



Health Canada and the Public
Health Agency of Canada

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

Évaluation de la Stratégie d'innovation 2009-2010 à 2013-2014

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

Mars 2015

Liste des sigles

AAP	Architecture des activités de programme
DÉICSP	Centre pour le développement et l'évaluation des interventions complexes pour la santé publique
CPCMC	Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques
CPS	Centre pour la promotion de la santé
DGPSPMC	Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
ECSE	Enfants conscience de socialement-émotionnellement
FPT	Fédéral-provincial-territorial
FSP	Fonds pour la santé de la population
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
ISPP	Institut de la santé publique et des populations
INSMDS	Institut national sur la santé des minorités et les disparités de santé (INSMDS)
PACE	Programme d'action communautaire pour les enfants
PAPACUN	Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques
PCNP	Programme canadien de nutrition prénatale
PSPA	Promouvoir des stratégies de pensée alternative
RISP	Recherche interventionnelle en santé des populations
RPC	Recherche participative communautaire
RPP	Rapport sur les plans et les priorités
SNCRM	Santé nationale et conseil de recherches médicales
SCT	Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada
SI	Stratégie d'innovation
CRCRU	Centre de collaboration en recherche clinique du Royaume-Uni

Table des matières

Sommaire	ii
Réponse et plan d'action de la direction	vii
Stratégie d'innovation	vii
1.0 Objectif de l'évaluation	1
2.0 Description du programme	1
2.1 Contexte du programme.....	1
2.2 Profil du programme	2
2.3 Modèle logique et détails du programme.....	5
2.4 Harmonisation du programme et des ressources.....	6
3.0 Description de l'évaluation.....	7
3.1 Portée, démarche et conception de l'évaluation	7
3.2 Contraintes et stratégies d'atténuation	8
4.0 Constatations	8
4.1 Pertinence : Élément n° 1 – Nécessité de poursuivre le programme	8
4.2 Pertinence : Élément n° 2 – Harmonisation avec les priorités gouvernementales	10
4.3 Pertinence : Élément n° 3 – Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral	12
4.4 Rendement : Élément n° 4 – Atteinte des résultats escomptés (efficacité)	15
4.5 Rendement : Élément n° 5 – Preuve d'économies et d'efficacité	26
5.0 Conclusions	31
5.1 Conclusions – Pertinence.....	31
5.2 Conclusions – Rendement.....	32
6.0 Recommandations	33
Annexe 1 – Projets de la Stratégie d'innovation.....	35
Annexe 2 – Modèle logique.....	43
Annexe 3 – Résumé des constatations	44
Annexe 4 – Comparaisons internationales.....	58
Annexe 5 – Description de l'évaluation.....	61

Liste des tableaux

Tableau 1 : Aperçu des phases de financement de la Stratégie d'innovation	4
Tableau 2 : Données financières (de 2009-2010 à 2013-2014)	6
Tableau 3 : Contraintes et stratégies d'atténuation	8
Tableau 4 : Intervenants qui ont participé aux interventions de la Phase 1	16
Tableau 5 : Classification déclarée des partenariats pour les projets de la Stratégie d'innovation.....	18
Tableau 6 : Sommaire des produits de connaissance générés et de la participation aux activités liées au savoir	19
Tableau 7 : Exemples de l'utilisation des produits de connaissance.....	21
Tableau 8 : Exemples d'amélioration des résultats en matière de santé	23
Tableau 9 : Évaluation de l'état de préparation de l'expansion du projet ECSE de la Stratégie d'innovation ...	25
Tableau 10 : Données financières (de 2009-2010 à 2013-2014)	27
Tableau 11 : Sommaire des ressources additionnelles et des ressources en nature de la Stratégie d'innovation	28
Tableau 12 : Sommaire des heures effectuées par les employés prêtés et les bénévoles pour les projets de la Stratégie d'innovation.....	28

Sommaire

La présente évaluation porte sur la Stratégie d'innovation de l'Agence de la santé publique du Canada pour la période allant de 2009-2010 à 2013-2014. Elle a été réalisée pour satisfaire aux exigences de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et la *Politique sur l'évaluation* (2009) du Conseil du Trésor du Canada.

Objectif et portée de l'évaluation

L'évaluation a pour objectif de vérifier la pertinence et le rendement de la Stratégie d'innovation. Elle devait être effectuée en 2014-2015 conformément au plan quinquennal d'évaluation de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada.

Description du programme

La Stratégie d'innovation de l'Agence de la santé publique du Canada, administrée par le Centre pour la promotion de la Santé, vise à mettre à l'essai et à mettre en œuvre des interventions novatrices en santé de la population afin d'atténuer les inégalités en santé et d'aborder les problèmes complexes de santé publique jugés prioritaires, ainsi que leurs facteurs sous-jacents. Grâce à sa démarche de recherche axée sur les interventions, la Stratégie d'innovation appuie la prestation d'un ensemble d'interventions en santé de la population qui ont pour but d'améliorer les résultats en santé tout en générant des données cruciales, grâce à la surveillance et à l'évaluation de 1) la façon dont l'intervention a favorisé le changement et 2) du contexte dans lequel celle-ci a obtenu les résultats optimaux et pour quelles populations. Le programme finance à l'heure actuelle des projets de recherche interventionnelle dans les domaines de santé publique prioritaires, soit la santé mentale et l'atteinte du poids santé. Par l'entremise de partenariats dans le cadre de projets intersectoriels et d'activités d'échange du savoir, la Stratégie d'innovation diffuse et partage les connaissances tirées des projets à l'appui de l'élaboration de politiques et de programmes nationaux. On détermine les interventions jugées adéquates à être déployées à grande échelle (expansion, reproduction, adaptation ou maintien du projet) afin de pouvoir joindre un plus grand public et de réduire les inégalités en santé.

Au cours des cinq derniers exercices (de 2009-2010 à 2013-2014), les dépenses de la Stratégie d'innovation en matière de subventions et de contributions s'élevaient à environ 54 millions de dollars.

CONCLUSIONS – PERTINENCE

Nécessité de poursuivre le programme

Les questions complexes en santé de la population, telles que la santé mentale et l'obésité, demeurent une préoccupation en matière de santé publique. Afin d'y répondre efficacement, il faut mettre en place des interventions en santé de la population fondées sur des données probantes qui ont une incidence sur les déterminants sociaux de la santé. À l'heure actuelle, il y a peu de données probantes sur les interventions efficaces en santé de la population au Canada. Il

est donc nécessaire de poursuivre la recherche interventionnelle en santé des populations afin de générer des connaissances sur les interventions en matière de politiques et de programmes qui sont susceptibles d'avoir une incidence sur la population.

Harmonisation avec les priorités gouvernementales

La réduction des inégalités en santé est une des priorités du gouvernement fédéral. Au cours des cinq dernières années, le Canada a signé des déclarations fédérales et internationales à cet égard. Les documents de politiques et de planification stratégiques du gouvernement du Canada, y compris le discours du Trône, présentent également cette question comme une priorité. Dans son document intitulé *Horizons stratégiques 2013-2018*, l'Agence de la santé publique du Canada détermine que l'approche axée sur la santé de la population, qui comprend notamment la réduction des inégalités en santé, constitue le modèle qui encadrera les priorités et les orientations stratégiques de l'Agence pour les cinq prochaines années. Les domaines de priorité actuels de la Stratégie d'innovation, soit la santé mentale et le poids santé, s'harmonisent également avec les priorités du gouvernement fédéral et de l'Agence, comme le précisent les documents de politiques et de planification stratégiques tels que le discours du Trône et le document *Horizons stratégiques* de l'Agence.

Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement du Canada

Le rôle de l'Agence en ce qui a trait à la promotion et à la protection de la santé et à la prévention des maladies est décrit dans la *Loi sur le ministère de la Santé* et la *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada*. Le gouvernement du Canada a un rôle clair en matière de promotion de la santé et du bien-être des Canadiens, particulièrement en ce qui concerne les questions de santé publique d'intérêt national comme l'obésité et la santé mentale. Les objectifs et activités de la Stratégie d'innovation, qui comprennent la réduction des inégalités en santé grâce à la recherche interventionnelle en santé, s'harmonisent à ce rôle du gouvernement fédéral. La Stratégie d'innovation ne semble pas reproduire le rôle d'autres intervenants.

CONCLUSIONS – RENDEMENT

Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

Grâce à la mise en œuvre, à la réalisation, à la surveillance et à l'évaluation d'interventions en santé de la population, la Stratégie d'innovation a obtenu les résultats immédiats escomptés. Des interventions en santé de la population ont été établies et sont soutenues par des partenariats intersectoriels. Un éventail de produits de connaissances ont été élaborés, distribués et consultés au niveau des projets, et même si des produits de connaissances ont également été générés au niveau du programme, il est plus difficile d'établir dans quelle mesure ceux-ci ont été distribués et consultés.

La Stratégie d'innovation a de plus réalisé des progrès par rapport à la plupart des résultats intermédiaires. Sur le plan des projets, il semble que les connaissances générées par l'entremise du programme contribuent aux modifications apportées aux politiques et aux programmes. Toutefois, l'application des connaissances n'a pas fait l'objet d'un suivi systématique à l'échelle des projets ou du programme. Une démarche plus cohérente et systématique pour suivre cette information faciliterait l'évaluation des progrès réalisés à l'égard de ce résultat. Il semble que le programme contribue à améliorer les résultats en matière de santé, tout particulièrement dans le domaine prioritaire de la Stratégie d'innovation qu'est la santé mentale, qui en est à une étape plus avancée sur le plan de la réalisation des projets. Ces résultats comprennent une amélioration des connaissances et des compétences des enfants et des familles, notamment dans les collectivités autochtones. On s'attend à ce que d'autres progrès soient réalisés en matière de résultats en santé à mesure que les projets termineront la phase 2 et passeront à la phase 3 où doit avoir lieu leur pleine expansion. À l'heure actuelle, il semble que les interventions en phase 2 dans les deux domaines prioritaires soient prêtes pour une expansion.

Preuve d'économies et d'efficience

La conception du programme de la Stratégie d'innovation, y compris la démarche progressive en matière de financement des projets et la réalisation échelonnée des projets de chaque domaine prioritaire, a contribué à améliorer l'efficience du programme. Selon la démarche progressive, seuls les projets prometteurs ou dont l'efficacité est démontrée sont financés aux phases subséquentes, ce qui permet de limiter le financement d'interventions moins efficaces. La réalisation échelonnée des projets des domaines prioritaires a permis d'appliquer les leçons apprises des projets de promotion de la santé mentale aux projets ayant trait à l'atteinte du poids santé. En outre, les partenariats établis à l'occasion de la réalisation de la Stratégie d'innovation ont permis aux projets d'obtenir des fonds supplémentaires pour une somme totale d'environ 5,7 millions de dollars et un appui en nature de 5,6 millions de dollars approximativement depuis le début de leur mise en œuvre (ce qui équivaut à 31 % de leur financement pour la période en question).

Une collaboration accrue et un plus grand échange d'information au sein de la Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques (DGPSPMC) et du portefeuille de la Santé, plus précisément l'ISPP des IRSC, pourraient également permettre d'autres gains d'efficacité. Même si la Stratégie d'innovation a établi des liens informels avec ces secteurs, il existe peu de mécanismes officiels à l'heure actuelle pour faciliter une planification conjointe des travaux ou le partage d'information.

