

**Évaluation du
Programme Partenariats
plurisectoriels pour promouvoir
les modes de vie sains et
prévenir les maladies chroniques
de 2014-2015 à 2018-2019**

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

Février 2020

Table des matières

Sommaire

- 1.0 Portée de l'évaluation
 - 2.0 Profil du programme
 - 3.0 Importance permanente du soutien à la promotion de la santé dans les domaines prioritaires
 - 4.0 Preuves de la réussite du programme
 - 4.1 Participation aux projets du programme PP
 - 4.2 Amélioration des environnements sociaux ou physiques pour favoriser des comportements sains
 - 4.3 Amélioration des connaissances, des capacités ou des compétences en matière de comportements sains
 - 4.4 Amélioration des comportements liés à la santé des participants
 - 4.5 Détermination et partage d'interventions novatrices et de nouveaux modèles de santé publique
 - 5.0 Éléments d'un programme d'apprentissage
 - 6.0 Efficience du programme
 - 6.1 Dépenses du programme
 - 6.2 Collecte et utilisation des données de mesure du rendement
 - 6.3 Analyse comparative fondée sur le sexe et le genre plus (ACSG+)
 - 7.0 Conclusions
 - 8.0 Recommandations
- Annexe 1 – Portée et méthode d'évaluation
Annexe 2 : Méthodes de collecte et d'analyse des données
Annexe 3 – Modèle logique du programme PP

Figures et tableaux

Figure 1 : Chronologie des événements importants qui ont eu une incidence sur les activités du programme

Tableau 1 : Budget prévisionnel de la DPS, 2014-2015 à 2018-2019

Tableau 2 : Différences selon le sexe pour les facteurs de risque modifiables communs des maladies chroniques

Tableau 3 : Différences entre les niveaux de revenus les plus bas et les plus élevés par sexe pour certains comportements à risque pour la santé

Tableau 4 : Différences entre les populations autochtones et non autochtones par sexe pour certains comportements à risque pour la santé

Tableau 5 : Nombre de projets du programme PP par type de facteur de risque traité

Tableau 6 : Nombre de projets du programme PP en fonction de la principale population cible

Tableau 7 : Répartition démographique des projets du programme PP selon les données disponibles

Tableau 8 : Dépenses prévues et réelles du programme PP (2014-2015 à 2018-2019)

Liste des acronymes

ACSG+	Analyse comparative fondée sur le sexe et le genre plus
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PPS	Partenariat plurisectoriel
SCT	Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada
SIMVSMC	Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques

Résumé

Le programme Partenariats plurisectoriels (PPS) pour promouvoir les modes de vie sains et prévenir les maladies chroniques a été lancé en 2013 afin de proposer des solutions novatrices pour faire face aux défis en santé publique. Le programme est fondé sur des partenariats plurisectoriels et fournit le co-investissement nécessaire aux bénéficiaires pour la mise à l'essai et la mise à l'échelle des interventions de prévention primaires les plus prometteuses pour gérer les facteurs de risque modifiables communs des maladies chroniques, en particulier l'inactivité physique, la mauvaise alimentation et le tabagisme¹. En faisant participer différents secteurs de la société, les partenaires peuvent tirer profit des connaissances, de l'expertise et des ressources afin d'atteindre l'objectif commun qui consiste à obtenir de meilleurs résultats sur la santé pour les Canadiens.

Le but de cette évaluation était d'examiner la pertinence et le rendement du programme PPS d'avril 2014 à décembre 2018. L'évaluation visait également à examiner les pratiques exemplaires et les leçons apprises provenant de la mise en œuvre des modèles novateurs de paiements de transfert actuellement utilisés dans l'ensemble du gouvernement du Canada.

L'évaluation a porté sur les projets du programme PPS financés selon les modalités suivantes de financement sous forme de contribution :

- Santé des hommes ;
- Initiative canadienne sur le cancer du sein ;
- Stratégie canadienne sur le diabète ;
- Cancer ;
- Programme sur les maladies cardiovasculaires ;
- Fonds pour la promotion des modes de vie sains

Elle a aussi permis d'examiner des projets, approuvés ou en cours d'élaboration, créés dans le cadre du nouveau projet pilote sur les modalités génériques du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, qui a été officiellement lancé le 1^{er} avril 2017. L'évaluation ne portait pas sur la pertinence et le rendement des interventions liées à la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme, car ces activités ont été examinées dans le cadre de l'évaluation de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme de 2012-2013 à 2015-2016, approuvée en janvier 2017 et dont une prochaine évaluation aura lieu en 2022-2023.

Cette évaluation a eu lieu conjointement avec un audit du programme PPS, comme prévu dans le Plan d'évaluation ministériel et le Plan d'audit axé sur les risques. Un rapport distinct sur les résultats de l'audit a été élaboré selon le processus normal d'audit interne.

Ce que nous avons constaté

Le programme PPS répond à un besoin continu d'aborder les facteurs de risque modifiables communs des maladies chroniques. Ce besoin est bien reconnu par l'ASPC, et les statistiques disponibles montrent en outre qu'il existe des différences marquées par rapport à l'importance des principaux facteurs de risque de maladies chroniques dans certains segments de la population canadienne. Par conséquent, les efforts de prévention des maladies chroniques continuent d'être harmonisés avec les priorités fédérales et la mission de l'ASPC, qui consiste à promouvoir et à protéger la santé des Canadiens au moyen du leadership, de partenariats, de l'innovation et de la prise de mesures dans le domaine de la santé publique.

À ce jour, les premiers signes de succès qui se dégagent des activités et des résultats du programme sont déjà visibles, en ce qui concerne le nombre de personnes qui participent aux projets financés, l'acquisition de connaissances sur les comportements sains et les indications des progrès réalisés en matière de modification des comportements et d'amélioration de la santé. En ce début du cycle de vie du programme, il n'a pas encore été déterminé ni communiqué si les interventions novatrices et les nouveaux modèles fonctionnent ou non.

Le programme PPS est perçu comme une initiative exemplaire à l'échelle du gouvernement du Canada, parmi ceux qui utilisent la conception de programme expérimentale et qui mettent en œuvre des modèles de financement novateurs. En effet, le programme a réussi à obtenir 92 millions de dollars en financement de contrepartie d'autres organisations, comme les gouvernements provinciaux ou territoriaux et les administrations locales, les organismes de services de santé, les conseils scolaires et les universités.

Le modèle global de prestation du programme met l'accent notamment sur l'établissement de partenariats plurisectoriels, un processus de réception continue des demandes, une exigence d'obtenir un financement de contrepartie de sources non contribuables, ainsi que l'utilisation de mécanismes financiers novateurs, ayant démontré la viabilité de l'approche plurisectorielle. De plus, beaucoup de partenaires se sont montrés disposés à mettre leurs propres ressources au service d'objectifs communs qui permettent de gérer les facteurs de risque modifiables communs des maladies chroniques et d'y répondre. La plupart des demandeurs, bénéficiaires et partenaires interrogés ont souligné la nécessité d'indiquer plus clairement les types de projets que le programme PPS cherche à financer, ainsi que les populations à risque prioritaires ciblées par le programme.

Le programme a réalisé des analyses comparatives fondées sur le sexe et le genre plus (ACSG+) dans des domaines critiques, et recueilli des renseignements sur les populations ciblées dans chaque projet. Cela dit, il a été difficile d'appliquer l'ACSG+ au programme en raison du large éventail de facteurs de risque de maladies chroniques et de la conception actuelle du programme. Il est possible de voir s'il existe des lacunes dans les populations ciblées et de distinguer les mécanismes éventuels qui peuvent être utilisés pour combler ces lacunes. On pourrait faire davantage pour communiquer aux intervenants internes et externes les données de l'ACSG+ recueillies à ce jour dans le cadre des projets. Parallèlement, le programme pourrait définir plus clairement comment il devrait répondre aux

besoins des populations vulnérables en gérant les facteurs de risque communs des maladies chroniques en combinaison avec des programmes similaires de la Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques de l'ASPC.

Le programme PPS recueille des données sur le rendement grâce à la surveillance continue de chaque accord de financement de projet, ainsi qu'aux évaluations et aux rapports définitifs liés à chaque projet afin de consigner les résultats à long terme des investissements du programme. Toutefois, la conception du programme rend la collecte de données intrinsèquement difficile. La réception continue de demandes fait en sorte que le portefeuille de projets comprend un mélange de projets qui ont débuté à différents moments et qui ont donc été établis selon des exigences et dans des contextes politiques différents (p. ex., l'ACSG+). Le fait que le programme cible de multiples facteurs de risque et cadres d'intervention aggrave encore davantage la difficulté de dresser un portrait général du rendement. Cette diversité dans l'orientation des projets rend difficile le regroupement de renseignements cohérents sur le rendement des projets au fil du temps. Ainsi, il manque des données fiables sur le rendement, notamment les objectifs de rendement et les données de base, pour répondre aux besoins du programme en matière de renseignements stratégiques. Par conséquent, le programme PPS est incapable de présenter efficacement un portrait global du rendement de sa contribution à la réduction des facteurs de risque modifiables communs des maladies chroniques.

Le processus systématique de déterminer, intégrer et partager les leçons apprises de l'approche novatrice du programme et des projets individuels (c.-à-d., les pratiques exemplaires, les domaines nécessitant des améliorations) afin de présenter ce qui fonctionne ou non, pour qui et dans quel contexte, favoriserait également son efficacité et son efficacité, ainsi que son développement futur.

Recommandations

Les constatations de l'évaluation mentionnées dans le présent rapport ont conduit à la formulation des recommandations suivantes :

Recommandation 1 : Compte tenu de la complexité de sa conception actuelle, le programme devrait trouver une façon d'intégrer les résultats de l'ACSG+ dans la conception des projets, afin de réaliser les objectifs stratégiques du programme.

Recommandation 2 : Revoir les pratiques actuelles de mesure du rendement pour s'assurer que les données sont recueillies de façon uniforme pour tous les projets financés, afin d'évaluer efficacement les répercussions du programme, et pour s'assurer que les résultats prévus au niveau du programme fassent l'objet d'un suivi convenable et sont communiqués de façon appropriée afin d'orienter la prise de décisions futures relativement à la sélection des projets.

Recommandation 3 : Mettre en place un processus systématique pour compiler les leçons apprises sur ce qui fonctionne ou non, pour qui et dans quel contexte, et les partager avec les intervenants ainsi que les partenaires internes et externes.

Réponse et plan d'action de la direction

Évaluation du programme de Partenariats plurisectoriels pour promouvoir les modes de vie sains et prévenir les maladies chroniques

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Résultats attendus	Date d'achèvement prévue	Responsable	Ressources
Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation	Indiquer si la direction du programme accepte la recommandation, l'accepte sous certaines conditions ou la rejette, et donner la raison	Indiquer les mesures que la direction compte prendre pour donner suite à la recommandation	Indiquer les principaux résultats attendus	Inscrire l'échéancier pour la mise en œuvre de chaque résultat attendu	Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la mise en œuvre de chaque résultat attendu	Décrire les ressources humaines et financières nécessaires pour donner suite à la recommandation, notamment leur source (nouvelle source ou budget existant)
<p>Recommandation 1 :</p> <p>Compte tenu de la complexité de la conception actuelle du programme, ce dernier devrait permettre à l'avenir de cerner la façon d'intégrer les conclusions de l'ACS+ dans le cadre de la conception de projets, en vue d'améliorer les objectifs stratégiques du programme.</p>	D'accord	1.1 En consultation avec le Centre pour les subventions et les contributions, nous intégrerons les résultats de l'ACS+ à toutes les étapes pertinentes du processus du programme Partenariats plurisectoriels, de la sélection à l'évaluation et la conception des projets. Ces changements seront incorporés dans la charte du programme et le modèle de gestion opérationnelle pour le programme Partenariats plurisectoriels.	1.1 Intégration des résultats de l'ACS+ dans toutes les étapes pertinentes des processus opérationnels du programme Partenariats plurisectoriels, puis dans la charte du programme et le modèle de gestion opérationnelle.	Décembre 2020	Vice-présidente, Promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques	Ressources actuelles

