra
- ⁴³ Agence de la santé publique du Canada. *Rapport sur les plans et les priorités, 2014-2015*. 2014. Consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/rpp/2014-2015/assets/pdf/rpp-2014-2015a-fra>
- ⁴⁴ Agence de la santé publique du Canada. *Rapport sur les plans et les priorités, 2013-2014*. 2013. Consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/rpp/2013-2014/assets/pdf/rpp-2013-2014-fra.pdf>
- ⁴⁵ Agence de la santé publique du Canada. *Profil de risque de l'organisation de 2013-2015*. 2014. Consulté à l'adresse <http://mysource.hc-sc.gc.ca/sites/default/files/crp-pro-2013-15-fra.pdf>
- ⁴⁶ Agence de la santé publique du Canada. *Horizons stratégiques, 2013-2018*. 2013. Consulté à l'adresse http://publications.gc.ca/collections/collection_2014/aspc-phac/HP55-1-2013-fra.pdf
- ⁴⁷ Agence de la santé publique du Canada. *Plan stratégique de l'Agence de la santé publique, 2007-2012*. 2007. Consulté à l'adresse http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/sp-ps/pdfs/PHAC_StratPlan_F_WEB.pdf
- ⁴⁸ Dalziel, Kim M., Halliday, D. et L. Segal. (2015). « Assessment of the Cost–Benefit Literature on Early Childhood Education for Vulnerable Children: What the Findings Mean for Policy ». *SAGE Open*. 2015. Consulté à l'adresse <http://sgo.sagepub.com/content/5/1/2158244015571637.full-text.pdf+html>
- ⁴⁹ Washington State Institute for Public Policy. *Return on Investment: Evidence-Based Options to Improve Statewide Outcomes, April 2012 Update*. 2012. Consulté à l'adresse <http://www.wsipp.wa.gov/Reports/12-04-1201>

- ⁵⁰ Services économiques TD. *L'éducation préscolaire présente des avantages généralisés et durables*. 2012. Consulté à l'adresse http://www.td.com/francais/document/PDF/economics/special/di1112_EarlyChildhoodEducation_fr.pdf
- ⁵¹ Kilburn, M.R. et L.A. Karoly. *The Economics of Early Childhood Policy, What the Dismal Science Has to Say About Investing in Children*. 2008. Consulté à l'adresse http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/occasional_papers/2008/RAND_OP227.pdf
- ⁵² Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Développement de la petite enfance : Énoncé de position du Collège Royal*. 2014. Consulté à l'adresse http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/advocacy/EBBDEL_statement_f.pdf
- ⁵³ Agence de la santé publique du Canada. *Rapport de l'Administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2009 : Grandir sainement – Priorités pour un avenir en santé*. 2009. Consulté à l'adresse http://publications.gc.ca/collections/collection_2009/aspc-phac/HP2-10-2009F.pdf
- ⁵⁴ Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Développement de la petite enfance : Énoncé de position du Collège Royal*. 2014. Consulté à l'adresse http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/advocacy/EBBDEL_statement_f.pdf
- ⁵⁵ Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Développement de la petite enfance : Énoncé de position du Collège Royal*. 2014. Consulté à l'adresse http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/advocacy/EBBDEL_statement_f.pdf
- ⁵⁶ Chazan-Cohen R, Ayoub C, et coll. « It takes time: Impacts of Early Head Start that lead to reductions in maternal depression two years later », *Infant Mental Health Journal*, vol. 28, n° 2 (2007), p. 151-170.
- ⁵⁷ Center on the Developing Child at Harvard University. « A science-based framework for early childhood policy: Using evidence to improve outcomes in learning, behavior, and health for vulnerable children », *Cambridge MA: National Forum on Early Childhood Program Evaluation, National Scientific Council on the Developing Child*. (2007). Consulté à l'adresse http://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2015/05/Policy_Framework.pdf
- ⁵⁸ Brooten, D., Youngblut, J. M., et coll. « Women With High-Risk Pregnancies, Problems, and APN Interventions », *Journal of Nursing Scholarship : An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau*, vol. 39, n° 4 (2007), p. 349–357.
- ⁵⁹ Pugh L C, Milligan R A, Frick K D, et. coll. « Breastfeeding duration, costs, and benefits of a support program for low-income breastfeeding women », *Birth-Issues in Perinatal Care*, vol. 29, n° 2 (2002), p. 95-100.
- ⁶⁰ Ross MG, Sandhu M, et coll. « The West Los Angeles Preterm Birth Prevention, Project: II. Cost-effectiveness analysis of high-risk pregnancy interventions », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 83, n° 4 (1994), p. 506-11.