Le programme de la Stratégie d'innovation a activement recueilli et utilisé des données sur le rendement; toutefois, des mesures de rendement supplémentaires s'imposent si l'on veut mieux comprendre l'incidence de ses produits de connaissance et appuyer le suivi périodique des interventions lorsque le financement de la Stratégie d'innovation aura pris.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1

Définir et saisir les occasions de coordination stratégique des efforts et de collaboration accrue pour tirer profit de l'expertise et maximiser les gains d'efficacité sur le plan de la recherche interventionnelle en santé des populations et dans les deux domaines stratégiques prioritaires (la santé mentale et le poids santé) :

- **au sein de la DGPSPMC de l'Agence de la santé publique du Canada;**
- **avec l'ISPP des IRSC et d'autres secteurs du portefeuille de la Santé, le cas échéant.**

Les données d'évaluation (c.-à-d. les entrevues avec les informateurs clés et l'examen de la documentation) montrent que bien que des liens informels aient été créés entre la Stratégie d'innovation et les secteurs de programme pertinents, nombre de ces liens n'ont pas été officialisés. Il se peut donc que certaines occasions d'accroître l'efficacité et l'efficacé du programme au moyen d'une collaboration aux fins d'une planification concertée des travaux ou de la coordination des activités n'aient pas été saisies. On recommande donc que ces relations soient, dans la mesure du possible, officialisées ou que des outils et des processus visant à soutenir la collaboration soient établis afin d'assurer l'efficacité générale et de contribuer aux progrès réalisés en ce qui concerne la recherche interventionnelle en santé des populations et dans les deux domaines stratégiques prioritaires.

Recommandation n° 2

Élaborer une stratégie officielle pour encadrer le partage de l'information et des leçons apprises de la Stratégie d'innovation au chapitre des domaines stratégiques prioritaires (qui correspondent actuellement à la santé mentale et au poids santé) et de la recherche interventionnelle en santé des populations.

Dans l'ensemble, l'évaluation a permis d'établir que bien que la Stratégie d'innovation ait donné lieu à l'élaboration d'un certain nombre de produits de connaissance, aucune stratégie officielle n'a été mise en place pour encadrer les efforts de diffusion de l'information générée par le programme. On recommande donc qu'une stratégie officielle soit établie afin d'encadrer le partage d'information de façon à atteindre les résultats du programme voulant que les intervenants consultent et utilisent les données probantes générées par la Stratégie d'innovation.

Recommandation n° 3

Améliorer les activités de mesure du rendement relatives à ce qui suit :

- **le suivi de la consultation et de l'utilisation de l'information pour mieux mesurer et comprendre l'incidence du programme, tout particulièrement dans les deux domaines stratégiques prioritaires;**
- **le suivi des projets après le financement de la Stratégie d'innovation pour déterminer si les interventions se sont poursuivies.**

Afin de bien mesurer et comprendre l'efficacité de la Stratégie d'innovation, il faut améliorer les activités de mesure du rendement. À l'heure actuelle, la consultation des produits de connaissance ne fait pas l'objet d'un suivi systématique à l'échelle des projets ou du programme. Il est donc impossible d'établir clairement si les produits de connaissance de la Stratégie sont utilisés ou de quelle manière ils le sont. En outre, afin de déterminer la pérennité des interventions une fois le financement terminé, on recommande qu'un suivi des projets soit effectué périodiquement une fois que le financement de la Stratégie d'innovation aura pris fin.

Réponse et plan d'action de la direction Stratégie d'innovation

Recommandation	Réponse	Plan d'action	Produit livrable	Date d'achèvement prévue	Cadre de responsabilisation	Ressources
<p>1. Définir et saisir les occasions de coordination stratégique des efforts et de collaboration accrue pour tirer profit de l'expertise et maximiser les gains d'efficacité sur le plan de la recherche interventionnelle en santé des populations et dans les deux domaines stratégiques prioritaires (la promotion de la santé mentale et l'atteinte du poids santé) :</p> <p>a) au sein de la Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques (DGPSPMC) de l'Agence de la santé publique du Canada;</p> <p>b) avec l'Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada (ISPP des IRSC) et d'autres secteurs du portefeuille de la Santé, le cas échéant.</p>	Acceptée	<p>Établir des mécanismes avec des secteurs de la DGPSPMC pour améliorer la collaboration dans les deux domaines stratégiques prioritaires et en matière de recherche interventionnelle en santé des populations, et pour déterminer la priorité des options relatives aux activités de coordination stratégique, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> le Centre pour la promotion de la santé (responsable des politiques en santé mentale et en soins de santé maternelle et infantile); le Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques (responsable des politiques ayant trait à l'atteinte du poids santé); la Direction des déterminants sociaux et de l'intégration scientifique (équité en santé et recherche interventionnelle en santé des populations). <p>Examiner avec l'ISPP* des IRSC et d'autres secteurs du portefeuille de la Santé, au besoin, des domaines où la coordination et la collaboration pourraient être accrues sur le plan de la recherche interventionnelle en santé des populations et dans les deux domaines stratégiques prioritaires.</p> <p>*Ces travaux s'harmoniseront avec les ententes à plus haut niveau conclues entre l'ASPC et les IRSC, et qui ont une portée plus générale.</p>	<p>Mécanismes établis pour améliorer la coordination et la collaboration</p> <p>Mécanismes désignés pour améliorer la coordination et la collaboration</p>	<p>Janvier 2016</p> <p>Novembre 2016</p>	Sous-ministre adjointe – DGPSPMC	La réalisation des produits livrables en vertu de la présente recommandation exige du personnel supplémentaire qui sera réaffecté au sein du Centre pour la promotion de la santé.

Recommandation	Réponse	Plan d'action	Produit livrable	Date d'achèvement prévue	Cadre de responsabilisation	Ressources
2. Élaborer une stratégie officielle pour encadrer le partage de l'information et des leçons apprises de la Stratégie d'innovation au chapitre des domaines stratégiques prioritaires (qui correspondent actuellement à la promotion de la santé mentale et à l'atteinte du poids santé) et de la recherche interventionnelle en santé des populations	Acceptée	Élaborer un plan pour partager l'information et les leçons apprises du programme de la SI. Ce plan comprendra un aperçu des activités et une façon de mesurer la consultation et l'utilisation.	Plan concernant le partage des leçons apprises	Décembre 2015	Sous-ministre adjointe – DGPSPMC	Ressources existantes
3 Améliorer les activités de mesure du rendement relatives au :	Acceptée	Pour mieux mesurer et comprendre l'incidence du programme :	Déclarations révisées des projets	Juin 2015	Sous-ministre adjointe – DGPSPMC	Ressources existantes
a) suivi de la consultation et de l'utilisation de l'information pour mieux mesurer et comprendre l'incidence du programme, tout particulièrement dans les deux domaines stratégiques prioritaires;		<ul style="list-style-type: none"> renforcer les outils de collecte des données afin d'améliorer l'information recueillie concernant la consultation et l'utilisation : <ul style="list-style-type: none"> à l'échelle des projets; à l'échelle du programme. 	Meilleure utilisation des déclarations sur la consultation des produits de connaissance du programme	Juin 2015		Ressources existantes
b) suivi des projets après la fin du financement de la Stratégie d'innovation pour déterminer si les interventions se sont poursuivies.		Pour mesurer la pérennité du projet une fois le financement de la SI terminé :	Mécanisme de suivi des produits de connaissance du programme (suivi de la diffusion et de la consultation)	Décembre 2015		Ressources existantes
		<ul style="list-style-type: none"> Élaborer un plan pour mesurer la pérennité des projets une fois le financement de la SI terminé. 	Plan de suivi des projets	Mars 2016		Ressources existantes

1.0 Objectif de l'évaluation

La présente évaluation a pour objectif d'évaluer la pertinence et le rendement de la Stratégie d'innovation de l'Agence de la santé publique du Canada, pour la période allant d'avril 2009 à août 2014.

Il s'agit d'une évaluation prévue dans le Plan d'évaluation quinquennal de 2013-2014 à 2017-2018 de l'ASPC et de Santé Canada en vue de satisfaire aux exigences de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et de la Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor du Canada.

2.0 Description du programme

2.1 Contexte du programme

La Stratégie d'innovation constitue une initiative financée par l'ancien Fonds pour la santé de la population (FSP), un programme de subventions et de contributions qui s'adressait aux organismes bénévoles sans but lucratif et aux établissements d'enseignement qui voulaient enrichir les connaissances et concevoir des modèles de programme portant sur les déterminants de la santé. Établi en 1997, le programme du FSP visait à recueillir des données probantes justifiant la théorie selon laquelle des facteurs liés aux milieux économique, social et physique (déterminants de la santé) influent sur l'état de santé des populations. Le FSP avait pour but d'accroître la capacité des collectivités d'agir sur les déterminants de la santé par le financement de projets qui visaient à concevoir des modèles axés sur la collectivité et ayant recours à l'approche en santé de la population, d'enrichir les connaissances sur la santé de la population et d'augmenter le nombre de partenariats et la collaboration intersectorielle au Canada. Il accordait des paiements de transfert de l'ordre d'environ 12,1 millions de dollars par année.

En 2007, un examen des subventions et des contributions versées pour la promotion de la santé de la population (y compris par le FSP) a révélé plusieurs lacunes associées au concept du FSP, notamment les priorités divergentes d'une région à l'autre, le financement de petits projets ponctuels pour lesquels il n'y avait pas suffisamment de temps pour prouver ce qui avait fonctionné, le peu de fonds réservés à l'évaluation du projet et le partage restreint des leçons apprises. En outre, on reconnaissait de plus en plus que les questions liées à la santé publique étaient complexes et qu'il manquait d'information sur les mesures efficaces pouvant être prises, ce qui a constitué une autre raison pour adopter un nouveau concept. À la suite de cet examen, l'Agence a adopté la recommandation voulant que le FSP soit remplacé par la Stratégie d'innovation afin de combler plusieurs des lacunes associées au concept du FSP.

La Stratégie d'innovation, entrée en vigueur en 2009, repose sur une démarche de recherche axée sur les interventions en matière de santé de la population et a pour but de recueillir des données probantes justifiant les interventions qui misent sur l'innovation et sur la réduction des inégalités en santé au Canada. Au début du programme, la majorité de la recherche en santé publique, notamment la recherche en santé de la population, portait sur la description des problèmes de

santé publique et non sur les solutions possibles. Par conséquent, les décideurs politiques et les praticiens dans le domaine de la santé publique disposaient de peu de données probantes pour prendre des décisions éclairées sur les interventions efficaces¹. La Stratégie d'innovation présente les principales caractéristiques suivantes : assurer un financement à long terme et progressif; financer un plus petit nombre de projets ayant une plus grande envergure et incluant plusieurs régions; réserver pour l'évaluation un pourcentage plus élevé du financement du projet; veiller à ce que les projets aient la capacité suffisante pour mener une évaluation exhaustive et mettre au point une stratégie d'échange de connaissances afin d'assurer le partage des leçons apprises.

Alors que la responsabilité du programme incombait auparavant à la Direction des initiatives stratégiques et des innovations, elle a été confiée au Centre pour la promotion de la santé (CPS) au sein de la DGSPMC, en février 2013. Au cours des cinq derniers exercices (de 2009-2010 à 2013-2014), le programme a versé environ 9,7 millions de dollars par année en paiements de transfert.