<p>Recommandation 2 :</p> <p>Revoir les pratiques actuelles de mesure du rendement pour veiller à ce que les données sur le rendement soient recueillies de façon uniforme pour tous les projets financés, et ce, en vue de mesurer efficacement l'incidence du programme et de s'assurer que les résultats attendus quant à ce dernier font l'objet d'un suivi et d'une communication appropriés pour orienter la prise de décisions futures relativement à la sélection de projets.</p>	<p>D'accord</p>	<p>2.1 En consultation avec le Centre des subventions et des contributions, nous concevrons et mettrons en œuvre une Charte de programme et un Modèle de gestion des activités pour le programme Partenariats plurisectoriels (PPS) pour promouvoir les modes de vie sains et prévenir les maladies chroniques, qui comprendra une annexe réservée à la mesure du rendement et à l'évaluation.</p> <p>2.2 En consultation avec le Centre des subventions et des contributions, nous concevrons et mettrons en œuvre un Guide du programme à l'intention des demandeurs pour le programme Partenariats plurisectoriels (PPS) pour promouvoir les modes de vie sains et prévenir les maladies chroniques, qui comprendra une section réservée à la mesure du rendement et à l'évaluation.</p>	<p>2.1 Charte de programme (Annexe – Mesure du rendement et évaluation).</p> <p>2.2 Guide du programme à l'intention des demandeurs - section réservée à la mesure du rendement et à l'évaluation.</p>	<p>Décembre 2020</p> <p>Décembre 2020</p>	<p>Vice-présidente, Promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques</p>	<p>Ressources actuelles</p>
<p>Recommandation 3 :</p> <p>Mettre en place un processus systématique pour compiler les leçons tirées sur ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas, pour qui et dans quel contexte, relativement à la conception actuelle du programme et les projets financés, ainsi que communiquer ces leçons apprises aux partenaires de même qu'aux intervenants internes et externes.</p>	<p>D'accord</p>	<p>3.1 Nous développerons une stratégie de transfert des connaissances qui clarifie le processus et les attentes pour la capture des résultats au niveau du programme Partenariats plurisectoriels, qui renforce les exigences d'évaluation et de production de rapports par un tiers, qui élargit les mécanismes de transfert de connaissances existants, qui inclut une approche pour capturer et partager les apprentissages au niveau du projet à intervalles appropriés, et qui clarifie les attentes en matière de gouvernance et de surveillance liées au transfert des connaissances. Cette stratégie de transfert des connaissances sera intégrée et mise en œuvre par la charte du programme et au modèle de gestion opérationnelle pour le programme Partenariats plurisectoriels.</p>	<p>3.1 Stratégie de transfert de connaissances mise en œuvre et intégrée à la charte du programme et au modèle de gestion opérationnelle.</p>	<p>Décembre 2020</p>	<p>Vice-présidente, Promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques</p>	<p>Ressources actuelles</p>

		3.2 Nous développerons et mettrons en œuvre les attentes pertinentes en matière de transfert des connaissances identifiées au point 3.1 dans un Guide du programme à l'intention des demandeurs.	3.2 Explication des attentes et de l'approche du transfert de connaissances expliquées dans un Guide du programme à l'intention des demandeurs.	Décembre 2020		
--	--	--	---	---------------	--	--

1.0 Portée de l'évaluation

L'objectif de cette évaluation était d'examiner la pertinence et le rendement du programme Partenariats plurisectoriels (PPS) pour promouvoir les modes de vie sains et prévenir les maladies chroniques d'avril 2014 à décembre 2018. L'évaluation a aussi examiné les pratiques exemplaires et les leçons apprises provenant de la mise en œuvre de modèles novateurs de paiements de transfert actuellement utilisés dans l'ensemble du gouvernement du Canada. Les renseignements ont été recueillis par plusieurs moyens, notamment une analyse de la littérature, un examen des documents et des dossiers du programme et 44 entrevues auprès de cadres supérieurs, de gestionnaires de projet d'employés, de partenaires fédéraux, de partenaires financiers, de bénéficiaires et de demandeurs. Voir l'annexe 1 pour obtenir de plus amples renseignements sur la manière dont les données ont été recueillies et analysées, et l'annexe 2 pour obtenir de plus amples renseignements sur la portée et la conception de l'évaluation.

L'évaluation a porté sur les projets du programme PPS financés selon les modalités suivantes de financement et de contribution :

- Santé des hommes ;
- Initiative canadienne sur le cancer du sein ;
- Stratégie canadienne sur le diabète ;
- Cancer ;
- Programme sur les maladies cardiovasculaires ;
- Fonds pour la promotion des modes de vie sains.

Elle a aussi examiné des projets, approuvés ou en cours d'élaboration, créés dans le cadre du nouveau projet pilote sur les modalités génériques du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, qui a été officiellement lancé le 1^{er} avril 2017. L'évaluation ne portait pas sur les interventions liées à la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme, car elles ont été examinées dans le cadre de l'évaluation de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme de 2012-2013 à 2015-2016, approuvée en janvier 2017 et dont une prochaine évaluation aura lieu en 2022-2023.

2.0 Profil du programme

Contexte du programme

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les maladies non transmissibles, connues sous le nom de « maladies chroniques » au Canada, constituent des défis en matière de santé de plus en plus complexes. Au Canada, plus de deux adultes sur cinq âgés de 20 ans ou plus sont atteints d'au moins une principale maladie chronique comme le cancer, le diabète, les maladies cardiovasculaires ou les maladies respiratoires chroniques. L'inactivité physique et la sédentarité, la mauvaise alimentation, le tabagisme, la consommation problématique d'alcool et l'exposition à des environnements bâtis défavorables pour la santé sont tous des facteurs de risque modifiables communs des maladies chroniques. L'obésité est également considérée comme l'un des principaux facteurs de risque de maladies

chroniques au Canada, où un enfant sur trois fait de l'embonpoint ou est obèse, et plus d'un adulte sur quatre est obèse.

Chaque année, plus de 150 000 Canadiens meurent de maladies évitables. Les maladies chroniques sont également responsables d'un taux élevé de morbidité, des réductions de la qualité de vie connexes et à des conséquences négatives sur les communautés et l'économie. Les maladies chroniques et les autres maladies coûtent à l'économie canadienne 190 milliards de dollars par année, dont 122 milliards de dollars en perte indirecte de revenus et de productivité, et 68 milliards de dollars en coûts directement liés aux soins de santé².

En mai 2012, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la première cible mondiale de réduction de 25 % d'ici à 2025 de la mortalité prématurée causée par les maladies non transmissibles. Les États membres ont également convenu d'un cadre détaillé mondial de surveillance. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 a fait passer cette cible mondiale à un tiers (33 %) d'ici à 2030.

En 2005, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a obtenu 255 millions de dollars pour les cinq premiers ans et un financement permanent de 67,3 millions de dollars par année pour réaliser la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques (SIMVSMC) sur laquelle sont fondées les activités de l'ASPC en matière de vie saine et de prévention des maladies chroniques. Le cadre de la SIMVSMC avait pour but d'assurer que le Canada a établi une approche intégrée en matière de prévention des principales maladies chroniques en se concentrant sur les facteurs de risque modifiables communs des maladies chroniques ainsi que sur les travaux complémentaires propres à chaque maladie. Le cadre reposait sur les trois piliers suivants : la promotion de la santé ; la prévention des maladies chroniques en réduisant les risques, ainsi que le dépistage précoce et la prise en charge des maladies chroniques. Le Centre de prévention des maladies chroniques et de l'équité en santé (CPMCES) de la Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques (DGPSPMC) dirige les activités de prévention des maladies chroniques de l'ASPC. Au sein du CPMCES, la Division des partenariats et des stratégies (PSD) est directement responsable de l'administration du programme PPS.

Sur le financement permanent de 67,3 millions de dollars pour le cadre de la SIMVSMC, environ 20 millions de dollars par an servent à financer les activités du programme PPS. Le programme PPS de l'ASPC a été lancé en 2013 en vue de proposer des solutions novatrices aux problèmes de santé publique. Le programme fournit aux partenaires le co-investissement nécessaire pour prévenir les maladies chroniques, tout en réduisant les inégalités de santé entre les groupes de population si nécessaire.

Conception globale du programme

Les méthodes traditionnelles de prévention des maladies chroniques n'ont pas donné les résultats prévus au niveau de la population, et il est fréquent qu'ils ne parviennent pas efficacement à faire participer les membres de la population aux interventions visant à les faire changer de comportement. Par conséquent, le programme cherchait de nouvelles solutions au défi complexe de la prévention des maladies chroniques au Canada. Il a fourni un financement au moyen d'ententes de contribution de l'ASPC pour mettre à l'essai et à

l'échelle les interventions de prévention primaire les plus prometteuses (c.-à-d., celles qui facilitent et modifient les comportements de manière à avoir un effet positif sur la santé). Généralement, ces interventions mettent l'accent sur l'augmentation de l'activité physique, une alimentation saine, une vie sans tabac et la création d'environnements sociaux et physiques qui favorisent des comportements sains. Les chefs de projet ont reconnu qu'il ne suffit pas de supposer que « si on les construit, les gens viendront » ou que si une population cible est atteinte, l'intervention sera adoptée. Les projets du programme PPS ont testé des théories de changement de comportement ancrées dans la recherche sur les connaissances comportementales, la conception axée sur l'utilisateur et l'architecture de choix afin d'influencer, d'attirer, d'inspirer ou de motiver les populations à utiliser l'intervention ou à y participer activement. De plus, en livrant des interventions adaptées sur le plan culturel ou social à certaines populations précises, on s'attendait à ce qu'elles aient plus de chances de réussir à promouvoir des comportements sains, non seulement à court terme, mais aussi à long terme, une fois le projet terminé.

Le personnel du programme PPS a travaillé dans plusieurs secteurs pour tirer profit des investissements, de l'expertise et de l'ingéniosité afin d'élaborer et de mettre à l'essai des solutions intégrées en amont qui contribuent à réduire les facteurs de risque modifiables communs des maladies chroniques. Chaque projet doit inclure des partenariats avec des entités des secteurs privé et non lucratif, comme les organisations gouvernementales, les universités, les milieux de travail, l'industrie et les communautés. En faisant participer différents secteurs de la société, les partenaires peuvent profiter des connaissances, de l'expertise et des ressources pour atteindre l'objectif commun qui consiste à offrir de meilleurs résultats en santé pour les Canadiens. Les constatations des projets, qu'il s'agisse de succès ou d'échecs, devaient être communiqués aux partenaires internes et aux intervenants externes afin de contribuer à la constitution d'une base de données probantes sur les interventions qui fonctionnent, pour qui et dans quel contexte. L'objectif ultime du programme consistait à contribuer à accroître les comportements sains et à prévenir les maladies chroniques chez les Canadiens au moyen de partenaires multisectoriels³ qui adoptent, appliquent à grande échelle et soutiennent des politiques et des interventions en matière de modes de vie sains. L'annexe 3 présente un graphique qui illustre la logique du programme.

Les principaux aspects de l'utilisation des ententes de contribution par le programme pour financer les projets étaient les suivants :

- Les projets de prévention primaire doivent aller au-delà de la sensibilisation et inclure un ensemble coordonné d'activités qui facilitent et modifient les comportements de manière à réduire les facteurs de risque communs des maladies chroniques (inactivité physique et sédentarité, mauvaise alimentation et tabagisme).
- Les projets doivent mettre à l'essai des idées et des solutions innovantes en s'appuyant sur une base théorique solide, ou doivent mettre à l'échelle des solutions fondées sur des données probantes dont la capacité à entraîner un changement de comportement mesurable a été démontrée.
- Un ratio de financement de contrepartie de 1:1 provenant de non contribuables ou de partenaires du secteur privé est requis, bien qu'il existe des exceptions, car le programme met davantage l'accent sur le respect d'un ratio de 1:1 au niveau du portefeuille.

- Les projets doivent faire l'objet d'accords de « rémunération au rendement », dans lesquels les paiements sont liés à l'obtention de résultats et d'extrants en matière de santé qui sont définis à l'avance, négociés conjointement et mesurables.
- Le cas échéant, certains projets sont structurés de manière à favoriser d'autres modèles de financement par « rémunération au rendement », notamment les obligations à impact social et d'autres méthodes de financement social.

Les bénéficiaires devaient également élaborer et mettre en œuvre une évaluation rigoureuse de leur intervention et rendre compte des résultats chaque année en fonction de leur profil de risque. Le programme a adopté une approche de réception continue des demandes de projet. Au lieu de fixer une date limite de présentation des propositions, le programme faisait appel à un processus d'invitation ouverte à soumissionner, ainsi qu'à un processus d'examen en deux étapes des propositions reçues. Le processus d'examen comprenait des lettres d'intention, suivies d'une proposition complète. Cette démarche supposait généralement un degré élevé de création conjointe entre les responsables de programme et les promoteurs de projet.

Comme mentionné ci-dessus, dans le cadre du programme, les partenaires du projet devaient généralement obtenir un financement de contrepartie (désigné à un ratio de 1:1) en contributions financières (en espèces) et en nature de sources non contribuables et de partenaires du secteur privé pour être admissibles au financement du programme, ce qui est conforme à l'approche multisectorielle. Aucun autre programme du gouvernement du Canada ne met conjointement l'accent sur la réception continue des demandes passant par un processus d'examen en deux étapes et sur une approche multisectorielle axée particulièrement sur le financement de contrepartie du secteur privé (cela ne s'applique qu'au secteur fédéral).

Le programme PPS recourt également à des modèles de financement fondés sur les résultats dans sa conception de projet, conformément au projet pilote sur les modalités génériques des utilisations novatrices des paiements de transfert du Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT) du Canada. Ces modèles de financement sont axés sur des outils de financement innovants, notamment les modèles des prix et défis, les modèles de financement de base assorti d'une prime et les modèles de microfinancement, qui passent d'un financement basé sur les tâches et les activités à un financement basé sur l'obtention de résultats et la réalisation d'objectifs concrets. On suppose l'existence d'un certain risque, étant donné que l'on ne sait pas si une intervention « fonctionnera » auprès de la population visée (dans certains cas, les projets peuvent parvenir efficacement à promouvoir des comportements sains, mais peuvent rejoindre une population différente de celle qui était visée). En complément au financement innovant, le personnel du programme a également déterminé une série de mesures physiologiques et psychologiques associées aux facteurs de risque modifiables communs des maladies chroniques (p. ex., la tension artérielle, l'indice de masse corporelle), qui ont servi d'indicateurs de rendement afin d'établir un lien entre les paiements et l'atteinte des résultats des projets par les bénéficiaires.

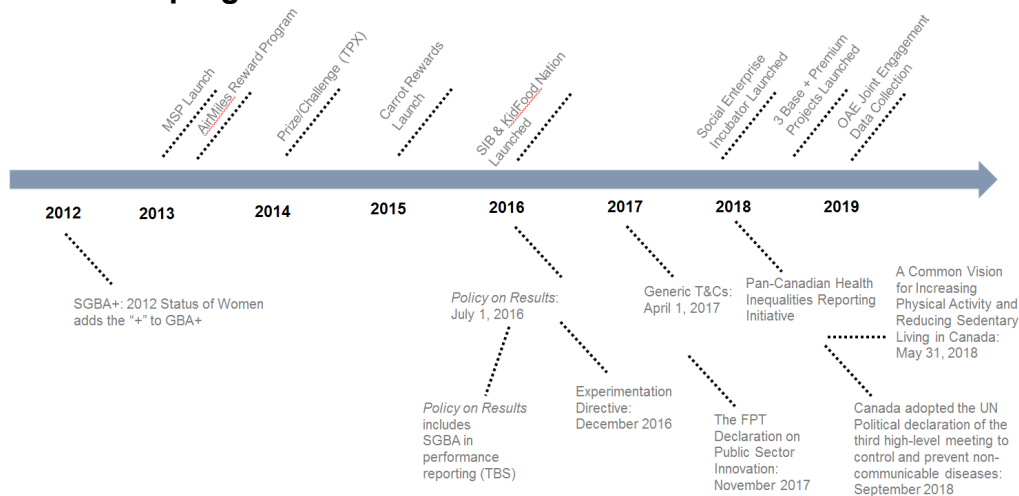
Le programme PPS a eu recours à des modèles financiers innovants avant l'approbation officielle des modalités génériques du SCT, notamment en signant une obligation à impact social (OIS) avec la Fondation des maladies du cœur en 2016 pour le projet ACTIVATE (Initiative communautaire de prévention de l'hypertension), et en contribuant à une stratégie

de prix et défis mise en œuvre par les Partenaires philanthropes LIFT en 2014 pour le Jeu d'échange. Depuis le lancement des modalités génériques du SCT en avril 2017, le programme PPS a également approuvé trois nouveaux projets qui utilisent le modèle de paiement de base assorti d'une prime.

Chronologie du programme

Une chronologie de l'histoire du programme est présentée ci-dessous (figure 1), montrant la séquence des événements importants qui ont eu une incidence sur les activités du programme depuis 2013, notamment la mise en place de la *Politique sur les résultats* du Conseil du Trésor en 2016. Autres événements comprennent l'obligation d'intégrer l'analyse comparative fondée sur le sexe et le genre plus (ACSG+) dans les rapports sur le rendement, et une directive relative à l'expérimentation en décembre 2016, ainsi que la mise en place des modalités génériques en avril 2017. La figure présente également des exemples de projets approuvés par le programme et leurs dates de début. Le diagramme montre que le programme a dû s'adapter à un ensemble de politiques en évolution pendant la période de cette évaluation. Cela a mené à des changements, par exemple, dans les exigences en matière de rapports sur les projets, ce qui a eu des répercussions sur les données de mesure du rendement du programme (examinées plus en détail à la section 6.2).

Figure 1 : Chronologie des événements importants qui ont eu une incidence sur les activités du programme



Depuis 2013, près de 112 millions de dollars ont été investis dans le cadre du programme PPS afin de soutenir 49 projets qui ont attiré ensemble 92 millions de dollars en investissements supplémentaires et mobilisé plus de 400 partenaires de divers secteurs.

Ressources du programme

Les données budgétaires prévisionnelles de la DPS, qui comprennent le financement du programme PPS, sont présentées ci-dessous dans le tableau 1 pour la période allant de 2014-2015 à 2018-2019. Au total, la DPS disposait d'un budget de 107,7 millions de dollars sur la période de cinq ans.

Tableau 1 : Budget prévisionnel de la DPS, 2014-2015 à 2018-2019

Année	Subventions et contributions (S et C)	Fonctionnement et entretien (F et E)	Salaires*	Total
2014-2015	17 307 120	735 765	2 850 220	20 893 105
2015-2016	14 067 871	690 954	2 847 469	17 606 294
2016-2017	15 341 876	550 471	2 847 469	18 739 816
2017-2018	17 707 053	666 279	3 089 798	21 463 130
2018-2019	24 775 243 ^a	1 015 035	3 204 822	28 995 100
Total	89 199 163	3 658 504	14 839 778	107 697 445

Source des données : Budget prévisionnel estimé fourni par la Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques ; * Les salaires comprennent le programme d'avantages sociaux des employés.

^a Ce chiffre comprend environ 5 millions de dollars provenant du financement de ParticipACTION, qui n'est pas administré par l'intermédiaire du programme PPS.

3.0 Importance continue du soutien à la promotion de la santé dans les domaines prioritaires

Le programme PP répond à un besoin continu d'aborder les facteurs de risque modifiables communs pour les maladies chroniques et continue d'être clairement conforme aux priorités, aux rôles et aux responsabilités fédéraux et ministériels.

Besoin continu du programme

Les résultats de l'examen des documents et des entrevues indiquent que le programme de PPS est nécessaire. Plusieurs facteurs de risque communs (p. ex., l'inactivité physique et la sédentarité, la mauvaise alimentation, le tabagisme, la consommation problématique d'alcool) responsables de l'augmentation des risques de morbidité et de mortalité liés aux maladies chroniques plus tard dans la vie peuvent être atténués, et les maladies chroniques peuvent être prévenues ou leur apparition retardée.

Selon les données de 2016 du Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC), les maladies chroniques, comme le cancer, le diabète et les maladies cardiovasculaires, sont les principales causes de décès et de réduction de la qualité de vie. Quarante-quatre pour cent des adultes de 20 ans ou plus sont atteints d'au moins une maladie chronique courante sur dix. En outre, selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 82,5 % des adultes canadiens de 18 ans ou plus ne respectent pas les Directives canadiennes en matière d'activité physique, tandis que seul un tiers des Canadiens de 12 ans ou plus déclarent manger au moins cinq portions de fruits et légumes par jour, un indicateur d'une alimentation saine. Enfin, en 2015, le Canada comptait 4,6 millions de consommateurs de tabac âgés de 15 ans ou plus (15 % de la population), dont 3,9 millions de fumeurs de cigarettes (Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues).

Alors que la consommation problématique d'alcool est considérée comme l'un des quatre principaux facteurs de risque des maladies chroniques, le programme PPS a axé sa sélection de projets sur l'inactivité physique, la sédentarité, la mauvaise alimentation et le tabagisme. Au moment de l'évaluation, un document d'orientation était en cours d'élaboration pour aider à atténuer les risques et les dommages liés à la consommation nocive d'alcool au Canada.

Harmonisation avec les priorités gouvernementales et caractère approprié des rôles et des responsabilités

Les efforts de prévention des maladies chroniques continuaient d'être harmonisés avec les priorités fédérales à l'échelle nationale et internationale, ainsi qu'avec la mission de l'ASPC, qui consiste à promouvoir et à protéger la santé des Canadiens au moyen du leadership, de partenariats, de l'innovation et de la prise de mesures dans le domaine de la santé publique. À l'échelle nationale, la lettre de mandat de 2015 adressée à la ministre de la Santé soulignait l'importance de créer des partenariats avec les gouvernements provinciaux, territoriaux et municipaux dans un effort visant à améliorer collectivement les résultats sur le plan de la santé pour les Canadiens. Plus récemment, un cadre stratégique intitulé « Une vision commune pour favoriser l'activité physique et réduire la sédentarité au Canada : Soyons actifs » a été élaboré par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, et publié le 31 mai 2018. De plus, le renouvellement quinquennal de la Stratégie canadienne sur le tabac par le gouvernement du Canada dans le budget de 2018 prévoit le financement d'interventions qui ciblent le tabagisme comme facteur de risque commun des maladies chroniques. Ces cadres stratégiques sont également conformes à la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques (SIMVSMC), qui met l'accent sur les partenariats et la collaboration multisectorielle.

En outre, en décembre 2015, le Centre de prévention des maladies chroniques et de l'équité en santé (CPMCES) a lancé son nouveau plan stratégique, intitulé « Améliorer les résultats en santé – un changement de paradigme ». Le plan avait pour objectif principal de continuer à mettre l'accent sur l'amélioration des résultats sur le plan de la santé pour tous les Canadiens, en mobilisant une action multisectorielle et fondée sur des données probantes visant à promouvoir une vie saine et à prévenir les maladies chroniques et les blessures, qui s'inscrit dans la vision d'une vie plus saine et plus productive pour les Canadiens. L'ASPC a donc adapté son rôle pour répondre à l'évolution de l'environnement en se concentrant sur les facteurs de risque modifiables communs des maladies chroniques à l'aide de solutions innovantes, et en fournissant le co-investissement nécessaire pour mettre à l'essai et à l'échelle les interventions les plus prometteuses.

Selon la Déclaration fédérale, provinciale et territoriale sur l'innovation dans le secteur public (novembre 2017), l'innovation, l'expérimentation et l'ouverture nécessitent des efforts constants, même si elles présentent des risques. La Déclaration a également noté que les greffiers et les secrétaires de cabinet fédéraux, provinciaux et territoriaux devraient s'engager à prendre des mesures, notamment à expérimenter et à mesurer les résultats en cernant ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas.

Le programme PPS est également conforme aux engagements internationaux du Canada. À l'occasion de la Troisième Réunion de haut niveau des Nations Unies sur les maladies non

transmissibles, en septembre 2018, les dirigeants de la santé mondiale, dont le ministre de la Santé du Canada, ont adopté une déclaration politique qui comprend des engagements à intensifier les efforts et à poursuivre la mise en œuvre de mesures visant à contrôler et à prévenir les maladies non transmissibles, notamment par l'élaboration d'interventions nationales multisectorielles adéquates.

De même, certains informateurs clés internes et externes estimaient qu'une approche multisectorielle était nécessaire pour lutter contre les maladies chroniques au Canada, et qu'elle devrait faire participer tous les ordres de gouvernement, ainsi que d'autres secteurs (p. ex., le secteur privé). En outre, à la suite du changement d'orientation pour cibler les facteurs de risque modifiables communs des maladies chroniques, les personnes interrogées ont estimé que le programme aurait des répercussions plus positives sur la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies chroniques.

Dans le cadre de sa stratégie, le programme facilite également divers accords de partenariat et modèles de financement afin de promouvoir une utilisation efficace de ses investissements en subventions et en contributions, axés sur l'atteinte de résultats mesurables. Le programme PPS est en cours d'établir, avec les secteurs privé et non lucratif, les organisations au sein et en dehors du secteur de la santé, et d'autres ordres de gouvernement, des partenariats qui appuient les changements de comportement visant à influencer positivement la santé.

Ciblage des groupes de population à risque

Différents groupes de population présentent des inégalités dans les taux de comportements à risque pour la santé. Cela laisse entendre que les gens sont confrontés à différents défis pour améliorer leur santé en fonction de divers facteurs sociaux, économiques et démographiques tels que le sexe et le genre, le revenu, l'éducation, la race et l'ethnicité, et l'endroit où ils vivent. Par conséquent, les interventions visant à réduire les maladies chroniques doivent tenir compte de ces différents déterminants de la santé et des inégalités en matière de santé afin de répondre efficacement aux besoins des divers groupes de population.

Les autorités de santé publique, notamment l'ASPC et l'OMS, ont reconnu que les différents groupes de population présentent des taux inégaux de comportements à risque pour la santé et d'exposition à des environnements malsains, ce qui entraîne des taux inégaux de maladies chroniques. Ces inégalités s'observent entre les populations en fonction du sexe et du genre, de l'âge, des origines culturelles et raciales, de l'identité des Premières nations, des Inuits ou des Métis, du revenu, de l'éducation, ainsi que du lieu de résidence en milieu rural ou urbain. Ces inégalités signifient que les stratégies visant à promouvoir des comportements et des environnements de vie sains parmi les différents groupes de population doivent être adaptées pour tenir compte des diverses façons dont les facteurs de risque se manifestent et sont vécus ; il n'existe pas de modèle universel. Ce type de réflexion s'harmonise à l'engagement du gouvernement du Canada à appliquer l'« analyse comparative entre les sexes plus » (ACSG+) à l'élaboration des politiques et des programmes⁴.