2.2 Profil du programme

La Stratégie d'innovation de l'Agence de la santé publique du Canada vise à mettre à l'essai et à mettre en œuvre des interventions novatrices en santé de la population afin de réduire les inégalités en santé et d'aborder les problèmes complexes de santé publique jugés prioritaires, ainsi que leurs facteurs sous-jacents. Grâce à sa démarche de recherche axée sur les interventions, la Stratégie d'innovation appuie la prestation d'un ensemble d'interventions en santé de la population qui ont pour but d'améliorer les résultats en santé tout en générant des données cruciales, au moyen de la surveillance et de l'évaluation de 1) l'incidence de l'intervention et 2) du contexte dans lequel celle-ci a obtenu des résultats optimaux et pour quelles populations. En termes simples, la Stratégie d'innovation détermine les projets en santé publique « qui ont du succès » et ceux « qui n'en ont pas », et fait progresser les projets de la première catégorie. Par le truchement de partenariats dans le cadre de projets intersectoriels et d'activités d'échange du savoir, la Stratégie d'innovation diffuse et partage les connaissances tirées des projets à l'appui de l'élaboration de politiques et de programmes nationaux. On détermine les interventions qu'on juge aptes à être déployées à grande échelle (c.-à-d. expansion du projet, reproduction, adaptation ou maintien) afin de pouvoir rejoindre un plus grand public et de réduire les inégalités en santé.

Afin d'appuyer la conception, la mise en application et l'évaluation d'interventions novatrices en matière de santé de la population, la Stratégie d'innovation assure un appui financier à des organismes externes qui travaillent dans divers secteurs, tels que la santé et l'éducation. Ces organismes reçoivent des fonds de la Stratégie d'innovation pour étudier les interventions effectuées dans les domaines prioritaires de la Stratégie d'innovation que sont la santé mentale et le poids santé. Les projets financés mettent l'accent sur des mesures portant sur les conditions environnementales, sociales, démographiques et économiques sous-jacentes dans les domaines prioritaires, et s'attardent particulièrement aux collectivités éloignées et nordiques, aux enfants et aux jeunes, ainsi qu'aux personnes à faible revenu. Chaque projet doit compter sur des partenaires locaux et communautaires, et favoriser la collaboration avec la communauté universitaire ou celle de la recherche, le secteur de la santé, des organismes non

gouvernementaux, tous les ordres de gouvernement, les services sociaux et, si possible, le secteur privé. Les domaines de priorité de la Stratégie d'innovation correspondent à des problèmes de santé publique complexes (obésité et maladie mentale) et ont été arrêtés à la suite de consultations internes et externes, de l'analyse des données probantes existantes et de l'harmonisation avec les priorités de l'Agence et de la Direction générale.

La recherche interventionnelle dans chaque domaine de priorité de la Stratégie d'innovation est financée selon une démarche progressive. Pour la première phase (phase d'innovation), le financement est assuré pour une période de 12 à 18 mois et s'applique à la conception et à la mise en œuvre des interventions en santé de la population. Dans la deuxième phase (phase d'apprentissage), le financement pour une période d'au plus quatre ans est consacré à la pleine réalisation des interventions en santé de la population et à leur évaluation. La démarche de recherche interventionnelle qu'emploie la Stratégie d'innovation exige que les projets fournissent une évaluation poussée de l'intervention et résumant les résultats avant la fin de la Phase 2. On prévoit pouvoir déterminer avant la fin de la deuxième phase les interventions qui semblent les plus prometteuses en vue d'une expansion. La Phase 3 porterait alors sur l'expansion de ces derniers projets². Effectuer l'expansion signifie qu'un effort délibéré est fait pour accroître la portée et l'incidence d'une intervention de promotion de la santé de la population, qui a été mise à l'essai avec succès, de façon à joindre plus de gens et à favoriser l'élaboration de programmes et de politiques durables pour diverses populations et collectivités. Les projets financés par la Stratégie d'innovation ont été étalés en fonction du domaine de priorité, de sorte que ceux portant sur la santé mentale ont commencé en 2009-2010 et ceux favorisant l'atteinte du poids santé, en 2012-2013.

Au début de chaque phase de financement pour les deux domaines prioritaires, un appel de propositions est lancé dans le cadre de la Stratégie d'innovation. Un comité d'examen en bonne et due forme est mis sur pied pour évaluer les propositions présentées par des organismes externes et déterminer leur pertinence, leur caractère novateur, leur capacité à être mis en œuvre et évalués pleinement, ainsi que leurs plans visant à générer et à échanger des connaissances. Les membres du Comité ne font pas partie de l'Agence et sont spécialisés dans le domaine de priorité établi, dans les interventions en santé de la population et dans les politiques publiques. Pour choisir les membres du comité, le programme de la Stratégie d'innovation accorde priorité aux chercheurs qui possèdent des compétences et de l'expérience³ en matière d'interventions en santé de la population. À la fin de chaque phase de financement, on invite les responsables des projets à faire parvenir une lettre d'intention dans laquelle ils indiquent s'ils veulent passer à la prochaine phase. Les projets qui sont les plus prometteurs, aux yeux du comité d'examen, sont invités à présenter des propositions pour participer à la phase suivante. Le tableau 1 donne un aperçu des deux domaines de priorité en indiquant les dates de début et le nombre de projets financés par phase. Il faut prendre note qu'entre 2010-2011 et 2012-2013, la Stratégie d'innovation a également financé, dans le cadre de la Phase 1, cinq projets liés à la prise en charge de l'obésité pendant le cycle de vie (projets différents de ceux du domaine de priorité qu'est l'atteinte d'un poids santé); toutefois, aucun financement n'a été versé pour ces interventions au-delà de la Phase 1 et ceux-ci ne sont pas visés par la présente évaluation. L'annexe 1 fournit un sommaire des projets inclus dans la Phase 2 de la Stratégie d'innovation.

Tableau 1 : Aperçu des phases de financement de la Stratégie d'innovation

Domaine prioritaire	Durée	Nombre de projets financés	Financement
Promotion de la santé mentale			
Phase 1	de 2009-2010 à 2010-2011 (de 12 à 18 mois)	15	4,85 M\$
Phase 2	de 2010-2011 à 2014-2015 (48 mois)	9	23,6 M\$
Atteinte d'un poids santé			
Phase 1	de 2011-2012 à 2012-2013 (de 12 à 18 mois)	37	7,42 M\$
Phase 2	de 2012-2013 à 2016-2017 (48 mois)	11	15,99 M\$
Total			51,86 M\$

Remarque : En plus de ce qui précède, une somme ponctuelle de 1,77 M\$ a été versée pour les projets de la Phase 1 ayant trait à la prise en charge de l'obésité tout au long du cycle de vie (projet qui n'est pas visé par la présente évaluation).

Source : Dossiers du programme de la Stratégie d'innovation

À la Phase 1, les projets ont reçu en général un total de 250 000 à 400 000 \$ pour la mise en œuvre de leurs interventions. À la Phase 2, alors que les projets s'étendent à d'autres collectivités, le financement s'est accru pour atteindre de 1,5 à 2,5 millions de dollars au total par projet.

Gouvernance

La responsabilité générale pour l'atteinte des résultats escomptés dans le cas du programme de la Stratégie d'innovation incombe au Centre pour la promotion de la santé. Les fonctions principales de la Stratégie d'innovation consistent à faire ce qui suit :

- assurer la réalisation efficace des projets qui ont bénéficié d'une contribution, y compris la gestion des appels de propositions, l'évaluation des propositions et les recommandations au Ministre, la surveillance de la reddition de comptes du bénéficiaire et la supervision générale des projets financés;
- appuyer la création et le partage de connaissances liées à la santé de la population, à la recherche interventionnelle et aux domaines prioritaires (santé mentale et poids santé);
- conclure et maintenir des partenariats relatifs à la santé de la population, à la recherche interventionnelle et aux domaines de priorité;
- gérer l'arrimage avec les régions;
- gérer les budgets et les dépenses du programme.

Les bureaux régionaux contribuent également à la réalisation du programme de la Stratégie d'innovation. Parmi leurs activités ou fonctions principales, les employés des régions doivent appuyer l'exercice de mesure du rendement, ainsi que la création et l'échange des connaissances, et établir des liens dans leurs régions pour la Stratégie d'innovation conformément à l'entente liant le Centre et les bureaux régionaux de l'Agence et au modèle de gestion opérationnelle. Il

faut prendre note qu'au sein de l'Agence de la santé publique du Canada, le Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques est responsable des politiques ayant trait au poids santé et le Centre pour la promotion de la santé se charge de celles associées à la santé mentale.

2.3 Modèle logique et détails du programme

L'objectif ultime ou à long terme de la Stratégie d'innovation consiste à adopter ou à mettre en œuvre à l'échelle du pays des interventions en matière de santé de la population qui contribuent à améliorer les résultats de la santé et à réduire les inégalités quant à la santé des Canadiens tout au long de leur vie. Les secteurs d'activité, les extrants, ainsi que les résultats immédiats et intermédiaires pour atteindre ce résultat final, sont décrits dans les paragraphes qui suivent.

Activités du programme

Pour atteindre les résultats escomptés, le programme de la Stratégie d'innovation compte des activités dans deux domaines principaux : 1) la mise à l'essai et la mise en œuvre d'interventions novatrices en santé de la population et 2) la création et l'échange de connaissances. Dans le cadre du premier volet, le programme finance, appuie et surveille des organismes qui s'occupent de la conception, de l'élaboration, de la mise en œuvre, de l'adaptation et de l'évaluation d'interventions en santé de la population axées sur la collectivité, qui portent sur des enjeux complexes en matière de santé publique concernant les enfants, les jeunes et les familles. Quant au dernier volet, le programme collabore avec des intervenants pour concevoir et distribuer des produits de connaissance reposant sur des données probantes et des leçons apprises des interventions en santé de la population.

Extrants et résultats immédiats

La mise à l'essai et la mise en œuvre des interventions en santé de la population devraient permettre de concevoir ou d'adapter des interventions et de déterminer les outils, les démarches et les modèles nécessaires à leur réalisation. On s'attend donc à ce que les interventions prometteuses en santé de la population soient réalisées et évaluées. De plus, par ces activités, on espère que les projets financés participeront à des partenariats nouveaux et existants, et que des méthodes et des modèles visant à favoriser la création de partenariats intersectoriels seront déterminés. Ces partenariats devraient appuyer la prestation des interventions en santé de la population. Les activités ayant trait à la création et à l'échange de connaissances devraient donner lieu à des synthèses, à des rapports de recherche, à du matériel didactique, à des exposés, à des webinaires, à des études de cas et à des rapports sommatifs. On s'attend à ce que les produits de connaissance et les synthèses de recherche ainsi créés soient consultés par les intervenants (praticiens de la santé, chercheurs et autres décideurs du domaine de la santé ou d'autres secteurs) afin de faire progresser les politiques et les pratiques liées à la santé de la population.

Résultats intermédiaires

Trois résultats intermédiaires ont été fixés pour le programme de la Stratégie d'innovation. Les progrès réalisés à leur égard devraient pouvoir être mesurés environ quatre ans après le financement initial des projets. Pour le moment, on estime que les interventions en santé de la population contribueront à renforcer les facteurs de protection, à réduire les comportements à risque et à améliorer les résultats en matière de santé pour les individus, les familles et les collectivités. À la fin des diverses phases de la Stratégie d'innovation, on s'attend aussi à ce que les interventions en santé de la population soient prêtes à être déployées à grande échelle. Quant à l'échange du savoir, les intervenants devraient utiliser les produits de connaissance, les données probantes issues de la recherche interventionnelle et les résumés des connaissances tirées de la Stratégie d'innovation afin de favoriser l'avancement des politiques et des pratiques liées à la santé de la population.

Le modèle logique du programme (voir l'annexe 2) illustre le lien entre les secteurs d'activité et les résultats escomptés. L'évaluation a permis de déterminer la mesure dans laquelle les extrants et les résultats précisés ont été atteints.