L’outil de données pancanadien sur les inégalités en santé⁵ affiche des renseignements sur les comportements à risque pour la santé entre les groupes de population, tirés de l’Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2010-2013) de Statistique Canada⁶. Le tableau suivant, tiré de l’outil de données, montre les différences entre les femmes et les hommes en ce qui concerne les comportements à risque pour la santé qui sont prioritaires dans le cadre du programme PPS.

Tableau 2 : Différences selon le sexe pour les facteurs de risque modifiables communs des maladies chroniques

	Femmes	Hommes
Activité physique, active ou modérément active (18 ans ou plus)	49,8 %	54,3 %
Consommation de fruits et légumes, cinq portions ou plus par jour (18 ans ou plus)	47,9 %	33,5 %
Tabagisme, quotidien ou occasionnel (18 ans ou plus)	18,2 %	24,5 %

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle (2010-2013) selon l’Outil pancanadien de données sur les inégalités en santé, 2017

Selon le tableau présenté ci-dessus, les hommes sont plus actifs physiquement que les femmes, tandis que les femmes mangent plus de fruits et de légumes et fument moins que les hommes. Comme le montre le tableau ci-dessous, ces différences entre les sexes se retrouvaient généralement consistantes lorsqu’on ajoutait d’autres caractéristiques de la population à l’analyse, comme les niveaux de revenu.

Tableau 3 : Différences entre les niveaux de revenus les plus bas et les plus élevés par sexe pour certains comportements à risque pour la santé

	Niveau de revenu le plus bas (quintile)		Niveau de revenu le plus élevé (quintile)	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Activité physique, active ou modérément active (18 ans ou plus)	40,2 %	46,4 %	62,5 %	64,2 %
Consommation de fruits et légumes, cinq portions ou plus par jour (18 ans ou plus)	40,1 %	30,4 %	54,8 %	35,3 %
Tabagisme, quotidien ou occasionnel (18 ans ou plus)	23,6 %	32,8 %	13,6 %	18,6 %

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle (2010-2013) selon l’Outil pancanadien de données sur les inégalités en santé, 2017

Le tableau 3 montre qu’il existe une nette différence entre les groupes de revenus les plus faibles et les plus élevés en ce qui concerne les comportements à risque pour la santé et les comportements de promotion de la santé. Les taux pour chacun de ces comportements à risque pour la santé se sont améliorés progressivement lorsque l’on compare chaque niveau de revenu au niveau supérieur suivant. De plus, les comportements de promotion de la santé ont augmenté à chaque hausse du niveau de revenu. On a observé des différences de taux similaires pour ces comportements en comparant des groupes de population selon le niveau de scolarité, où les comportements à risque pour la santé étaient plus prédominants dans les populations dont le niveau de scolarité était plus faible. Si on prend en considération d’autres sous-groupes de la population qui comptent pour la mobilisation efficace des gens dans l’amélioration de leur santé, on remarque l’existence de différences fondamentales dans les comportements à risque pour la santé. Par exemple, le tableau ci-dessous présente les

chiffres de trois peuples autochtones au Canada, par rapport aux populations non autochtones.

Tableau 4 : Différences entre les populations autochtones et non autochtones par sexe pour certains comportements à risque pour la santé

	Premières Nations hors réserve		Métis		Inuits		Non-autochtones	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Activité physique, active ou modérément active (18 ans ou plus)	47,9 %	57,5 %	52,7 %	56,2 %	41,8 %	42,5 %	49,9 %	54,3 %
Consommation de fruits et légumes, cinq portions ou plus par jour (18 ans ou plus)	35,6 %	26,0 %	39,8 %	32,3 %	26,9 %	17,8 % ^a	48,2 %	33,7 %
Tabagisme, quotidien ou occasionnel (18 ans ou plus)	42,4 %	41,8 %	35,0 %	39,9 %	55,4 %	56,7 %	17,5 %	23,9 %

^a À interpréter avec prudence, car le faible nombre de membres de ce groupe signifie que le pourcentage indiqué ici peut ne pas être exact.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle (2010-2013) selon l’Outil pancanadien de données sur les inégalités en santé, 2017

Les taux associés à différentes populations autochtones montrent des différences dans les comportements à risque pour la santé entre elles, ainsi que par rapport aux populations non autochtones; tous les groupes autochtones affichaient un taux plus faible de consommation de fruits et légumes, ainsi qu’un taux plus élevé de tabagisme, en particulier chez les Inuits, tandis que les femmes métisses et les hommes des Premières nations enregistraient les taux les plus élevés d’activité physique régulière dans tous les groupes de population. Le contexte historique, social, politique et économique propre aux peuples autochtones du Canada est essentiel pour comprendre ces différences dans les comportements à risque pour la santé. L’héritage colonial des pensionnats, le déplacement des communautés vers des établissements et des réserves éloignés, et la discrimination systémique sont quelques-uns des facteurs qui conduisent à des inégalités en santé entre les Premières nations, les Métis, les Inuits et les non-autochtones⁷.

Les trois tableaux précédents montrent qu’il existe des relations variables entre les caractéristiques de la population et les comportements à risque pour la santé. Cela suggère que les gens sont confrontés à des défis différents pour améliorer leur santé, en fonction de leur éducation, de leur niveau de revenu et de leur appartenance ethnique. Parmi les exemples de ces défis figure l’accès à l’information et aux ressources, ainsi que des environnements physiques et sociaux favorables. C’est pourquoi diverses stratégies sont nécessaires pour mobiliser différents groupes de population et leur donner les moyens de réduire les risques de maladies chroniques.

4.0 Preuves de la réussite du programme

Depuis 2014-2015, 112 millions de dollars ont été investis dans le cadre du programme PPS afin de soutenir 49 projets qui s'attaquent à un ou plusieurs facteurs de risque des maladies chroniques. Sur les 49 projets, 19 étaient achevés le 31 mars 2019. Sur les 30 autres projets, neuf devraient être achevés en 2019-2020, 10 en 2020-2021, quatre en 2021-2022 et en 2022-2023, et les trois autres en 2023-2024. Les groupes de projets les plus importants, par facteur de risque, étaient axés sur l'activité physique (14), comme le programme Promotion de l'acquisition de compétences essentielles chez les jeunes Autochtones (PLAY) de Right To Play, ou ont combiné activité physique et alimentation saine (14) (p. ex., le Centre communautaire d'alimentation du Canada : Bonne bouffe et bonne forme : promouvoir une saine alimentation et l'activité physique dans les communautés à faible revenu). Le groupe de projets suivant (11), portait sur de multiples facteurs de risque, dans une combinaison ou une autre de facteurs de risque modifiables. Parmi ces projets figure le projet Fondation Filles d'action : Projet pour la santé et le bien-être des filles : promouvoir des modes de vie sains, un poids santé et la réduction du tabagisme chez les filles. Le tableau 5 ci-dessous indique le nombre de projets par type de facteur de risque traité.

Tableau 5 : Nombre de projets du programme PPS par type de facteur de risque traité

Type	Nombre	%
Activité physique et alimentation saine	14	29 %
Activité physique	14	29 %
Facteurs de risque multiples	11	22 %
Tabac ⁸	6	12 %
Environnement bâti	3	6 %
Prévention des blessures	1	2 %
Total	49	100 %

Source : documents du programme

L'évaluation a fait ressortir quelques premiers signes de succès en ce qui concerne les participants aux projets (nombre de participants et mobilisation des populations vulnérables), l'amélioration des environnements sociaux et physiques, le développement des connaissances relatives aux comportements sains, les progrès vers les changements de comportement, et l'identification et la communication de modèles de réduction des facteurs de risque des maladies chroniques. Bien qu'il existe des données sur le rendement, les rapports varient en fonction de la portée du projet et de son stade de mise en œuvre, ainsi que de l'interprétation des renseignements exigés par les bénéficiaires. Par conséquent, étant donné que tous les projets n'ont pas recueilli les mêmes renseignements, les statistiques des sections suivantes varient en fonction du nombre de projets qui ont recueilli des renseignements précis sur les objectifs du projet, et sur le programme PPS en général.

4.1 Participation aux projets du programme PPS

Les documents du programme ont montré que 31 des 49 projets financés avaient enregistré un total cumulé de près de 1,9 million de participants jusqu'à la fin de 2017-2018. Les projets sont de portée très variable, le plus petit ayant rejoint 105 participants (Fondation Filles d'action) et le plus grand plus de 850 000 (Carotte Points Santé) en 2017-2018. Cela rend compte de la diversité des activités menées dans le cadre des projets, y compris des ateliers

intensifs en direct dans quelques communautés jusqu'à des applications en ligne pour téléphone intelligent mises à disposition dans tout le pays. Huit bénéficiaires interrogés ont mentionné avoir reçu des commentaires positifs de la part des participants sur la qualité des différentes activités du projet, en particulier qu'ils ont apprécié l'utilisation d'outils divers et que les projets ont eu des retombées positives pour un grand nombre de personnes (c.-à-d., les enfants, les jeunes, les travailleurs adultes et les personnes âgées, les particuliers et les familles, les parents et les soignants).

Comme le montre le tableau 6, 69 % (34 sur 49) des projets visaient particulièrement une population vulnérable connue pour être plus exposée aux facteurs de risque des maladies chroniques (p. ex., les fumeurs adultes, les personnes à faible revenu, les Autochtones). Douze de ces projets visaient particulièrement les enfants et les jeunes, se fondant sur le concept selon lequel les interventions à un jeune âge peuvent réduire les facteurs de risque qui mènent au développement de maladies chroniques plus tard dans la vie. Le tableau 6 montre la répartition du nombre de projets en fonction de la principale population cible.

Tableau 6 : Nombre de projets du programme PP en fonction de la principale population cible

Population cible	Nombre de projets (total = 49)
Populations vulnérables	34
• <i>Fumeurs adultes</i>	2
• <i>Adultes : inactivité ou maladies chroniques</i>	5
• <i>Enfants et jeunes</i>	12
• <i>Enfants et jeunes : déficience intellectuelle</i>	1
• <i>Enfants et jeunes : obésité</i>	2
• <i>Filles et femmes</i>	4
• <i>Autochtones</i>	3
• <i>Faible revenu</i>	2
• <i>Nouveaux arrivants au Canada</i>	1
• <i>Personnes âgées</i>	2
Adultes/population générale	10
Professionnels de la santé	5

Source : documents du programme

Certains bénéficiaires informateurs clés ont mentionné que différents groupes vulnérables ont bénéficié de projets qui avaient intentionnellement ciblé ces populations particulières, comme les enfants et les jeunes autochtones, les adultes qui courent un plus grand risque de développer des maladies chroniques, les nouveaux arrivants au Canada et les jeunes athlètes qui risquent de se blesser. Certains bénéficiaires ont également cernés des groupes mal desservis, en particulier les nouveaux arrivants qui ont plusieurs emplois et les personnes atteintes de diabète de type 2 dans les communautés autochtones.

Il convient de noter que la classification des projets par principale population cible n'a pas tenu compte des facteurs supplémentaires relevés par les projets (p. ex., ciblage des adultes

à leur lieu de travail ou de résidence, environnements susceptibles d'exposer les personnes à des facteurs de risque tels que la sédentarité).

La répartition démographique d'un nombre limité de projets qui ont recueilli des données sur le rendement de l'ACSG+ (entre 3 et 12 selon l'indicateur démographique, comme le montre le tableau 7 ci-dessous) et ont produit des données sur certains des groupes rejoints en 2016-2017 et 2017-2018 montre que les femmes représentaient une nette majorité des participants. En outre, près d'un quart des participants vivaient en milieu rural (moyenne calculée sur les deux années), environ deux tiers des participants avaient au moins un certain niveau d'études postsecondaires et la représentation autochtone était très faible.

Tableau 7 : Répartition démographique des projets du programme PP selon les données disponibles

Données démographiques	2016-2017	2017-2018
Sexe : Homme	34,4 % (n = 12 ^a)	36,7 % (n = 12)
Sexe : Femme	65,6 % (n = 12)	63,3 % (n = 12)
Milieu : Urbain	64,6 % (n = 11)	82,3 % (n = 10)
Milieu : Rural	35,4 % (n = 11)	17,7 % (n = 10)
Scolarité : pas d'études secondaires	3,4 % (n = 3)	2,0 % (n = 3)
Scolarité : études secondaires	29,2 % (n = 3)	28,3 % (n = 3)
Scolarité : études postsecondaires	67,4 % (n = 3)	69,7 % (n = 3)
Autochtones ^b	0,5 % (n = 3)	0,3 % (n = 3)
Non-autochtones	99,5 % (n = 3)	99,7 % (n = 3)

Source : documents du programme

^a n : nombre de projets qui ont communiqué des données au sujet de cet aspect

^b Les projets qui ont déclaré avoir rejoint des participants autochtones sont Boks, Flat Bay et Right to Play

4.2 Amélioration des environnements sociaux ou physiques pour favoriser des comportements sains

Les données sur le rendement montrent que certains progrès préliminaires ont été réalisés dans l'amélioration des environnements sociaux ou physiques, ce qui est un facteur de maintien des comportements sains.