2.4 Harmonisation du programme et des ressources

Le programme s'inscrit dans l'Architecture des activités de programme (AAP) de l'Agence : Programme 1.2 Promotion de la santé et prévention des maladies – Sous-programme 1.2.2 Conditions favorisant une vie saine.

Le tableau 2 ci-dessous présente les dépenses du programme pour la période allant de 2009-2010 à 2013-2014. Le programme disposait d'un budget total de 54 millions de dollars sur cinq ans. La section 4.5 résume les dépenses prévues et réelles du programme.

Tableau 2 : Données financières (de 2009-2010 à 2013-2014)

Exercice	Dépenses (\$)			
	Subventions et contributions	F et E	Salaires	TOTAL
2009-2010	6 392 877	670 375	235 548	7 298 800
2010-2011	8 532 337	512 797	535 918	9 581 052
2011-2012	14 277 033	721 287	696 904	15 695 224
2012-2013	8 886 651	552 241	656 795	10 095 687
2013-2014	10 188 923	399 759	688 226	11 276 909

Remarque : La Stratégie d'innovation a accordé plusieurs subventions et contributions ponctuelles au cours de la période d'évaluation de cinq ans, qui ne sont pas visées par la présente évaluation, mais dont les données financières ont été incluses dans le tableau ci-dessus. Le financement de ces subventions et contributions ponctuelles a totalisé 6 952 572 \$.

Source : Agence de la santé publique du Canada – Bureau du dirigeant principal des finances

3.0 Description de l'évaluation

3.1 Portée, démarche et conception de l'évaluation

L'évaluation porte sur la période allant de 2009-2010 à 2013-2014 et sur les Phases 1 et 2 de la Stratégie d'innovation, tant pour le domaine prioritaire de la promotion de la santé mentale que de celui de l'atteinte du poids santé. Les activités suivantes n'ont pas été abordées : les activités de promotion de la santé mentale menées par le Centre pour la promotion de la santé, qui ne s'inscrivent pas dans la Stratégie d'innovation et qui feront l'objet de l'évaluation des activités liées à la santé et aux maladies mentales prévue pour 2015-2016, et les activités de promotion d'un poids santé effectuées par le Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques du Fonds pour la promotion de modes de vie sains qui ont été incluses dans l'évaluation en cours des activités de l'Agence en matière de prévention des maladies chroniques. Même si ces activités ne sont pas visées par la présente évaluation, ces programmes ont été consultés dans le cadre de l'évaluation. En outre, ne sont pas visées par la présente évaluation les subventions et contributions ponctuelles accordées dans le cadre de la Stratégie d'innovation qui ne sont pas liées aux volets de promotion de la santé mentale et d'atteinte du poids santé de la Stratégie d'innovation.

Les questions de l'évaluation s'harmonisaient avec la Politique sur l'évaluation (2009) du CT et portaient sur les cinq éléments fondamentaux en vertu des deux thèmes que sont la pertinence et le rendement, tel que le démontre l'annexe 3. Pour chacun de ces éléments fondamentaux, des questions précises ont été rédigées en fonction des aspects du programme et ont orienté le processus d'évaluation.

La démarche retenue pour l'évaluation est axée sur les résultats afin de déterminer les progrès réalisés par rapport aux résultats escomptés, qu'il y ait eu des conséquences imprévues ou non, et aux leçons apprises.

L'évaluation a été conçue et les méthodes de collecte de données déterminées de façon à respecter les objectifs et les exigences de la Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor. Le modèle non expérimental utilisé s'inspire du cadre d'évaluation, qui présente de façon détaillée la stratégie d'évaluation adoptée pour ces activités.

La collecte des données a eu lieu de juin à novembre 2014. Diverses méthodes ont été employées pour recueillir les données nécessaires à l'évaluation, à savoir : une analyse de la documentation, un examen des documents et des dossiers, une analyse des données financières, un examen international et la tenue d'entrevues avec des informateurs clés – tant internes qu'externes. L'annexe 2 contient des détails plus précis sur les méthodes de collecte et d'analyse des données. Les données, issues des diverses sources susmentionnées, ont été soumises à la triangulation. L'utilisation de multiples sources de données et de la triangulation visait à accroître la fiabilité et la crédibilité des constatations et des conclusions de l'évaluation.

3.2 Contraintes et stratégies d'atténuation

La plupart des évaluations sont assujetties à des contraintes susceptibles d'avoir des répercussions sur la validité et la fiabilité des constatations et des conclusions qui en découlent. Le tableau 3 ci-après décrit les contraintes auxquelles les évaluateurs se sont heurtés lorsqu'ils ont utilisé les méthodes choisies pour l'évaluation. Il est aussi question des stratégies d'atténuation adoptées pour faire en sorte que les constatations de l'évaluation puissent être utilisées en toute confiance et encadrer la planification des programmes et la prise de décisions.

Tableau 3 : Contraintes et stratégies d'atténuation

Contrainte	Incidence	Stratégie d'atténuation
Nature rétrospective des entrevues avec les informateurs clés	La nature rétrospective des entrevues permet d'obtenir une perspective récente d'événements passés. Elles peuvent influencer sur la validité des activités ou des résultats d'évaluation ayant trait aux améliorations associées au programme.	Triangulation avec d'autres sources de données afin de corroborer ou de compléter les données recueillies à l'occasion des entrevues Revue documentaire qui permet de mieux comprendre le contexte de l'organisme
Données restreintes sur le rendement des projets ayant bénéficié de subventions et de contributions étant donné le temps insuffisant écoulé pour pouvoir constater des résultats.	Difficulté à mesurer l'incidence des projets ayant bénéficié de subventions et de contributions sur le plan des résultats intermédiaires ou ceux à plus long terme.	Atteinte confirmée des résultats immédiats et triangulation avec d'autres sources de données (p. ex. les données issues des entrevues avec les informateurs clés) afin de déterminer les progrès réalisés au chapitre des résultats intermédiaires.

4.0 Constatations

La présente section résume les constatations et les regroupe en deux grandes catégories :

- **Pertinence** : la nécessité de prévenir les maladies chroniques et les priorités, ainsi que le rôle des autorités fédérales en santé publique, à cet égard.
- **Rendement** : l'efficacité, l'efficience et les économies liées aux activités de l'Agence dans ce domaine.

4.1 Pertinence : Élément n° 1 – Nécessité de poursuivre le programme

La Stratégie d'innovation de l'Agence de la santé publique du Canada répond à un besoin d'avoir des interventions efficaces en santé de la population afin de réduire les inégalités en santé qui entraînent des problèmes complexes pour la santé publique, tels que la santé mentale et l'obésité.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne réduit pas la définition simplement à l'absence de maladie ou d'infirmité⁴. D'après ce paradigme, la santé est déterminée, à chaque étape de la vie, par des interactions complexes entre des facteurs sociaux et économiques, l'environnement physique et le comportement d'une personne⁵. On désigne ces facteurs sous l'expression « déterminants de la santé ». Les déterminants de la santé comprennent une vaste gamme de facteurs de nature personnelle, sociale, économique et environnementale, tels que l'éducation, l'emploi, le revenu, le statut social, l'hébergement, le sexe et la culture⁶. Les différences liées à l'état de santé qui découlent d'une combinaison ou de l'interaction de déterminants de la santé donnent lieu à des inégalités en matière de santé entre les individus et entre divers groupes de la population⁷. Le défi consiste à savoir comment utiliser les connaissances acquises relativement aux déterminants de la santé pour améliorer la santé des Canadiens⁸. La santé de la population renvoie aux résultats en santé et à leur répartition au sein de la population⁹. La démarche relative à la santé de la population vise à améliorer la santé de l'ensemble de la population et à réduire les inégalités à ce sujet entre différents groupes démographiques¹⁰.

Les interventions en santé de la population servent à traiter de l'interaction complexe entre les déterminants sociaux de la santé. Un rapport d'un sous-comité du Sénat, publié en 2008, reconnaît que les questions de santé sont complexes surtout en raison des divers déterminants sociaux de la santé¹¹; par conséquent, il faut adopter une approche axée sur la santé de la population pour pouvoir apporter des changements au niveau de la population. La recherche interventionnelle en santé des populations a recours à des méthodes scientifiques pour générer des connaissances sur les politiques et les interventions de programme dans le secteur de la santé ou d'autres secteurs, qui pourraient avoir une incidence sur la santé de la population^{12,13}. Bien que la majorité des recherches en santé publique portent sur la prévention et les causes des problèmes de santé publique, la recherche interventionnelle est axée sur les solutions, c'est-à-dire qu'elle a pour but de connaître ce qui fonctionne, dans quelles conditions et comment¹⁴ et ainsi de mieux comprendre l'incidence des politiques et des programmes sur l'amélioration de la santé de la population et sur la réduction des inégalités en santé¹⁵. Elle produit des données pertinentes, sensibles au contexte, crédibles et opportunes qui permettent aux décideurs d'améliorer constamment les programmes et les politiques. Une évaluation de la recherche interventionnelle en santé des populations, financée par les IRSC, a révélé que même s'il y a de plus en plus d'intérêt à prendre des décisions en matière de santé de la population fondées sur des données probantes, le financement à ce titre au Canada¹⁶ est insuffisant. En outre, un rapport de 2009 portant sur les activités du Centre d'évaluation de la recherche et des programmes comportementaux de la Société canadienne du cancer, qui contribuent aux objectifs de l'Initiative de recherche interventionnelle en santé des populations du Canada (IRISPC), a fait ressortir que la majorité des recherches menées à ce jour ont été de nature descriptive¹⁷ et n'ont pas précisé de solutions efficaces¹⁸.

Au Canada, on se questionne sur la politique, le programme et/ou l'intervention qui améliorera la santé de groupes particuliers de la population. Toutefois, il manque souvent de données probantes et il y a peu de capacité pour mener le genre de recherches requises pour fournir les réponses propres au contexte canadien¹⁹. L'information solide pouvant aider les décideurs et les praticiens à prendre des décisions éclairées relativement aux interventions efficaces est donc rare. Il y a également très peu de renseignements qui expliquent comment une intervention

prometteuse peut être déployée à grande échelle, maintenue et même reproduite par d'autres. La Stratégie d'innovation vise à combler ce manque de connaissances en finançant la recherche interventionnelle en vue de générer des données sur les interventions liées aux politiques et aux programmes qui peuvent avoir une incidence sur la santé au niveau de la population²⁰.

L'obésité et la santé mentale constituent des problèmes de santé complexes sur lesquels influent un éventail de facteurs biologiques, sociaux, physiques et économiques. Par conséquent, il faut compter sur des interventions efficaces en santé de la population pour régler les problèmes constants de santé publique.

Les statistiques suivantes indiquent la prévalence et le fardeau économique associés à la santé mentale et à l'obésité.

- Chaque année, un Canadien sur dix souffre d'une maladie mentale, et un sur trois sera atteint d'une maladie mentale au cours de sa vie²¹. En 2008, le coût direct de la maladie mentale au Canada était évalué à plus de 7,4 milliards de dollars²². Pour ce qui est des populations vulnérables, la fréquence des suicides est de cinq à six fois plus élevée chez les jeunes Autochtones que chez les jeunes non autochtones²³.
- On estime qu'environ deux Canadiens adultes sur trois et près d'un enfant et jeune sur trois sont obèses ou font de l'embonpoint²⁴, ce qui représente pour l'économie canadienne un coût de 7,1 milliards de dollars chaque année²⁵. De 2007 à 2010, les adultes autochtones présentaient des taux d'obésité plus élevés que les adultes non autochtones : Premières nations (26 %), Inuits (26 %), Métis (22 %) et non-Autochtones (16 %) ²⁶. Une récente étude concernant l'effet des inégalités socioéconomiques sur le risque d'obésité chez les Canadiens adultes a révélé que l'obésité est plus fréquente chez les femmes démunies sur le plan économique²⁷.