Trois projets de 2017-2018 ont déclaré qu'environ 72 % des participants aux projets avaient indiqué une amélioration de l'environnement social, grâce aux possibilités d'établir des liens avec des pairs grâce à des activités qui favorisent l'activité physique et une alimentation saine. Le laboratoire d'apprentissage de la Fondation Filles d'action en est un bon exemple, étant donné que 105 filles de tout le pays ont eu l'occasion de renforcer leurs compétences dans les domaines des choix alimentaires sains, de la consommation de drogues et de l'activité physique. Le projet Get BUSY, dans le cadre duquel des clubs de garçons et de filles ont aidé des adolescents à devenir des mentors auprès d'enfants plus jeunes dans les domaines de l'alimentation saine et de l'activité physique, en est un autre.

Pleins feux : Carotte Points Santé

Jusqu'à son interruption en juin 2019 en raison d'un manque de revenus, le programme Carotte Points Santé visait à exploiter le pouvoir des récompenses pour susciter un changement de comportement positif et durable. Il s'agissait du premier programme national canadien basé sur une application mobile qui récompensait les Canadiens ayant fait des choix de vie sains à l'aide de points de fidélité à collectionner. La documentation du projet montre que les utilisateurs ont augmenté le nombre de pas qu'ils ont faits sur une période de huit mois, ainsi que leurs connaissances sur les principales pratiques de vie saine et de prévention des maladies chroniques. La plateforme du programme a également été élargie pour répondre à d'autres besoins stratégiques du gouvernement du Canada.

4.3 Amélioration des connaissances, des capacités ou des compétences en matière de comportements sains

Selon les données du programme, 71 % des participants aux 9 projets étudiés en 2017-2018 ont manifesté une meilleure connaissance des maladies chroniques ou des risques, ainsi que des facteurs de protection connexes. Par exemple, le projet Canadian Cardiovascular Harmonized National Guideline Endeavour (C-CHANGE) a produit un outil en ligne permettant aux praticiens de soins primaires qui traitent des patients atteints de maladies cardiovasculaires de mieux connaître et d'appliquer jusqu'à neuf lignes directrices de pratique clinique connexes. Elle a également mis sur pied des ateliers destinés à accroître les connaissances, à influencer les attitudes et à modifier les pratiques cliniques par l'adoption de pratiques exemplaires de prévention et de prise en charge des maladies cardiovasculaires. Les participants ont estimé que l'initiative globale devrait conduire à une amélioration de la prise en charge des maladies cardiovasculaires et de leurs résultats en favorisant une plus grande sensibilisation et une meilleure adhésion aux lignes directrices C-CHANGE dans les soins primaires. Dans un autre exemple, près de 20 000 femmes ont utilisé l'outil de planification en ligne de la Fondation canadienne du cancer du sein qui favorise la sensibilisation aux facteurs de risque du cancer. Les résultats préliminaires du programme Bonne Bouffe Bonne Forme indiquent que 96 % des participants (n = 3 000) ont appris quelque chose de nouveau sur l'alimentation et la cuisine plus saines. Bien que cela ne démontre pas directement une amélioration des connaissances, un informateur clé

externe a indiqué que 70 000 personnes ont visité et utilisé le portail interactif en ligne de CHEO Research intitulé « Build our Best Day » et a également mentionné que bon nombre d'entre elles téléchargent les Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures à l'intention des enfants et des jeunes (5-17 ans) sur le site de la Société canadienne de physiologie de l'exercice.

4.4 Amélioration des comportements liés à la santé des participants

Quatre-vingt-seize pour cent des participants à 11 projets ont indiqué une amélioration de leurs comportements liés à la santé sur le plan des facteurs de risque et de protection communs, grâce à leur participation à ces projets. Les informateurs clés de deux projets ont déclaré que les participants avaient maintenu ou augmenté des comportements sains, tels qu'une consommation accrue de légumes ou le fait de se rendre à l'école à pied, même après la fin du projet. On en témoigne aussi avec le projet d'activité physique AirMiles-YMCA, qui a démontré une augmentation (entre 1,37 et 3,84 fois) de l'exercice physique hebdomadaire chez les participants au projet par rapport à ceux qui n'y ont pas participé. De plus, le projet Olympiques spéciaux Canada a fait état d'une diminution de l'isolement social et d'une augmentation de la probabilité de participation à l'activité physique tout au long de la vie pour les personnes atteintes d'une déficience intellectuelle. Un autre exemple de l'amélioration des comportements liés à la santé des participants est le projet Bonne Bouffe Bonne Forme, qui a été lancé dans 30 sites communautaires, enregistrant un total de 3 000 participants. La documentation du projet indique que presque tous les participants ont appris quelque chose de nouveau sur l'alimentation et la cuisine plus saines. De plus, 72 % des participants ont augmenté leur nombre quotidien de portions de fruits et légumes et le nombre moyen de pas qu'ils font par jour. La plupart des participants ont donc fait état d'une amélioration de leur santé physique (78 %) et mentale (82 %). Ce projet a également conduit à des partenariats avec Six Nations Health Services (Ohsweken, Ontario) pour soutenir l'adaptation du programme d'études Bonne Bouffe Bonne Forme en vue de la cocréation et du comarquage d'un programme pour une communauté autochtone.

4.5 Détermination et partage d'interventions novatrices et de nouveaux modèles de santé publique

L'un des principaux objectifs du programme PPS est de fournir des preuves de ce qui fonctionne ou ne fonctionne pas, pour qui et dans quels contextes, grâce aux initiatives de prévention des maladies chroniques financées par le programme. Il est prévu que le programme fournisse aussi des renseignements sur les facteurs qui facilitent ou entravent l'efficacité d'une intervention donnée. Toutefois, à ce stade précoce du cycle de vie du programme, il n'existe pas de preuve systématique de la détermination et de la communication d'innovations et de modèles dans les 49 projets financés.

Il convient de noter que l'état actuel de la réflexion sur la prévention des maladies chroniques, fondée sur des perspectives relatives au comportement humain comme la théorie de l'incitation, reconnaît qu'il ne suffit pas d'offrir des « options plus saines » ou d'encourager les gens à les choisir, mais qu'il faut également reconnaître et surmonter les obstacles au changement, qu'ils soient tangibles ou perçus. Ces obstacles diffèrent entre les groupes et les individus, compte tenu des différences dans les réalités vécues et des inégalités sociales. Conformément aux *Directives relatives à l'expérimentation* de 2016, le personnel du programme a accepté que certaines idées échouent et que d'autres réussissent, mais que les échecs et les réussites soient tous deux importants pour l'apprentissage. Il est entendu que les

preuves issues des projets financés serviront à éclairer la conception des projets actuels et futurs, ainsi qu'à apporter des ajustements au programme. En outre, des produits d'information basés sur des données probantes (p. ex., des articles, des documents infographiques, des webinaires) peuvent être créés à l'intention de destinataires internes et externes.

Une analyse de 13 rapports d'évaluation de projets a révélé un certain nombre de leçons apprises des expériences de projets. Par exemple, le personnel des projets qui ont fait participer les gens à l'aide d'outils en ligne a constaté que la définition d'objectifs personnalisés, les récompenses à court terme et le contenu régulièrement mis à jour étaient des facteurs importants pour recruter et fidéliser les utilisateurs. Les projets qui ont mis l'accent sur l'engagement au niveau communautaire ont souligné la nécessité pour divers intervenants de se prendre en main et d'accepter de mettre en commun leurs ressources

Pleins feux : Défi des p'tits chefs

L'initiative Défi des p'tits chefs vise à donner aux enfants et aux familles les moyens d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires à la préparation d'aliments sains grâce à un programme pratique, soutenu par des contenus médiatiques en ligne et à l'antenne. L'initiative a vu la participation de 1 650 enfants, par l'intermédiaire de Clubs Garçons et Filles, avec une portée en ligne et à l'antenne estimée à 1,5 million d'enfants canadiens et 1,2 million de familles par mois. La documentation du projet montre une augmentation des connaissances et des changements de comportement chez les participants à l'initiative par rapport aux non-participants. Par exemple, les enfants et le personnel participants étaient plus conscients des choix sains qui leur étaient offerts dans leurs clubs, savaient plus souvent comment conserver les aliments correctement, étaient plus susceptibles d'avoir goûté à différents types d'aliments et étaient plus confiants de pouvoir préparer un repas à partir de zéro.

pour collaborer à des objectifs définis en commun. On a également considéré que des animateurs bien informés et flexibles sont indispensables pour maintenir l'engagement des participants et les aider à bénéficier des programmes. De plus, dans quelques exemples, les organismes bénéficiaires ont maintenu ou élargi les activités de projets dont le financement par le programme PPS avait pris fin ; par exemple :

- La Fondation Filles d'action a publié un guide d'animation sur la santé et le bien-être des filles, élaboré grâce à l'expérience du laboratoire d'apprentissage et couvrant des sujets tels que le renforcement des capacités du groupe, l'alimentation saine, l'activité physique et l'image corporelle saine (en abordant la question de la réduction de la consommation de tabac et d'alcool)⁹.
- Trotibus, le projet d'autobus scolaire pédestre de la Société canadienne du cancer, a reçu un financement du gouvernement du Québec pour soutenir et promouvoir le projet. Ce projet a également commencé à s'élargir à plusieurs communautés de l'Ontario.
- Le programme Promotion de l'acquisition de compétences essentielles chez les jeunes Autochtones (PLAY) de Right To Play a continué à se développer au Canada, en se servant d'un modèle d'utilisation du mentorat communautaire dans le sport comme influence positive pour augmenter l'activité physique, ainsi que pour promouvoir la santé mentale ainsi que l'assiduité et la persévérance scolaires.
- Le projet Canadian Cardiovascular Harmonized National Guideline Endeavour (C-CHANGE) continue à éduquer les praticiens de soins primaires sur l'utilisation de neuf lignes directrices de pratique clinique pour la prévention et le traitement des maladies cardiovasculaires.
- Le programme Vive l'activité physique de ParticipACTION a rassemblé des centaines d'organisations de jeunes intervenants sportifs au niveau local pour renforcer les capacités en vue d'accroître le savoir-faire physique, ainsi que pour former et maintenir des relations de partenariat, et montre des signes indiquant qu'il continuera à avoir un effet après la fin de la période de financement.

5.0 Éléments d'un programme d'apprentissage

Le modèle global d'exécution du programme, qui met l'accent notamment sur l'établissement de partenariats plurisectoriels, un processus de réception continue des demandes, une exigence d'obtenir un financement de contrepartie de sources non contribuables, ainsi que l'utilisation de mécanismes financiers novateurs, a démontré la viabilité de l'approche plurisectorielle et la volonté des partenaires à mettre leurs propres ressources au service d'objectifs communs.

Selon une majorité d'informateurs clés fédéraux interrogés, le Programme est considéré comme un chef de file dans l'expérimentation de solutions novatrices en matière de S et C au sein du gouvernement du Canada, ayant élaboré une méthode d'exécution unique et intégré un modèle de réception continue des demandes, ainsi qu'une méthode d'examen des propositions en deux étapes, comprenant un volet de cocréation, et un financement de contrepartie provenant de sources non contribuables. À l'heure actuelle, aucun autre programme de l'ASPC ou d'autres ministères fédéraux ne présente la même conception que le programme PPS.

Le programme PPS expérimente des modèles financiers innovants depuis 2014, bien avant l'approbation officielle des modalités génériques du SCT. À ce jour, le programme a signé cinq accords utilisant ce nouveau modèle du SCT, y compris la signature d'une obligation à impact social avec la Fondation des maladies du cœur en 2016 (le projet Activate, anciennement connu sous le nom d'Initiative communautaire de prévention de l'hypertension), et le recours à un modèle de prix et défis en 2014 (le Jeu d'échange). Depuis le lancement des modalités génériques du SCT en avril 2017, le programme PPS a également approuvé trois nouveaux projets qui utilisent le modèle de paiement de base assorti d'une prime. Ces projets appuient également la démarche globale du gouvernement du Canada à l'égard de l'innovation sociale et du financement social, ainsi que la réalisation de l'objectif de l'Agence d'encourager l'innovation et l'efficacité des programmes de santé publique.

Comme mentionné précédemment dans la section 2.0 : Profil du programme, le personnel du programme a également défini une série de mesures physiologiques et psychologiques à utiliser pour relier les paiements à la réalisation de mesures précises liées à la santé. Dans le cas du projet Activate, la réduction des niveaux de tension artérielle chez les personnes risquant de développer une hypertension artérielle est utilisée comme mesure de rendement qui relie les paiements à l'obtention de résultats précis en matière de santé visant à réduire les maladies cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux, car l'hypertension artérielle est un facteur de risque important des maladies cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux.