4.2 Pertinence : Élément n° 2 – Harmonisation avec les priorités gouvernementales

Bien qu'il n'y ait pas de lien direct entre les priorités du gouvernement fédéral et la recherche interventionnelle en santé des populations comme telle, la réduction des inégalités en santé par le truchement d'interventions en santé de la population fondées sur des données probantes s'harmonise avec les priorités fédérales.

En octobre 2011, la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé a réuni des participants provenant de 125 États membres, y compris le Canada. Elle avait pour objectif de susciter un appui à la lutte contre les problèmes liés aux déterminants sociaux de la santé, notamment en élaborant des stratégies pour réduire les inégalités sur le plan de la santé^{28,29}. C'est à l'occasion de la conférence que la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé a été adoptée. Ce document réaffirme que les inégalités en santé à l'intérieur des pays ou entre eux, qui sont attribuables à des déterminants politiques, sociaux et économiques, sont inacceptables, sans oublier qu'elles sont injustes et pourraient être évitées³⁰. La déclaration de Rio met de l'avant les principes établis dans les documents constitutifs de l'OMS et de la Charte d'Ottawa adoptée en 1986 qui mettent tous deux l'accent sur l'équité en matière de santé^{31,32}.

Dans le discours du Trône de janvier 2009, le gouvernement du Canada s'est engagé à protéger les populations vulnérables, y compris les sans-emploi, les Canadiens à faible revenu, les aînés et les Canadiens autochtones. Il a déclaré dans le discours du Trône de 2010 qu'il jugeait prioritaire de protéger la santé des Canadiens. Cet engagement a été répété dans des budgets et des discours du Trône plus récents, particulièrement en ce qui concerne la santé et le bien-être des Autochtones.

L'Agence de la santé publique du Canada, pour sa part, précise dans le document Horizons stratégiques 2013-2018 que c'est le modèle axé sur la santé de la population, y compris la réduction des inégalités en santé, qui encadrera ses priorités et ses orientations stratégiques pour les cinq prochaines années. Le document Horizons stratégiques 2013-2018 fixe également comme principales priorités la création et l'échange de connaissances, un meilleur partage de l'information et le renforcement des partenariats et de la collaboration. La création et l'échange de connaissances sont une condition essentielle du financement en vertu de la Stratégie d'innovation. Les partenariats et la collaboration sont des éléments clés des projets financés. Comme le mentionnent les plans stratégiques et opérationnels de la Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, il y a harmonisation entre les priorités de l'Agence et les activités en cours dans le cadre de la Stratégie d'innovation.

Les priorités de la Stratégie d'innovation que sont la santé mentale et le poids santé s'harmonisent aussi avec les priorités plus générales du gouvernement du Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada. Dans son Plan d'action économique (2012) et le discours du Trône de 2013, le gouvernement a mentionné son engagement à travailler avec les provinces et les territoires, le secteur privé et celui à but non lucratif pour encourager les jeunes Canadiens à être plus actifs physiquement. Le Plan prévoit en outre du financement pour la recherche en santé mentale.

Le gouvernement du Canada, de même que les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé, ont réitéré que la prévention de maladies chroniques et autres sujets connexes, tels que le poids santé, constituaient une priorité et qu'ils collaboreraient pour conclure des ententes nationales. La Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains adoptée en 2005 a été renforcée en 2010 avec l'ajout de nouveaux domaines possibles d'activité, comme la prévention de l'obésité. À cette fin, deux initiatives ont été endossées en 2010 et 2011, à savoir :

- **Pour un Canada plus sain : faire de la prévention une priorité** désigne la déclaration sur la prévention et la promotion qu'ont fait les ministres de la Santé du Canada et les ministres responsables de la promotion de la santé et du sport et de l'activité physique qui se sont engagés publiquement à travailler ensemble, et avec d'autres, pour faire de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, de l'invalidité et de la lutte contre les blessures une priorité régissant leur action;
- **Freiner l'obésité juvénile** constitue un cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé qui met l'accent sur l'importance de réduire l'obésité chez les enfants du Canada et d'adopter des stratégies pour une collaboration fédérale, provinciale et territoriale.

Le document de l'Agence Horizons stratégiques 2013-2018 a établi comme priorités le poids santé, l'obésité, la santé mentale et la recherche interventionnelle. L'Agence a déclaré que la recherche interventionnelle était une priorité clé pour pouvoir réaliser son objectif stratégique qui consiste à protéger les Canadiens et les aider à améliorer leur santé. Le profil de risque de l'Agence mentionne également l'obésité et la santé mentale comme priorités clés. De plus, le Conseil du Réseau de santé publique (qui est coprésidé par le médecin-hygiéniste en chef de l'Agence) a mentionné la santé mentale et le poids santé comme priorités dans ses documents actuels sur les priorités stratégiques.

4.3 Pertinence : Élément n° 3 – Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral

Le gouvernement fédéral a un rôle à jouer en matière de santé publique en menant des recherches, en assurant le leadership et en faisant la promotion de la santé dans son ensemble. La recherche interventionnelle telle qu'elle est définie dans la Stratégie d'innovation s'arrime à ce rôle.

Le rôle de l'Agence en ce qui a trait à la promotion et à la protection de la santé, et à la prévention des maladies est décrit dans la *Loi sur le ministère de la Santé* (2006) et la *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada*. Il ne fait aucun doute que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer pour promouvoir la santé et le bien-être des Canadiens dans leur ensemble, particulièrement en ce qui a trait aux questions de santé publique qui préoccupent le pays, comme l'obésité et la santé mentale. Les rôles plus précis de l'Agence au chapitre de la recherche, du leadership et de la diffusion des connaissances se rattachent à divers autres programmes.

Les subventions et les contributions de la Stratégie d'innovation font partie des modalités s'appliquant à la promotion de la santé de la population et visent à promouvoir la santé des Canadiens tout en réduisant les inégalités à ce titre. La Stratégie d'innovation met l'accent sur la diffusion des connaissances issues des interventions prometteuses en santé de la population et sur le partage de ces pratiques à l'ensemble du pays dans le but de réduire les inégalités dans ses deux domaines prioritaires. Elle repose sur les quatre piliers interreliés suivants qui s'harmonisent avec le rôle en santé publique du gouvernement fédéral, à savoir :

- l'établissement de partenariats et d'une collaboration;
- l'évaluation et la mesure du rendement;
- la mise au point d'outils et le perfectionnement de ressources;
- la production, l'échange et la consultation des connaissances.

En outre, la *Loi constitutionnelle de 1867* décrit les responsabilités des provinces et des territoires en matière de soins de santé, mais précise également le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral tel qu'assurer l'accès aux soins de santé à des groupes de la population particuliers (p. ex. les Autochtones), promouvoir la santé, prévenir les maladies, partager les

connaissances et financer la recherche en santé. En tant qu'organisme du gouvernement fédéral, l'Agence de la santé publique du Canada assume les rôles de financement de la recherche et de promotion de la santé en général. Dans ce même esprit, les objectifs de la Stratégie d'innovation s'harmonisent avec le rôle de l'Agence qui est de réduire les inégalitésⁱ et de promouvoir le bien-être physique, social et mental des Canadiens^{33,34}, en plus de partager l'information issue des interventions efficaces en santé de la population^{35,36}.

Même si l'Agence de la santé publique du Canada finance la recherche interventionnelle par le truchement de la Stratégie d'innovation, ce n'est pas le seul programme de l'Agence qui verse un financement pour la prestation d'interventions s'adressant à des populations vulnérables, ni le seul ministère ou organisme du gouvernement qui appuie la recherche interventionnelle en santé. C'est toutefois un défi de déterminer qui fait de la recherche interventionnelle, car les définitions qui en sont données ne sont pas les mêmes à l'interne et à l'externe. Par exemple, l'Agence offre des programmes qui financent la prestation d'interventions en santé de la population (p. ex. le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques [PAPACUN], le Programme d'action communautaire pour les enfants [PACE], le Programme canadien de nutrition prénatale [PCNP], l'Initiative sur l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale, la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques, le programme sur les infections acquises dans la communauté et l'initiative fédérale de lutte contre le VIH/le SIDA)ⁱⁱ. La mesure dans laquelle la prestation de ces interventions constitue une recherche interventionnelle ou en fait partie peut toutefois être sujette à interprétation.

À part l'Agence, les autres ministères qui semblent appuyer la prestation d'interventions en matière de santé de la population incluent la Direction générale de la santé des Premières nations et Inuits (DGSPNI) de Santé Canada, Emploi et Développement social Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)ⁱⁱⁱ. Il n'est pas clair si les travaux liés aux interventions en santé de Santé Canada ou d'Emploi et Développement social Canada comprennent un volet de recherche interventionnelle. Les IRSC sont le principal organisme fédéral responsable du financement de la recherche en santé au Canada, ce qui inclut le financement de la recherche interventionnelle. Les IRSC ont le mandat de produire de nouvelles connaissances scientifiques et de les traduire en services et produits plus efficaces et contribuant à l'amélioration de la santé et de renforcer le réseau de soins de santé du Canada. Ils assurent le leadership et offrent l'appui aux chercheurs en santé par l'entremise de leurs 13 instituts. Chaque institut compte un réseau de chercheurs qui travaillent dans un même domaine d'activité, tel que l'Institut de la santé publique et des populations (ISPP), qui appuie la recherche sur les déterminants de la santé afin d'améliorer la santé des Canadiens tout en faisant la promotion de l'équité en santé^{37,38,39}.

ⁱ Selon le rapport de 2008 de l'ASPC, la santé publique désigne les efforts concertés d'une société pour améliorer la santé et le bien-être de sa population et réduire les inégalités en santé. L'Agence de la santé publique au Canada a un rôle à jouer à cet égard en tant que principal organisme gouvernemental responsable de la santé publique.

ⁱⁱ Veuillez prendre note que les activités de la Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques et de la Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses ne sont pas visées par la présente évaluation.

ⁱⁱⁱ Veuillez prendre note que les activités de la Direction générale des Premières nations et Inuits de Santé Canada, d'Emploi et Développement social Canada et des IRSC n'ont pas fait l'objet de l'évaluation.

Dans l'ensemble, les travaux liés à la Stratégie d'innovation ne semblent pas chevaucher ceux des IRSC (voir la section 4.5). Par exemple, alors que la Stratégie d'innovation finance la conception, la mise en œuvre, l'évaluation et l'expansion des interventions, l'ISPP des IRSC finance principalement la recherche sur les interventions en santé de la population. L'initiative Voies de l'équité en santé pour les Autochtones est dirigée par les IRSC, en partenariat avec l'Agence de la santé publique du Canada et la DGSPNI de Santé Canada. Cette initiative vise à produire les données probantes qui servent à la conception et à la mise en œuvre de programme et de politiques ayant pour but de promouvoir la santé et l'équité en santé dans les quatre domaines de priorité suivants : la prévention du suicide, la tuberculose, le diabète et l'obésité, et la santé buccodentaire⁴⁰. Il pourrait y avoir chevauchement avec la Stratégie d'innovation puisque cette initiative porte sur la conception, la mise en œuvre, l'évaluation et l'expansion des interventions; toutefois, elle ne s'adresse qu'aux peuples autochtones et le financement ne sert qu'à la recherche. Contrairement à la Stratégie d'innovation, le financement de l'intervention est explicitement exclu dans le cas de l'initiative Voies de l'équité en santé pour les Autochtones.