La conception de la prévention des maladies chroniques a également évolué en amont et est désormais axée sur les facteurs de risque modifiables communs des maladies chroniques. Selon les personnes interrogées, cet accent sur les facteurs de risque communs permet au programme de mieux influencer sur les taux d'obésité et les choix de vie sains chez les enfants, ce qui aura ensuite des répercussions sur la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies chroniques plus tard à l'âge adulte. Cela correspond fortement aux positions prises par l'ASPC et l'OMS selon lesquelles une solution intégrée de traitement des facteurs de risque communs des maladies chroniques est un moyen rentable d'améliorer la santé et de réduire les coûts des soins de santé au niveau de la population¹⁰.

La méthode des partenariats plurisectoriels a permis à l'ASPC de gagner une certaine efficacité (p. ex., grâce aux exigences de partenariat et à l'obtention d'un financement de contrepartie), ce qui devrait se traduire par de meilleurs résultats. Ces mesures ont permis au

Financement de contrepartie

Avantages généraux :

1. Il peut améliorer la durabilité d'un projet une fois que le financement fédéral prend fin.
2. Il peut encourager une base plus large de soutien communautaire au projet.
3. Il peut permettre aux programmes fédéraux de soutenir davantage de projets grâce à ses ressources, même si c'est à un montant moindre.

Difficultés générales :

1. Le temps nécessaire pour obtenir un financement de contrepartie peut retarder considérablement le démarrage d'un projet.
2. Les zones rurales sont désavantagées, car on y compte moins de bailleurs de fonds potentiels.
3. Cette exigence peut dissuader de nombreux demandeurs par ailleurs admissibles de présenter une demande (ceux qui peuvent ne pas être en mesure d'obtenir un financement de contrepartie), réduisant ainsi la diversité des candidats et limitant la créativité et l'innovation des projets financés.

programme de participer à des initiatives dont la portée est plus grande que si le programme était le seul partenaire financier. En s'assurant la collaboration d'autres partenaires, cette méthode augmente également la probabilité qu'une initiative réussie puisse se maintenir au-delà de la fin de l'entente de contribution.

Le programme a investi 112 millions de dollars entre avril 2013 et décembre 2018 pour promouvoir la collaboration plurisectorielle entre les différents secteurs afin de lutter contre les maladies chroniques grâce à l'exigence d'un financement de contrepartie. Les projets devaient obtenir un financement de contrepartie sous la forme de contributions en espèces ou en nature de la part de sources non contribuables du secteur privé ou d'organisations non gouvernementales. Grâce à cette méthode, le programme a élargi le nombre de partenaires qui ont participé aux 49 projets financés par le programme PPS à plus de 400 sociétés, petites et moyennes entreprises, fondations de bienfaisance, donateurs individuels, ainsi qu'à des organisations non gouvernementales représentant les secteurs de l'industrie, de la santé et des loisirs communautaires. De plus, en mettant en œuvre le modèle de financement de contrepartie, le programme PPS a jusqu'à présent permis d'obtenir 92 millions de dollars (soit un rapport de 1:0,8) auprès d'organisations privées. Il a également obtenu des fonds supplémentaires auprès d'autres sources, comme les gouvernements provinciaux et territoriaux et locaux, les organisations de services de santé, les conseils scolaires et les universités.

Ces partenariats ont aussi permis aux organisations nationales, régionales et locales qui s'efforcent d'atteindre des objectifs similaires de prévention des maladies chroniques de tirer profit de leurs forces mutuelles afin d'obtenir des résultats plus efficaces. Il s'agit notamment d'élargir la portée du projet à de nouveaux participants (p. ex., le projet Right to Play qui établit des liens avec les dirigeants communautaires des Premières nations, la collaboration de Dansons Ensemble avec la chaîne nationale d'établissements de soins de longue durée Revera), de diffuser des messages clés sur les modes de vie sains (p. ex., le lancement simultané de directives en matière de mouvement sur 24 heures à l'intention des enfants au Canada et en Australie) et d'attirer des bailleurs de fonds et des sources d'expertise supplémentaires (p. ex., le projet scolaire APPLE à Ft. McMurray attirant les investissements des entreprises).

L'approche du programme PPS comprenait également un aspect de réception continue des demandes, sans appel de propositions ni date de clôture. Cette démarche a été considérée comme viable, offrant des compromis entre la flexibilité et l'efficacité opérationnelle d'une part, et la gestion et la planification financières d'autre part. Ce modèle a reçu des commentaires positifs de toutes les personnes interrogées, en particulier des demandeurs et des bénéficiaires, car il offre plus de flexibilité au demandeur pour travailler avec le programme à l'élaboration de la demande, sans être lié à une date limite précise pour la soumission des propositions. Bien qu'elles aient généralement pris plus de temps à élaborer, ce qui a donc probablement influé sur la capacité du programme à respecter ses normes de service précédemment établies de 45 jours pour l'examen des lettres d'intention, les propositions ont été perçues comme étant de meilleure qualité et mieux alignées sur les objectifs du programme PPS.

Les bénéficiaires ont également estimé que le personnel du programme avait réussi à fournir un soutien et des conseils par l'entremise d'appels téléphoniques, de courriels et de

téléconférences. Ils se sont sentis soutenus, encouragés et dotés de ressources suffisantes tout au long de leur projet.

D'autre part, la plupart des demandeurs, des bénéficiaires et des partenaires interrogés connaissaient l'existence du site Web du programme, mais ils avaient du mal à trouver des renseignements pertinents sur les priorités, les orientations stratégiques et les populations cibles. Ils auraient souhaité avoir une indication plus claire des types de projets que le programme PPS cherche à financer, ainsi que des populations à risque prioritaires que le programme vise à servir.

Certains membres du personnel interne ont estimé que la solution de réception continue des demandes avait donné lieu à une charge de travail imprévisible, car les propositions pouvaient être soumises à tout moment de l'année, au lieu de leur permettre de travailler selon un calendrier fixe et des délais précis. Le personnel a également mentionné que le processus d'invitation ouverte à soumissionner rendait la budgétisation plus difficile, car le financement des projets pouvait être approuvé tout au long de l'année, plutôt qu'à une période donnée.

6.0 Efficience du programme

6.1 Dépenses du programme

Au cours des cinq années de l'évaluation, le programme a dépensé la plus grande partie (environ 94 %) de son budget, malgré des variations individuelles dans les dépenses pour chaque année.

Le tableau 8 présente les dépenses prévues et réelles du programme pour la période comprise entre 2014-2015 et 2018-2019. Au cours de la période d'évaluation, le programme a manqué d'utiliser environ 6 millions de dollars, en grande partie en raison de l'exercice 2015-2016 et de l'incapacité du programme à engager de nouveaux fonds ou à négocier de nouveaux accords pendant la période électorale. Les fonds inutilisés en 2016-2017 et en 2018-2019 étaient attribuables à d'autres pressions subies par l'Agence, comme le besoin de ressources immédiates pour soutenir les divers efforts visant à résoudre la crise des opioïdes, ce qui a retardé la signature de nouveaux accords jusqu'à l'automne 2018-2019.

Tableau 8 : Dépenses prévues et réelles du programme PPS (2014-2015 à 2018-2019)

Année	Budget (\$)				Dépenses (\$)				Écart (\$)	% du budget dépensé
	S et C	F et E	Salaires	TOTAL	S et C	F et E	Salaires	TOTAL		
2014-2015	17 307 120 \$	735 765 \$	2 850 220 \$	20 893 105 \$	16 927 504 \$	948 780 \$	2 971 816 \$	20 848 100 \$	45 005 \$	99,8 %
2015-2016	14 067 871 \$	690 954 \$	2 847 469 \$	17 606 294 \$	12 342 318 \$	594 947 \$	3 049 493 \$	15 986 758 \$	1 619 536 \$	90,8 %
2016-2017	15 341 876 \$	550 471 \$	2 847 469 \$	18 739 816 \$	13 570 585 \$	461 863 \$	2 596 955 \$	16 629 403 \$	2 110 413 \$	88,7 %
2017-2018	17 707 053 \$	666 279 \$	3 089 798 \$	21 463 130 \$	17 385 341 \$	510 273 \$	2 733 388 \$	20 629 002 \$	834 128 \$	96,1 %
2018-2019	24 775 243 \$	1 015 035 \$	3 204 822 \$	28 995 100 \$	23 661 225 \$	942 741 \$	2 903 664 \$	27 507 630 \$	3 374 461 \$	88,4 %
Total	89 199 163 \$	3 658 504 \$	14 839 778 \$	107 697 443 \$	83 886 973 \$	3 458 604 \$	14 255 316 \$	101 600 893 \$	6 096 550 \$	94,3 %

* Données financières fournies par le Bureau du dirigeant principal des finances.

6.2 Collecte et utilisation des données de mesure du rendement

Le programme PPS a recueilli des renseignements sur la mesure du rendement de chaque projet pendant la période examinée par cette évaluation. Il est toutefois possible d'améliorer les pratiques de mesure du rendement du programme, notamment en fixant des objectifs appropriés pour chaque indicateur de rendement et en veillant à ce que les données soient recueillies de manière uniforme au niveau des projets.

De plus, bien que le programme ait recueilli des renseignements à la fin de chaque projet, les leçons apprises sur ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas, pour qui et dans quel contexte, ne sont pas systématiquement compilées et communiquées aux intervenants du programme.

Le programme a recueilli des données sur le rendement de projets individuels grâce au suivi régulier de chaque accord de financement de projet, ainsi qu'aux évaluations et aux rapports définitifs des bénéficiaires afin de consigner les résultats à long terme des investissements du programme. De nombreux bénéficiaires informateurs clés ont déclaré qu'ils surveillaient l'exécution des activités prévues dans le cadre de leurs projets financés, y compris les contributions de leurs partenaires, une constatation corroborée par les personnes interrogées en interne. Toutefois, les membres des deux groupes ont estimé que des améliorations étaient nécessaires pour que les données recueillies aient un rapport plus direct avec les projets et qu'elles répondent au besoin en information stratégique du programme. En outre, quelques informateurs clés internes ont déclaré que les renseignements sur les projets reçus à ce jour étaient basés sur différents types de rapports requis qui avaient été élaborés au fil du temps, mais qui avaient été examinés isolément. Il en résulte une information fragmentée qui ne répond pas

Les renseignements sur le programme montrent que seuls 8 projets sur les 19 qui ont été lancés depuis l'entrée en vigueur de la *Politique sur les résultats* en juillet 2016 ont produit des rapports sur certaines populations vulnérables données. Parmi les exemples de groupes précis représentés dans les renseignements recueillis, citons les adolescentes (promotion de l'activité physique), les hommes en surpoids ou obèses des communautés à faibles revenus, des communautés rurales, des communautés autochtones, ou des communautés de langue officielle minoritaire (activité physique et alimentation saine) et les travailleurs de la construction (réduction du tabagisme).

clairement aux besoins du programme et de la haute direction, ou qui pourrait être communiquée aux partenaires externes qui s'intéressent à proposer de nouveaux projets. Par exemple, on n'a procédé à aucune analyse des lacunes ou des chevauchements des projets qui pourrait éclairer les priorités du programme à l'égard de risques précis pour la santé. En outre, les données collectées n'ont pas permis :

- D'orienter la manière dont le programme peut atteindre au mieux les populations à haut risque (voir l'encadré).
- De déterminer les types de projets et d'outils dans lesquels il serait le plus approprié d'investir.
- De dégager les leçons apprises ou les meilleures approches pour les projets communautaires.

Le programme PPS a également rassemblé 13 évaluations de tiers portant sur divers projets, et a fait publier des articles dans des revues sur sa démarche plurisectorielle et sur bon nombre de ses interventions financées, notamment Alliance Wellness, Carotte Points Santé, SmartMoms et UpNgo avec ParticipACTION. Un certain nombre de bénéficiaires informateurs clés ont déclaré qu'ils avaient mis en place de solides processus d'évaluation des projets, certains étant dirigés par des consultants tiers, et ont mentionné la tenue de réunions régulières avec les partenaires pour les tenir au courant de l'état d'avancement des projets. Toutefois, cette rétroaction évaluative n'est pas systématiquement compilée ou communiquée aux autres, notamment aux demandeurs, aux bénéficiaires et aux programmes de contributions au sein de l'ASPC et du gouvernement du Canada. Les intervenants internes et externes, dont les demandeurs et les bénéficiaires, ont exprimé leur intérêt pour les leçons apprises de la mise en œuvre de nouveaux modèles de financement et de nouveaux types d'intervention. Le programme étudie actuellement les possibilités de créer un réseau de pairs pour les bénéficiaires du programme, ainsi que pour les partenaires financiers et leurs réseaux.

6.3 Analyse comparative fondée sur le sexe et le genre plus (ACSG+)

Le programme a réalisé des analyses de l'ACSG+ dans des domaines critiques, et recueille des renseignements sur les populations ciblées dans chaque projet. L'examen de l'intégration de l'ACSG+ dans la conception du programme pourrait permettre de mieux équilibrer les interventions innovantes et expérimentales avec la nécessité de s'attaquer aux facteurs de risque modifiables communs des maladies chroniques dans les populations les plus vulnérables.

Le gouvernement du Canada s'est engagé à utiliser l'analyse comparative fondée sur le sexe et le genre plus dans l'élaboration des politiques, des programmes et des lois afin de mieux répondre à certains besoins et circonstances particuliers. Le renforcement de la capacité des programmes de l'ASPC de traiter les questions de sexe, de genre et de diversité a le potentiel d'améliorer le rendement et de renforcer l'incidence, notamment en optimisant la portée des activités et la manière dont elles sont exécutées.

Dans un contexte d'évaluation, on se demande si le problème de santé traité par un programme diffère systématiquement d'un groupe de population à l'autre, si un programme a été conçu pour tenir compte de ces différences et s'il a manifesté une incidence en conséquence. Comme indiqué dans la section 3.0, il apparaît que différents groupes de population présentent des inégalités dans les taux de comportements liés à la santé. Le personnel du programme est conscient de ces différences, puisqu'il a effectué des analyses ACSG+ sur l'alimentation saine (décembre 2017), le tabagisme (octobre 2018) et la sédentarité et l'inactivité physique (novembre 2018). Plus récemment, les demandeurs ont été invités à définir les populations cibles de leur projet dans leurs propositions. Toutefois, la conception actuelle du programme (p. ex., la vaste portée des projets financés, le processus de réception de demandes ouvert, les exigences de financement de contrepartie) rend difficile le ciblage intentionnel de populations précises qui ont été définies comme étant les plus à risque ou qui sont touchées de manière disproportionnée. Par exemple, comme mentionné précédemment, le programme est axé sur trois facteurs de risque modifiables communs des maladies chroniques, chacun ayant son propre ensemble défini de groupes de population vulnérables. De plus, comme le processus de réception de demandes ouvert entraîne un afflux constant de demandes tout au long de l'année, le personnel du programme a dû prendre du recul pour évaluer le champ d'application et cerner les lacunes possibles pour les populations vulnérables parmi les projets financés. Enfin, jusqu'à présent, le programme a adopté la démarche consciente de ne pas cibler des populations particulières afin de ne pas limiter l'ampleur potentielle des propositions, et n'a donc pas orienté les demandes de propositions, ce qui est conforme à la conception actuelle du programme. Toutefois, une fois les analyses ACSG+ terminées et les informations tirées des différents projets achevés et en cours, on pourrait examiner s'il existe des lacunes dans les populations cibles et quels mécanismes potentiels pourraient les combler.

7.0 Conclusions

Le programme PPS répond à un besoin continu de gérer les facteurs de risque modifiables communs des maladies chroniques, que l'ASPC reconnaît bien. Les statistiques disponibles montrent en outre qu'il existe des différences marquées par rapport à l'importance des principaux facteurs de risque de maladies chroniques chez certains segments de la population canadienne. Par conséquent, les efforts de prévention des maladies chroniques continuent d'être harmonisés avec les priorités fédérales et la mission de l'ASPC, qui consiste à promouvoir et à protéger la santé des Canadiens au moyen du leadership, de partenariats, de l'innovation et de la prise de mesures dans le domaine de la santé publique.

À ce jour, les premiers signes de succès qui se dégagent des activités et des résultats du programme sont déjà visibles, en ce qui concerne le nombre de personnes qui participent aux projets financés, l'acquisition de connaissances sur les comportements sains et les indications des progrès réalisés en matière de modification des comportements et d'amélioration de la santé. En ce début du cycle de vie du programme, il n'a pas encore été déterminé ni communiqué si les interventions novatrices et les nouveaux modèles fonctionnent ou non.

Le programme PPS est perçu comme une initiative exemplaire à l'échelle du gouvernement du Canada en raison de la conception expérimentale et des modèles de financement

novateurs qu'il met en œuvre. En effet, le programme a réussi à obtenir 92 millions de dollars en financement de contrepartie d'autres organisations, comme les gouvernements provinciaux ou territoriaux et les administrations locales, les organismes de services de santé, les conseils scolaires et les universités.

Le modèle global de prestation du programme met l'accent notamment sur l'établissement de partenariats plurisectoriels, un processus de réception continue des demandes, une exigence d'obtenir un financement de contrepartie de sources non contribuables, ainsi que l'utilisation de mécanismes financiers novateurs, ayant démontré la viabilité de l'approche plurisectorielle. De plus, beaucoup de partenaires se sont montrés disposés à mettre leurs propres ressources au service d'objectifs communs qui permettent de gérer les facteurs de risque modifiables communs des maladies chroniques et d'y répondre. La plupart des demandeurs, bénéficiaires et partenaires interrogés ont souligné la nécessité d'indiquer plus clairement les types de projets que le programme PP cherche à financer, ainsi que les populations à risque prioritaires qu'il cible.

Le programme a effectué des analyses comparatives fondées sur le sexe et le genre plus (ACSG+) dans des domaines critiques, et recueille des renseignements sur les populations ciblées dans chaque projet. Cela dit, il a été difficile d'appliquer l'ACSG+ au programme en raison du large éventail de facteurs de risque de maladies chroniques et de la conception actuelle du programme. Il est possible de voir s'il existe des lacunes dans les populations ciblées et de déterminer les mécanismes éventuels qui peuvent combler ces lacunes. On pourrait faire davantage pour communiquer aux intervenants internes et externes les données de l'ACSG+ recueillies à ce jour dans le cadre des projets. Parallèlement, le programme pourrait définir plus clairement comment il devrait répondre aux besoins des populations vulnérables en gérant les facteurs de risque communs des maladies chroniques en combinaison avec des programmes similaires de la Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques de l'ASPC.

Le programme PPS recueille des données sur le rendement grâce à la surveillance continue de chaque accord de financement de projet, ainsi qu'aux évaluations et aux rapports définitifs liés à chaque projet afin de consigner les résultats à long terme des investissements du programme. Toutefois, la conception du programme rend la collecte de données intrinsèquement difficile. La réception continue de demandes fait en sorte que le portefeuille de projets comprend un mélange de projets qui ont débuté à différents moments et qui ont donc été établis selon des exigences et dans des contextes politiques différents (p. ex. l'ACSG+). Le fait que le programme cible de multiples facteurs de risque et cadres d'intervention aggrave encore davantage la difficulté de dresser un portrait général du rendement. Cette diversité dans l'orientation des projets rend difficile le regroupement de renseignements cohérents sur le rendement des projets au fil du temps. Ainsi, il manque des données fiables sur le rendement, notamment les objectifs de rendement et les données de base, pour répondre aux besoins du programme en matière de renseignements stratégiques. Par conséquent, le programme PPS est incapable de présenter efficacement un portrait global du rendement de sa contribution à la réduction des facteurs de risque modifiables communs des maladies chroniques.

Le processus systématique de déterminer, intégrer et partager les leçons apprises de l'approche novatrice du programme et des projets individuels (c.-à-d, les pratiques

exemplaires, les domaines nécessitant des améliorations) afin de présenter ce qui fonctionne ou non, pour qui et dans quel contexte, favoriserait également son efficacité et son efficacité, ainsi que son développement futur.

8.0 Recommandations

Les constatations de l'évaluation mentionnées dans le présent rapport ont conduit à la formulation des recommandations suivantes.

Recommandation 1 : Compte tenu de la complexité de sa conception actuelle, le programme devrait trouver une façon d'intégrer les résultats de l'ACSG+ dans la conception des projets, afin de réaliser les objectifs stratégiques du programme.

L'établissement d'un équilibre dans la complexité d'une démarche de financement innovante par subventions et contributions comporte des défis, notamment la capacité d'orienter les objectifs des projets individuels. Le programme a mené des analyses ACSG+ dans les domaines essentiels (alimentation saine, tabagisme et sédentarité). Associées aux renseignements recueillis sur les populations ciblées par les projets en cours, les analyses ACSG+ permettraient de fournir certaines orientations sur les populations manquantes que le programme devrait cibler. En outre, plus les projets individuels progressent, plus le programme sera en mesure de discerner les solutions les plus efficaces pour différentes populations. Cela pourrait également fournir des indications aux demandeurs potentiels sur les types de projets que le programme PPS cherche à financer, ainsi que sur toute population à risque prioritaire.

Recommandation 2 : Revoir les pratiques actuelles de mesure du rendement pour s'assurer que les données sont recueillies de façon uniforme pour tous les projets financés, afin d'évaluer efficacement les répercussions du programme, et pour s'assurer que les résultats prévus au niveau du programme fassent l'objet d'un suivi convenable et sont communiqués de façon appropriée afin d'orienter la prise de décisions futures relativement à la sélection des projets.

L'évaluation a déterminé que les exigences relatives à la collecte de données sur la mesure du rendement ont changé au fil du temps, compte tenu des différentes politiques mises en œuvre pendant la durée de vie de ce projet. Par conséquent, on a trouvé un manque d'uniformité entre les projets concernant la collecte des données sur le rendement, ainsi que des lacunes dans la collecte des données d'ACSG+. Cela nuit ensuite à la capacité du programme de déterminer les répercussions des projets sur les populations ciblées. On pourrait améliorer la mesure du rendement du programme PPS, ce qui lui permettrait de présenter plus efficacement le portrait de son rendement global, notamment l'incidence du programme sur la réduction des facteurs de risque modifiables communs des maladies chroniques. Les améliorations permettraient également de fournir des informations plus claires à l'appui des décisions, comme l'établissement des priorités et des possibilités de mise à l'échelle des projets financés par le programme PPS.

Recommandation 3 : Mettre en place un processus systématique pour compiler les leçons apprises sur ce qui fonctionne ou non, pour qui et dans quel contexte, et les partager avec les intervenants ainsi que les partenaires internes et externes.

Les intervenants internes et externes, y compris les demandeurs et les bénéficiaires, accordaient de l'importance aux leçons apprises et aux meilleures approches pour les projets communautaires et ont exprimé leur intérêt afin de tirer des leçons de la mise en œuvre de nouveaux modèles de financement et de nouveaux types d'intervention. En mettant en œuvre un processus systématique de compilation et de communication des leçons apprises et des meilleures pratiques, le programme serait capable de fournir davantage des preuves de ce qui fonctionne ou non, pour qui et dans quels contextes, ainsi que des facteurs qui facilitent ou entravent l'efficacité d'une intervention donnée.

Annexe 1 – Portée et méthode d'évaluation

L'évaluation a été prévue dans le Plan d'évaluation ministériel 2018-2019 à 2022-2023, et est requise en vertu de la *Loi sur la gestion des finances publiques*. L'objectif de cette évaluation était d'examiner la pertinence et le rendement du programme Partenariat plurisectoriels d'avril 2014 à décembre 2018. L'évaluation visait également à examiner les pratiques exemplaires et les leçons apprises provenant de la mise en œuvre des modèles novateurs de paiements de transfert actuellement utilisés dans l'ensemble du gouvernement du Canada.

L'évaluation a porté sur les projets du programme PPS financés sous l'égide des programmes suivants :

- Santé des hommes ;
- Initiative canadienne sur le cancer du sein ;
- Stratégie canadienne sur le diabète ;
- Cancer ;
- Programme sur les maladies cardiovasculaires ;
- Fonds pour la promotion des modes de vie sains.

Elle a aussi examiné des projets, soit approuvés ou en cours d'élaboration, qui ont été créés dans le cadre du nouveau projet pilote sur les modalités génériques du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, qui a été officiellement lancé le 1^{er} avril 2017. L'évaluation ne portait pas sur la pertinence et le rendement des interventions liées à la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme, car ces activités ont été examinées dans le cadre de l'évaluation de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme de 2012-2013 à 2015-2016, approuvée en janvier 2017 et dont une prochaine évaluation aura lieu en 2022-2023. Le tableau suivant présente les enjeux et les questions abordés par l'évaluation.