À l'échelle internationale, l'Australie, le Royaume-Uni, les États-Unis et le Canada se ressemblent puisqu'ils ont tous des organismes gouvernementaux qui s'occupent de la recherche en santé et qui mettent particulièrement l'accent sur la réduction des inégalités en santé et l'amélioration des résultats en santé. Chaque pays semble également accorder de l'importance à la création et à l'échange de connaissances. Le programme qui ressemble le plus à celui de la Stratégie d'innovation est l'initiative de recherche participative axée sur la collectivité en matière de santé des minorités et d'inégalités en santé (Minority Health and Health Disparities Community-based Participatory Research Initiative) du National Institute des États-Unis, qui utilise une approche progressive pour appuyer la prestation et la recherche des interventions en santé de la population. Les deux initiatives intègrent l'utilisation de partenariats communautaires afin d'améliorer les résultats en santé et de réduire les inégalités en la matière. L'initiative américaine se différencie toutefois du programme canadien par le fait qu'elle assure un financement pendant 11 ans et que les bénéficiaires sont généralement des chercheurs universitaires. L'examen des sites Web n'a pas révélé de programmes comparables en Australie et au Royaume-Uni; cependant, les Australian Centres of Research Excellence et le centre de collaboration en recherche clinique du Royaume-Uni (CRCRU) (United Kingdom Clinical Research Collaboration (UKCRC)) ont coordonné des partenariats de recherche^{iv,v} afin de rassembler toutes les composantes pertinentes du réseau de santé (voir l'annexe 4 pour plus de détails).

^{iv} Les centres d'excellence en recherche (Centres of Research Excellence) de l'Australie profitent des ressources de toutes les composantes du réseau de santé, y compris les gouvernements, les praticiens de la médecine, les infirmières et les autres professionnels de la santé, les chercheurs, les établissements d'enseignement et de recherche, les gestionnaires de programmes publics et privés, les administrateurs de services, les organismes communautaires en santé, les chercheurs en santé sociale et les usagers.

^v Le centre de collaboration en recherche clinique (United Kingdom Clinical Research Collaboration) du Royaume-Uni rassemble les représentants du service de santé national, des bailleurs de fonds de la recherche, des organismes de réglementation, les collègues de médecine, des groupes de patients et d'universitaires.

4.4 Rendement : Élément n° 4 – Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

4.4.1 Dans quelle mesure les résultats immédiats ont-ils été atteints?

Résultat immédiat n° 1 : Des interventions en santé de la population sont mises en œuvre et évaluées.

Par l'entremise de la Stratégie d'innovation, des interventions en santé de la population ayant pour but de promouvoir la santé mentale et de réduire les obstacles à l'atteinte du poids santé ont été mises en œuvre et évaluées tel qu'il était prévu. Des outils, des démarches et des méthodes pour appuyer la mise en œuvre des interventions ont été mis au point.

Tel qu'il est mentionné à la section 2.2, la première phase de la Stratégie d'innovation vise à appuyer les projets en contribuant financièrement aux premiers pas de la conception et de la mise en œuvre des interventions en santé de la population. Dans l'ensemble (en combinant les deux domaines de priorité), 52 interventions ont bénéficié d'un financement à la Phase I (15 en santé mentale et 37 ayant trait à l'atteinte du poids santé). De ce nombre, un total de 51 interventions en santé de la population ont été réalisées. Une intervention financée dans le domaine prioritaire de la santé mentale n'a pu présenter un rapport complet pour la Phase 1 et n'est par conséquent pas incluse dans le présent rapport. Conformément aux exigences relatives au financement, toutes les interventions en santé de la population incluses dans la Phase 1 étaient nouvelles et/ou adaptées.

Les interventions financées en vertu de la Stratégie d'innovation dans le domaine prioritaire de la promotion de la santé mentale ont été regroupées en trois groupes, soit : les interventions qui portent sur les compétences de parentage et la cohésion de la famille, les interventions scolaires qui tentent d'influer sur les facteurs de risque et de protection, et les interventions qui visent à accroître la capacité de la communauté à s'occuper de la santé mentale des enfants et des jeunes. Les interventions financées en vertu de la Stratégie d'innovation dans le domaine de priorité ayant trait à l'atteinte d'un poids santé ont été regroupées en cinq groupes, à savoir : les interventions qui portent sur la sécurité des aliments (accès aux aliments), les initiatives axées sur la famille qui visent à aider les enfants et les jeunes, les interventions qui font la promotion à l'école de programmes de vie et de milieux sains, les initiatives qui s'adressent aux communautés nordiques et les interventions qui contribuent à promouvoir des environnements de soutien (favorisant les modes de vie sains).

Dans les deux domaines de priorité, les projets ont été mis en œuvre dans des zones rurales et urbaines, dans des régions éloignées et dans des quartiers défavorisés, aux quatre coins du pays, et s'adressaient à des groupes dont les situations socioéconomiques, les niveaux d'alphabétisation et les antécédents culturels variaient.

Dans le cadre de la reddition de comptes pour la Phase 1, les projets financés en vertu de la Stratégie d'innovation devaient indiquer la portée de leurs interventions (tableau 4). Les 14 interventions liées à la promotion de la santé mentale qui ont été mises en œuvre pendant la Phase 1 ont permis de joindre 5 000 personnes entre 2009-2010 et 2010-2011. Dans le cas du domaine de priorité associé à l'atteinte du poids santé, environ 84 000 personnes ont participé aux 37 interventions incluses dans la Phase 1 entre 2011-2012 et 2012-2013. En général, ces interventions ont touché un éventail d'intervenants associés aux programmes, notamment les personnes qui sont aux prises avec des facteurs de risque précis, des praticiens en santé publique, des décideurs politiques et la population en général. Dans les deux domaines de priorité, la majorité des personnes touchées (68 % dans le cas de la promotion de la santé mentale et 70 % dans celui de l'atteinte du poids santé) vivaient dans des conditions à risque précis ou faisaient face à des facteurs de risque particuliers. Dans le cadre de la Phase 2, les projets financés par la Stratégie d'innovation ont accru le nombre de sites d'intervention (sujet traité plus à fond à la section 4.4.2) et ils permettent de joindre maintenant près de 550 000 personnes à l'échelle du Canada.

Tableau 4 : Intervenants qui ont participé aux interventions de la Phase 1

Catégorie de personnes ayant participé	Promotion de la santé mentale N ^{bre} de participants joints par les 14 interventions de la Phase 1	Atteinte d'un poids santé (N ^{bre} de participants joints par les 37 interventions de la Phase 1
Individus ou collectivités qui vivent dans des conditions à risque précises ou qui font face à des facteurs de risque particuliers	3 358	59 081
Praticiens et/ou autres fournisseurs de services	1 098	10 745
Décideurs politiques	150	1 127
Population en général	190	12 057
Total	4 911	83 730

Source : Stratégie d'innovation, Rapports sur les indicateurs fondamentaux

La Stratégie d'innovation a été conçue pour favoriser l'innovation et l'apprentissage dans le cadre d'interventions en santé de la population afin de réduire les inégalités. Ainsi, en tant qu'élément de la Phase 1, les projets devaient faire rapport sur les outils, les approches et les processus novateurs qui ont servi à réaliser les interventions et les modèles en matière de santé de la population. Huit outils ou approches en tout ont été jugés novateurs par le programme dans le domaine de priorité de la santé mentale et 23, dans le cas de l'atteinte du poids santé, au cours de la Phase 1. Voici des exemples pour la promotion de la santé mentale : l'utilisation de multiples stratégies pour établir des partenariats intersectoriels, adapter les interventions (en fonction du milieu local), mettre l'accent sur l'engagement communautaire et mettre en œuvre les interventions dans une multitude de cadres. Parmi les exemples d'outils ou d'approches novateurs ayant trait à l'atteinte du poids santé, on compte l'établissement de partenariats multisectoriels et à des niveaux multiples, l'adaptation des communications en fonction des besoins et du public cible, l'optimisation des partenariats existants et le recours à une approche de développement communautaire.

Tel qu'il était prévu, toutes les interventions en santé de la population comprises dans la Phase 1 de la Stratégie d'innovation ont été évaluées. Tous les projets devaient remplir sur une base annuelle l'Outil de cueillette de données de projet. Cet outil sert à évaluer les progrès réalisés par rapport aux objectifs et à recueillir des données clés sur le rendement. De plus, tous les projets de la Phase 1 dans les deux domaines prioritaires ont dû présenter des versions finales des rapports d'évaluation, qui résument la mise en œuvre des projets et les résultats obtenus.

Résultat immédiat n° 2 : Contribution des partenariats à la mise en œuvre des interventions

Tous les projets ont pu bénéficier d'une gamme de partenariats intersectoriels qui ont contribué à la mise en œuvre d'interventions en santé de la population.

Pour tous les projets de la Stratégie d'innovation, dans les deux domaines de priorité, on a pu compter sur des partenariats pour l'exécution, à chaque phase. En fait, la totalité des projets financés jusqu'à ce jour ont conclu des partenariats divers pour les aider à la prestation des interventions. Si l'on prend individuellement chaque domaine prioritaire, on constate que le rapport associé aux partenaires participant aux projets s'est accru avec le temps. Dans le domaine de la promotion de la santé mentale, 148 partenaires ont participé à la Phase 1 et 289 à la Phase 2. Étant donné que la Phase 1 comptait 15 projets et la Phase 2, neuf, le rapport des partenaires est passé d'environ 10:1 à la première phase à 32:1 pour la deuxième phase. Quant au domaine de l'atteinte d'un poids santé, on a compté 599 partenaires pour la Phase 1 et 262 pour la Phase 2. Étant donné que 37 projets s'inscrivaient dans la Phase 1 et 11 dans la Phase 2, le rapport des partenaires par rapport aux projets est passé d'environ 16:1 à la première phase à 24:1 pour la deuxième^{vi}.

Les partenaires ont offert diverses formes d'appui aux projets, y compris une aide financière ou des ressources concrètes (prêt de personnel, bénévoles) (voir la section 4.5 sur l'efficacité et les économies), ainsi qu'une aide pour favoriser la participation de la collectivité, des services spécialisés et de l'appui pour apporter des changements aux politiques et diffuser de l'information. Une série d'entrevues (n=31) a été menée auprès des partenaires du domaine de la promotion de la santé mentale afin de définir la nature de leurs rapports avec les responsables de la mise en œuvre du projet. Dans le cas de l'atteinte d'un poids santé, on a demandé au personnel du projet de décrire la nature de leurs rapports (n=262) avec leurs partenaires. Le tableau 5 présente les résultats pour chaque domaine de priorité. Il faut remarquer que malgré les méthodes différentes de collecte des données, environ 20 % des partenariats dans chaque domaine prioritaire sont qualifiés de « partenariats de collaboration », ce qui signifie des communications fréquentes, une confiance mutuelle et un consensus pour toutes les décisions. Par contre, la majorité des partenariats ont été jugés par le personnel et les partenaires des projets comme étant au moins des « partenariats de coopération », qui se distinguent par des réseaux de communication officiels, des processus de prise de décisions indépendants et des rôles quelque peu définis.

^{vi} Le nombre de partenariats par rapport à celui des projets mentionné ci-dessus représente un rapport et non une moyenne. Le nombre réel de partenariats par projet varie entre 3 et 40.