Enjeux et questions de l'évaluation

Pertinence et rendement

Secteur d'intérêt	Questions
1. Besoin continu	<p>1.1 Quel est le fardeau actuel et prévu des maladies chroniques et comment les activités de l'ASPC se sont-elles adaptées aux besoins changeants liés aux maladies chroniques au Canada ?</p> <p>1.2 Dans quelle mesure les maladies chroniques diffèrent-elles systématiquement d'un groupe de population à l'autre ? Certains groupes de population devraient-ils être ciblés ?</p>
2. Alignement du programme sur les priorités et les responsabilités du gouvernement fédéral et de l'ASPC	<p>2.1 Depuis l'évaluation précédente menée en 2015, y a-t-il eu des changements importants apportés aux priorités et aux rôles du gouvernement et de l'ASPC relativement aux maladies chroniques?</p>
3. Rendement – Efficacité	<p>3.1 Dans quelle mesure le programme PPS a-t-il atteint les résultats prévus immédiats, intermédiaires et à long terme ?</p> <p>3.2 Les résultats prévus du programme PPS ont-ils eu une incidence différente sur divers groupes de population ? Si c'est le cas, dans quelle mesure et de quelle façon ?</p> <p>3.3 Des résultats non intentionnels (bénéfiques ou négatifs) ont-ils été obtenus?</p>
4. Rendement – Efficience et économie	<p>4.1 Dans quelle mesure le programme PPS est-il efficient et rentable ? Comment les nouveaux mécanismes de financement ont-ils amélioré l'efficience et la rentabilité du programme PPS jusqu'à maintenant ?</p> <p>4.2 Existe-t-il d'autres moyens novateurs de promouvoir la santé des Canadiens et de réduire l'impact des maladies chroniques au Canada ?</p> <p>4.3 Le programme PPS répond-il aux besoins des groupes de population cibles (p. ex., résultats du modèle logique du programme) ? Si oui, comment?</p>

Annexe 2 : Méthodes de collecte et d'analyse des données

Les évaluateurs ont recueilli et analysé les données provenant de différentes sources. La collecte de données a commencé en septembre 2018 et a pris fin en mars 2019. Les données ont été analysées par la triangulation de l'information recueillie selon les diverses méthodes énumérées ci-après. L'utilisation de plusieurs sources de données probantes et de la méthode de triangulation visait à accroître la fiabilité et la crédibilité des constatations et des conclusions de l'évaluation.

Analyse de la littérature :

Une recherche de la littérature portant sur les interventions de prévention des maladies chroniques, notamment les documents provenant d'autres modèles innovants de paiements de transfert actuellement utilisés au sein du gouvernement du Canada, a été effectuée afin d'étudier les meilleures pratiques et les leçons apprises de leur mise en œuvre.

Examen des documents et des dossiers du programme :

Une série de documents a été évaluée afin d'orienter les conclusions liées à la pertinence, à l'efficacité et à l'efficience du programme. Environ 300 documents ont été examinés.

Entrevues auprès d'informateurs clés :

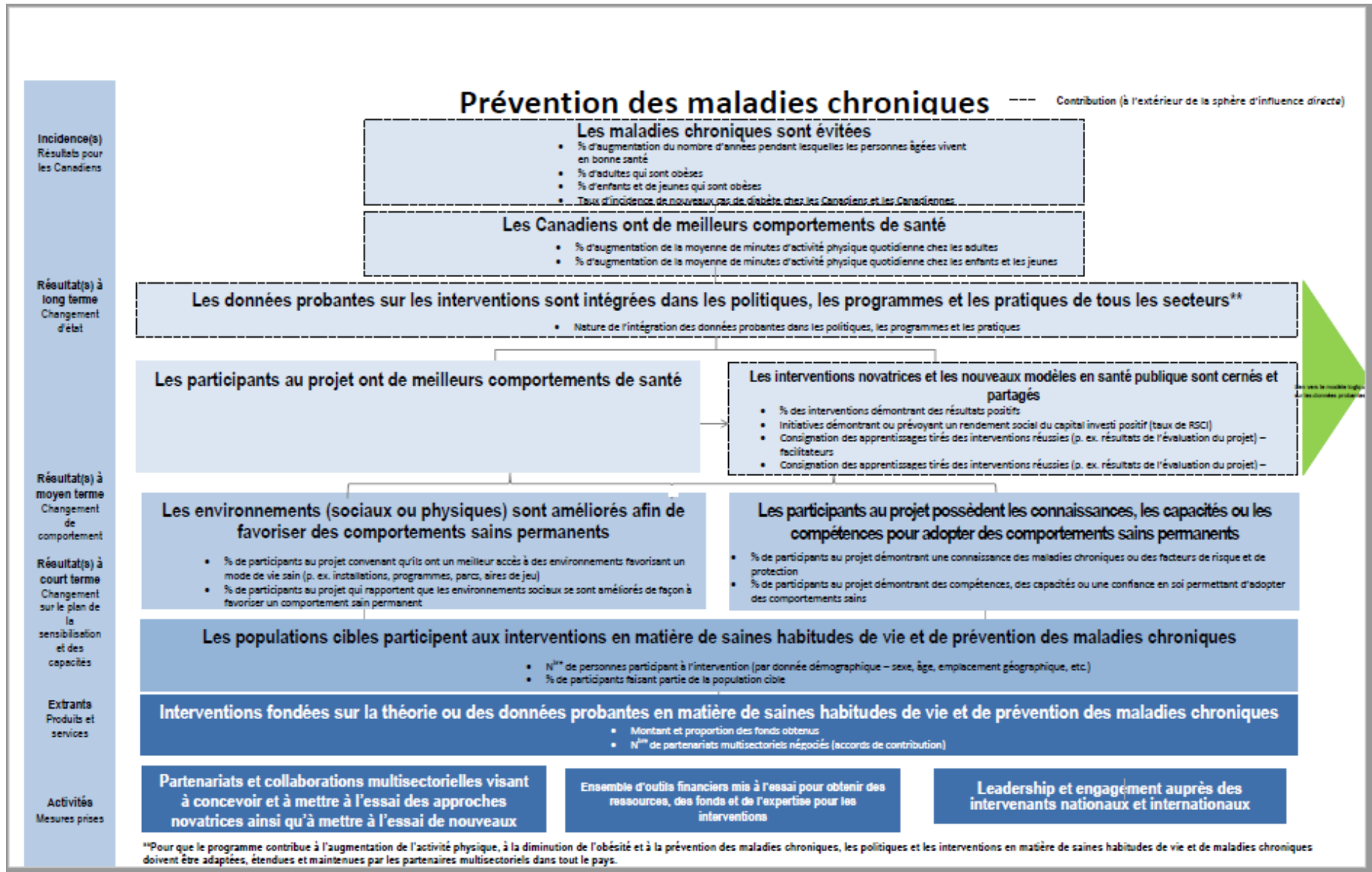
Des entrevues auprès d'informateurs clés ont été menées afin de recueillir des renseignements détaillés sur la pertinence, l'efficacité et l'efficience du programme. Des entrevues semi-structurées fondées sur un questionnaire préétabli ont été réalisées. Au total, 44 entrevues ont été menées auprès de cadres supérieurs (n = 2), de gestionnaires de projet et d'employés (n = 10), de partenaires fédéraux (n = 7), de partenaires financiers (n = 2), de bénéficiaires (n = 19) et de demandeurs (n = 4). La liste des personnes interrogées a été dressée en concertation avec la Division des partenariats et des stratégies (DPS). Une fois la liste établie, la DPS et le Bureau de l'audit et de l'évaluation (BAE) ont communiqué avec toutes les personnes figurant sur la liste, les informant de l'examen et de la demande d'entrevue.

Limites et stratégies d'atténuation :

La plupart des évaluations sont limitées par des contraintes qui peuvent avoir des conséquences sur la validité et la fiabilité des constatations et des conclusions. Le tableau ci-dessous décrit les limites auxquelles on s'est heurté lors de la mise en œuvre des méthodes sélectionnées pour cette évaluation. Les stratégies d'atténuation mises en œuvre pour que les résultats de l'évaluation puissent être utilisés en toute confiance pour orienter la planification des programmes et la prise de décisions y figurent également.

Limite	Incidence	Stratégie d'atténuation
Des données primaires limitées ont été recueillies auprès des bénéficiaires directes des activités financées.	Les bénéficiaires directs des activités communautaires financées n'ont pas été consultés lors du processus de collecte de données primaires. D'autres entrevues avec ces intervenants auraient permis d'avoir une meilleure idée du rendement des activités financées.	Bien qu'aucune entrevue auprès de bénéficiaires directs n'ait été réalisée, des méthodes de triangulation ont été utilisées pour corroborer les principales constatations (analyse documentaire, et entrevues auprès des informateurs clés d'autres intervenants).
Les entrevues auprès des informateurs clés sont de nature rétrospective.	La nature rétrospective des entrevues peut mener à l'obtention d'une perspective récente sur des événements passés. Cela peut avoir un effet sur la validité de l'évaluation d'activités ou de résultats relatifs à des améliorations dans un domaine du programme.	La triangulation d'autres sources de données a permis de corroborer ou de compléter l'information sur les données recueillies pendant les entrevues.
Les données sur la mesure du rendement étaient limitées et fortement dépendantes des données déclarées par les participants. En outre, les exigences relatives à la collecte de données ayant évolué au fil du temps, tous les projets n'ont pas recueilli les mêmes renseignements.	Une partie importante des données de projet présentées provient de données autodéclarées par les participants. Le nombre total de projets faisant rapport sur des statistiques données varie en fonction du nombre de projets qui ont collecté et communiqué ces renseignements, ce qui fait qu'il est beaucoup plus difficile de se fier à des données sur le rendement agrégées pour tirer une conclusion sur la réalisation des résultats attendus du programme.	La triangulation d'autres sources de données a permis de corroborer ou de compléter les données sur la mesure du rendement reçues du programme.

Annexe 3 – Modèle logique du programme PPS



Notes de fin de texte

- ¹ L'Organisation mondiale de la Santé et l'ASPC ont reconnu que l'inactivité physique et la sédentarité, la mauvaise alimentation, le tabagisme et la consommation nocive d'alcool sont des facteurs de risque modifiables communs des maladies chroniques les plus répandues : maladies cardiovasculaires, cancer, maladies pulmonaires chroniques et diabète. Les facteurs de risque non modifiables sont notamment l'âge et l'hérédité génétique.
- ² Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada. Mémoire adressé au Comité permanent des finances de la Chambre des communes dans le cadre des consultations prébudgétaires de 2018, le 4 août 2017. Consulté à l'adresse <https://www.ourcommons.ca/content/Committee/421/FINA/Brief/BR9073636/br-external/ChronicDiseasePreventionAllianceOfCanada-9657657-f.pdf>
- ³ Dans un article publié dans la revue *The Lancet* en 2005, Strong et coll. déclarent que « [TRADUCTION] une organisation ou un groupe isolé n'a probablement pas les ressources nécessaires pour faire face aux problèmes complexes de santé publique liés aux maladies chroniques. Il faudra créer de nouvelles coalitions qui dépassent les limites du portefeuille traditionnel de la santé. Cela s'explique par la nature même des risques causaux et modifiables des maladies chroniques. Ces risques, notamment le tabagisme, la mauvaise alimentation et l'inactivité physique, découlent de la structure et de la fonction des sociétés, en particulier le processus d'urbanisation rapide. Pour que des changements favorables à la santé se produisent, il faut que les facteurs de ces risques soient pris en compte dans la définition du problème et de la solution. Les secteurs de la société tels que les entreprises, les syndicats et les organisations non gouvernementales, qui ne sont pas traditionnellement inclus dans l'élaboration des politiques de santé, peuvent être recrutés dans les efforts de prévention. » Strong, K., Mathers, C., Leeder, S. et Beaglehole, R. Preventing chronic diseases: how many lives can we save? *The Lancet*. Volume 366, Issue 9496, 29 October –4 November 2005, Pages 1578-1582. Consulté à l'adresse <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673605673412?via%3Dihub>
- ⁴ Pour obtenir de plus amples renseignements, voir l'approche du gouvernement du Canada en matière d'ACSG+ : <http://www.swc-cfc.gc.ca/gba-ac/s/index-fr.html>
- ⁵ L'outil de données pancanadien sur les inégalités en santé est accessible à l'adresse suivante : <https://sante-infobase.canada.ca/inegalites-en-sante/outil-de-donnees/index>
- ⁶ Bien que des chiffres plus récents de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes allant jusqu'en 2017 soient accessibles au public (voir : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/180626/dq180626b-cansim-fra.htm>), l'outil de données pancanadien sur les inégalités en santé nécessite des données sur plusieurs années pour rendre compte de manière fiable des différences entre les groupes de population. L'ASPC est en train de mettre l'outil de données à jour, mais aucune donnée plus récente n'était consultable à temps pour ce rapport.
- ⁷ ASPC, 2018. Principales inégalités en santé au Canada : Portrait national. Encadré 1 : Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé – Perspectives autochtones, p. 8. Consulté à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/science-recherche-et-donnees/comprendre-rapport-principales-inegalites-sante-canada.html>
- ⁸ Bien qu'ils sortent du cadre de cette évaluation, nous avons inclus les projets axés sur le tabac dans le tableau 5 pour montrer l'ensemble des projets financés à ce jour dans le cadre du programme PPS.
- ⁹ Voir le guide Take Care accessible à l'adresse : <https://www.girlsactionfoundation.ca/guides>.
- ¹⁰ L'ASPC a adopté une vision intégrée des maladies chroniques dans la conception de ses programmes; voir <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/facteurs-risque-maladies-chroniques.html>. Cette démarche est fondée sur un consensus international, comme en témoigne la création du Forum mondial de l'OMS sur la prévention et le contrôle des maladies chroniques (voir : <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr76/fr/>), ainsi que la Déclaration politique des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et les efforts mondiaux subséquents; voir <https://www.who.int/ncds/governance/fr/>