Tableau 5 : Classification déclarée des partenariats pour les projets de la Stratégie d'innovation

Classification des partenariats	Promotion de la santé mentale Classification par les partenaires des projets (%)	Atteinte d'un poids santé Classification par le personnel des projets (%)
Réseautage Les parties sont conscientes de leur présence, ont des rôles partiellement définis et peu de communications, et les décisions sont prises indépendamment.	3 %	11 %
Coopération Les parties échangent de l'information, ont des rôles quelque peu définis et des pratiques de communication officielles, mais prennent leurs décisions indépendamment.	10 %	40 %
Coordination Les parties échangent de l'information et des ressources, ont des rôles définis et des communications fréquentes, et certaines décisions sont prises conjointement.	42 %	26 %
Coalitions Les parties partagent leurs idées et leurs ressources, ont des communications fréquentes et prioritaires, et tous les membres participent à la prise de décisions.	26 %	5 %
Collaboration Les membres travaillent ensemble, ont des communications caractérisées par une confiance mutuelle et prennent toutes leurs décisions par voie de consensus.	19 %	18 %

Source : Rapport sur les indicateurs principaux de la Stratégie d'innovation, Rapport du sondage sur les partenaires

Comme l'ont fait remarquer certains informateurs clés, les problèmes de santé de la population complexes auxquels s'attaque la Stratégie d'innovation sont modulés par une gamme de déterminants sociaux, dont bon nombre d'entre eux ne se limitent pas au secteur de la santé publique ni au domaine de compétence de la Stratégie. Par conséquent, tous les projets de la Stratégie d'innovation ont établi des priorités et conclu des partenariats intersectoriels. D'après la documentation associée au programme, les partenariats intersectoriels sont qualifiés ainsi lorsque le partenaire travaille avec les responsables de la mise en œuvre en vue d'atteindre les objectifs et buts du projet et lorsque le partenaire est un organisme de nature différente (p. ex. entreprise du secteur privé, organisme public ou sans but lucratif), exerce ses activités dans un secteur géographique ou à une échelle différents (p. ex. international ou national/fédéral-provincial-territorial) et/ou dans un domaine d'activité distinct (p. ex. la santé, l'éducation, les services sociaux, la recherche ou le monde universitaire) de celui du projet financé. Dans les deux domaines de priorité, les projets ont conclu des partenariats surtout avec des organismes publics ou sans but lucratif, et beaucoup moins avec des entreprises du secteur privé. Pour ce qui est des zones géographiques, les projets des deux domaines prioritaires ont trouvé des partenaires répartis assez équitablement entre les ordres local et municipal, régional, provincial et territorial, et national. Les partenaires s'inscrivaient surtout, pour les deux domaines de priorité, dans les secteurs de la santé, de l'éducation, des services sociaux et des questions autochtones. Parmi les partenaires intersectoriels, on compte des conseils scolaires, des ministères provinciaux, des administrations municipales, des épiceries, des gouvernements de communautés inuites, des groupes de bien-être de la communauté locale, des organismes d'application de la loi, des associations de parents et des centres d'accueil autochtones.

Résultat immédiat n° 3 : Accès des intervenants aux produits de connaissance

Une gamme de produits de connaissance a été mise au point, diffusée et consultée au niveau du projet; et même si le programme a également créé des produits de connaissance, il est plus difficile de savoir dans quelle mesure ils ont été diffusés et consultés.

Au cours des deux phases, les projets des deux domaines prioritaires ont réussi à générer et à diffuser des produits de connaissance à partir des leçons apprises à l'occasion de la mise en œuvre et de la réalisation des interventions. Des produits de connaissance variés ont été mis au point, y compris des manuels et de la documentation didactique; des brochures, dépliants et affiches; des sites Web; des bulletins de nouvelles et des exposés de principes ou des sommaires de recherche. Ces produits ont été transmis aux intervenants par l'entremise des sites Web des projets, ont été distribués par courrier à des publics cibles et ont été communiqués à l'occasion d'activités liées au savoir. En effet, les projets de la Stratégie d'innovation ont été présentés dans un large éventail d'activités liées au savoir, y compris des ateliers ou exposés, des activités visant à encadrer les politiques et des événements communautaires. Jusqu'à maintenant, les projets de la Stratégie d'innovation ont généré environ 730 produits de connaissance et participé à environ 2 721 activités liées au savoir (tableau 6). En outre, dans les deux domaines de priorité, le rapport des produits de connaissance générés par rapport au nombre de projets s'est amélioré entre la Phase 1 et la Phase 2.

Tableau 6 : Sommaire des produits de connaissance générés et de la participation aux activités liées au savoir

Domaine prioritaire	Phase 1		Phase 2	
	Produits de connaissance	Activités liées au savoir	Produits de connaissance	Activités liées au savoir
Promotion de la santé mentale	71	244	334	565
Atteinte d'un poids santé	273	1 563	123	506
Total	344	1 807	385	914

Remarque : Étant donné la différence sur le plan de la mise en œuvre entre les deux domaines de priorité, les données pour la Phase 2 fournies dans le tableau 5 portent sur trois ans dans le cas des projets en promotion de la santé mentale et seulement sur une année pour ceux liés à l'atteinte du poids santé.

Source : Stratégie d'innovation, Rapports sur les indicateurs principaux

Parmi les données recueillies dans le cadre de la mesure du rendement, les projets de la Stratégie d'innovation ont inclus des estimations sur la consultation des produits de connaissance et sur les activités liées au savoir. Ces estimations reposaient sur la participation enregistrée aux événements liés au savoir ou sur le suivi des efforts de diffusion, y compris le nombre de visites sur les sites Web, le nombre d'envois postaux des bulletins d'information et les téléchargements de produits de connaissance. En général, les produits de connaissance issus des projets sont bien consultés par les intervenants du programme. Dans le domaine de priorité de la promotion de la santé mentale, environ 22 395 intervenants ont consulté les produits de connaissance ou ont participé aux activités liées au savoir, à la première phase, quelque 5 294 766^{vii} intervenants dans

^{vii} Ce nombre comprend des activités, telles que les infobulletins par télécopieur ou courriel, ainsi que la publicité internationale sur Google, ce qui a contribué grandement à l'augmentation du nombre en question.

les deux premières années de la Phase 2 et 273 682 approximativement dans les deux dernières années de la Phase 2. Quant au domaine de l'atteinte d'un poids santé, environ 557 070 intervenants ont eu accès aux produits de connaissance ou ont participé aux activités liées au savoir à la Phase 1 et 107 779 approximativement à la Phase 2.

Les employés du programme de la Stratégie d'innovation ont aussi généré et diffusé des produits de connaissance. Il y en a eu ainsi 50 au cours des cinq dernières années, ce qui comprend des sommaires d'information sur le programme de la Stratégie d'innovation à l'intention des intervenants (5); des sommaires des projets, y compris les constatations détaillées (5); des compilations de données sur le rendement du projet (rapport sommaire pour l'ensemble du programme) (15); des sommaires de recherche (des études de données scientifiques) visant à appuyer la mise en œuvre et l'enrichissement du savoir lié aux priorités de la Stratégie d'innovation (25) et des événements liés au savoir (15). Le programme a donné lieu jusqu'à maintenant à un nombre restreint d'analyses récapitulatives (à partir des données associées aux projets de la Stratégie d'innovation) ayant trait à l'application scientifique en général. Toutefois, les informateurs clés ont indiqué que les produits seraient plus fouillés s'ils étaient réalisés à la Phase 3.

En général, les produits de connaissance générés dans le cadre du programme ont été transmis aux intervenants de tous les projets et à ceux à l'interne. Toutefois, il est relativement impossible de déterminer dans quelle mesure ils ont été diffusés ou consultés puisque le suivi a été inégal au niveau du programme. Des informateurs clés (y compris des employés et des cadres du programme) ont signalé que les produits diffusés au niveau du programme n'ont pas été consultés aussi souvent qu'ils l'auraient voulu. Le programme a récemment entrepris de concevoir un plan de diffusion et de consultation des produits de connaissance qui prévoira un suivi plus uniforme des activités de partage de connaissances.

4.4.2 Dans quelle mesure les résultats intermédiaires ont-ils été atteints?

Résultat intermédiaire n° 1 : Utilisation des produits de connaissance par les intervenants

Bien qu'il y ait des exemples de produits de connaissance utilisés par les intervenants, en particulier à l'échelle des projets, l'étendue précise de l'utilisation et la façon dont les produits sont utilisés n'ont généralement pas été bien consignées à l'échelle des projets ou du programme.

On ne peut déterminer avec précision la mesure dans laquelle les produits de connaissance de la Stratégie d'innovation (à l'échelle des projets et du programme) sont utilisés et quelle est leur utilisation parce que la consultation générale de ces produits de connaissance n'a pas été suivie de façon systématique ou constante à l'échelle du programme. Par exemple, les projets n'étaient pas tenus de faire rapport sur les détails concernant le suivi de cette information ni sur l'utilisation que les intervenants faisaient de chacun des produits générés. Dans chaque domaine prioritaire, les employés du projet ont indiqué si les produits de connaissance avaient été utilisés ou non. À la Phase 1, 21 % des projets de promotion de la santé mentale ont déclaré que des intervenants avaient utilisé leurs produits de connaissance. Ce pourcentage est passé à 78 % à la

Phase 2 (exercice de déclaration 2012-2013). Quant au domaine prioritaire de l'atteinte du poids santé, 73 % des projets ont signalé que leurs produits de connaissance avaient été utilisés par les intervenants à la Phase 1; ce pourcentage est demeuré le même (73 %) pour les deux premières années de la Phase 2.

Malgré le suivi restreint de cette information, on a pu fournir des exemples de l'utilisation des produits de connaissance dans les deux domaines de priorité (tableau 7). Dans certains cas, les produits de connaissance ont été examinés ou mentionnés dans le cadre de tribunes des intervenants portant sur la pratique ou les politiques. On a aussi donné des exemples de produits de connaissance qui ont servi aux intervenants pour établir leurs pratiques et politiques. Dans certains cas, les produits de connaissance de la Stratégie d'innovation ont même donné lieu à la mise en œuvre ou à l'adaptation d'une intervention, d'une politique ou d'un programme non financés par la Stratégie d'innovation.

Tableau 7 : Exemples de l'utilisation des produits de connaissance

Promotion de la santé mentale		Atteinte d'un poids santé	
Projet	Exemple de consultation des produits de connaissance	Projet	Exemple de consultation des produits de connaissance
Projet de sensibilisation des collectivités, de recherche et d'intervention en santé mentale pour les enfants et les jeunes	La Qikiqtani Inuit Association utilise le rapport sur le placement en famille d'accueil et les documents du projet des Inunnquiniq pour élaborer des stratégies en matière de programmation liée à la santé des enfants et des familles dans la région de Qikiqtaaluk.	Répartir les centres alimentaires communautaires en Ontario	La Good Food Bank du The Table Community Food Centre, à Perth, en Ontario, a conçu une politique sur les aliments de base. Cette politique a été distribuée aux organismes communautaires, aux entreprises et aux écoles qui veulent faire des dons alimentaires. Un épicier local s'est servi de la liste pour sensibiliser ses clients sur les choix alimentaires sains et sur les programmes de The Table. Les dons alimentaires ont augmenté de 25 % entre 2012 et 2013.
Le projet Fourth R : favoriser le bien-être des adolescents par des relations saines	Les leçons apprises du programme du Fourth R ont servi de données de base pour l'élaboration de politiques et de lois sur la sécurité à l'école et la lutte à l'intimidation dans les Territoires-du-Nord-Ouest. Le ministère de l'Éducation des TNO a également intégré la programmation du Fourth R dans sa stratégie territoriale.	Parlons alimentation Manitoba	Conception d'un produit de connaissances nommé « Programme des tables de la communauté » (Community Tables Curriculum). Ce produit a servi dans le cadre des travaux avec les organismes communautaires qui nourrissent ceux dans le besoin afin de formuler des politiques liées à l'alimentation. Les organismes ont par la suite commencé à prendre des mesures et à apporter des modifications importantes à leur politique en alimentation (p. ex. éliminer l'utilisation de jus sucrés comme collation).

Source : Dossiers du programme de la Stratégie d'innovation

L'utilisation des produits de connaissance au niveau du programme n'a pas non plus été suivie systématiquement. Toutefois, le programme a récemment mené une série de sondages auprès de particuliers (n=36) qui ont demandé des produits de connaissance du programme en 2013-2014. Ces sondages ont révélé à ce jour qu'environ 86 % des particuliers avaient utilisé les produits de connaissance de la Stratégie d'innovation qu'ils avaient demandés. Environ le tiers d'entre eux se sont servis d'un produit de connaissances de la Stratégie d'innovation pour appuyer la prise de

décisions, alors qu'à peu près le cinquième des répondants a utilisé les données pour leurs travaux ou la pratique. Le programme a entrepris de concevoir un plan de diffusion et de consultation des produits de connaissance afin d'adopter une démarche plus systématique et constante pour appuyer le suivi de cette information, à l'échelle des projets et du programme.

Résultat intermédiaire n° 2 : Amélioration des résultats de la santé

Il semble de prime abord que les interventions en santé de la population financées par la Stratégie d'innovation contribuent à l'amélioration des résultats en santé, c'est-à-dire à l'amélioration des connaissances et des aptitudes chez les enfants et les familles de diverses populations, y compris chez les Autochtones.

On ne s'attend pas à pouvoir mesurer les progrès réalisés à cet égard avant quatre à six ans après le début des projets à la Phase 1. Alors que certains projets en promotion de la santé mentale sont en vigueur depuis ce temps, ce n'est pas le cas de ceux se rapportant à l'atteinte du poids santé. Par conséquent, la plupart des données probantes mentionnées dans la présente section ont trait aux projets du domaine prioritaire de la promotion de la santé mentale.

Chaque année, les projets de la Stratégie d'innovation font rapport à cet égard, dans le cadre de leurs obligations annuelles de reddition de comptes. Les projets se prononcent plus précisément sur la question de savoir si ces activités ou interventions ont contribué à améliorer les pratiques, les aptitudes et les résultats en santé, ainsi que les facteurs de protection, et/ou atténuer les facteurs de risque dans leurs populations cibles. Les changements au sein des populations cibles ont été mesurés en général par le personnel du projet à l'aide d'un ensemble de méthodes, notamment des sondages sur la situation avant et après le changement, des sondages rétrospectifs, des groupes de discussion et des données d'observation.

Dans le domaine prioritaire de la promotion de la santé mentale, des progrès ont été réalisés à cet égard au fil du temps. À la Phase 1, les données sur cette question n'étaient pas disponibles puisque bien des projets n'avaient même pas tenté de mesurer cet élément. Au cours de la première année de l'exercice de déclaration de la Phase 2 (2012-2013), 44 % des projets ont signalé qu'ils avaient contribué à améliorer les pratiques, les aptitudes ou les résultats en santé, alors que les autres ont indiqué qu'il était trop tôt pour faire cette évaluation. Dans le dernier exercice de déclaration de la Phase 2 (2013-2014), 78 % des projets ont mentionné qu'ils avaient contribué à des changements positifs en matière de résultats de la santé. On a observé des tendances comparables dans le cas des projets ayant trait à l'atteinte d'un poids santé. Aucune donnée n'a pu être fournie pour la Phase 1, alors que pour la deuxième année de la Phase 2, 2,36 % des projets ont déclaré qu'ils avaient contribué à améliorer les résultats de la santé.

Dans l'ensemble les changements liés aux résultats en santé, aux facteurs de protection et aux facteurs de risque ont été mesurés au niveau de l'individu, de la famille et de la collectivité. Les changements associés à l'individu (enfants et jeunes) dans le domaine de priorité de la promotion de la santé mentale ont trait aux facteurs tels que la résilience, l'estime et l'image de soi, l'adaptation et les aptitudes sociales, ainsi que la communication et les aptitudes à régler des conflits ou des problèmes. Dans le cas des Autochtones, l'accent a été mis sur des facteurs comme l'identité et le sens d'attachement à la famille, à la collectivité et à la culture. Quant aux

résultats associés aux familles, on compte les aptitudes parentales, ainsi que le rapprochement et les interactions positives avec la famille et la culture. Il semblerait que dans le milieu scolaire on ait constaté des changements dans les méthodes utilisées par les enseignants et un changement culturel. Le tableau 8 fournit des exemples précis d'amélioration des résultats dans les deux domaines de priorité.

Tableau 8 : Exemples d'amélioration des résultats en matière de santé

Promotion de la santé mentale	
<p>Centre de toxicomanie et de santé mentale – Le projet Fourth R, Favoriser le bien-être des adolescents par des relations saines</p>	<p>Le projet Fourth R constitue un programme complet en santé mentale, axé sur le milieu scolaire, qui s'adresse aux jeunes adolescents, ainsi qu'aux parents, aux enseignants et aux étudiants en enseignement. Dans le cadre de la Phase 2, le projet Fourth R a démontré ce qui suit : des effets positifs sur les connaissances, la sensibilisation et les aptitudes d'adaptation des élèves de niveaux 7 et 8 qui ont participé au programme; des répercussions positives sur les relations, la confiance et la réussite scolaire de jeunes Autochtones; et la diminution des actes de violence chez les jeunes vulnérables (comparativement à leurs pairs dans les écoles de référence), à l'occasion de l'exercice de suivi deux ans après. De plus, le programme a profité aux étudiants en enseignement qui ont acquis de nouvelles connaissances et appris à être plus efficaces et à avoir une meilleure attitude comparativement au groupe de référence.</p>
Atteinte d'un poids santé	
<p>Centres d'aide alimentaire au Canada : Santé et équité grâce aux programmes alimentaires destinés aux collectivités à faibles revenus</p>	<p>Le projet sur les centres d'aide au Canada met à l'essai un modèle qu'il a repris et qui a pour but d'adapter la sécurité alimentaire aux besoins de la collectivité en améliorant l'accès à des aliments sains (p. ex. les services de repas), en accroissant les compétences alimentaires (p. ex. les jardins communautaires et les groupes de cuisine, les services de repas) et en appuyant l'enseignement et l'engagement dans les collectivités à faibles revenus (p. ex. les programmes de soutien par les pairs). Au cours de la première année de la Phase 2, le projet a déjà déclaré des taux plus élevés au chapitre des bons comportements en matière d'alimentation saine et des résultats de la santé physique et mentale en raison de la participation à la programmation des Community Food Centres. Parmi les membres de la collectivité sondés sur l'accès, les aptitudes, l'éducation et l'engagement, on note que 80 % signalent apporter des changements sains à leur régime alimentaire, 69 % indiquent manger plus de fruits et de légumes, 80 % déclarent constater une amélioration de leur santé mentale et 55 % jugent que leur santé physique s'est améliorée.</p>

Source : Dossiers du programme de la Stratégie d'innovation

Résultat intermédiaire n° 3 : Prêt à être déployé sur une grande échelle

Il semble de prime abord que certaines interventions sont prêtes à être déployées, ce qui correspond à la Phase 3 de la Stratégie d'innovation.

Tel qu'il est mentionné à la section 2.2, la troisième phase de la Stratégie d'innovation vise à appuyer l'expansion des interventions efficaces en santé mentale. Cette phase devrait commencer en 2015-2016 pour les projets de promotion de la santé mentale et non avant 2017-2018 pour ceux ayant trait à l'atteinte du poids santé. Dans les deux domaines de priorité, on peut déjà constater que certaines interventions sont prêtes à être déployées.

Un produit de connaissance récemment diffusé par le programme de la Stratégie d'innovation, intitulé « Comprendre la mise à l'échelle »⁴¹ présente les éléments clés qui justifient l'expansion des interventions, en fonction des données recueillies aux phases 1 et 2 de la Stratégie d'innovation. Les éléments clés justifiant l'expansion comprennent ce qui suit :

- État de préparation général : L'intervention est-elle prête à être déployée?
- Capacité : Existe-t-il une infrastructure organisationnelle établie qui dispose des ressources nécessaires pour assurer l'expansion? Quel est le meilleur moyen de réaliser l'expansion de l'intervention?
- Établissement de partenariats : Des partenaires engagés et disposant de réseaux viables participent-ils à ce projet?
- État de préparation du réseau : Quels sont les obstacles institutionnels à l'expansion? Quels sont la qualité et le type des ressources nécessaires pour l'expansion?
- Contexte communautaire : Les sites sont-ils prêts et comptent-ils les ressources, les connaissances, la capacité de générer et de diffuser des produits, et de mener les évaluations dont ils ont besoin pour l'expansion? Le contexte culturel dans la collectivité soutient-il l'intervention?
- Évaluation et création, et échange de connaissances : Comment le processus d'expansion sera-t-il évalué? Quels sont les connaissances et les mécanismes de création et d'échange de connaissances nécessaires pour assurer le partage des résultats?
- Facteurs liés au coût : Quels sont les coûts associés aux interventions en comparaison à ceux liés à l'inaction? Comment le processus d'expansion sera-t-il maintenu?

Afin de justifier quels projets de la Stratégie d'innovation passeront à la Phase 3, le programme évaluera chaque projet en fonction de ces critères. Même si l'évaluation n'a pas permis de recueillir de l'information par rapport à chacun des éléments clés, elle en a fournie pour quelques-uns d'entre eux. Quant à l'état de préparation global, un éventail d'informateurs clés (gestionnaires et employés du programme, personnel de l'Agence) ont indiqué que certaines interventions semblaient prêtes à être déployées dans les deux domaines de priorité. Il est évident qu'en ce qui concerne la capacité, particulièrement l'infrastructure organisationnelle, les projets sont passés de la mise en œuvre et de la conception à la prestation des services alors qu'ils se sont implantés à d'autres endroits, ce qui a contribué à les préparer à une expansion. Au moins une intervention de la Stratégie d'innovation est exécutée dans tous les provinces et territoires dans une gamme de collectivités (jusqu'à 47 collectivités pour une intervention). Il y a au moins un projet sur la Stratégie d'innovation qui est en cours de livraison pour toutes les provinces et territoires dans une gamme de communautés (jusqu'à 47 communautés pour un projet). Dans la phase 2, neuf projets de Promotion de la santé mentale sont actuellement livrés dans 240 communautés à travers le Canada. De même, les onze projets de phase 2 pour «Atteindre un poids santé» sont actuellement en cours de livraison dans 100 communautés à travers le Canada.

La question de l'établissement des partenariats a déjà fait l'objet de la section 4.4.1 dans laquelle on a souligné le succès des projets à l'égard de ce résultat. Toutefois, il est bon de signaler que des projets dans les deux domaines prioritaires démontrent que des partenariats engagés (durables) ont été constitués. Environ 60 % des partenariats liés aux projets de promotion de la santé mentale existent depuis plus de trois ans, alors que pour les projets ayant trait à l'atteinte du poids santé et qui ne sont pas en vigueur depuis aussi longtemps, 33 % des partenariats sont en vigueur depuis au moins trois ans.

Quant à l'état de préparation du réseau, des informateurs clés ont souligné que les organismes provinciaux ou territoriaux jouent un rôle important sur le plan de l'expansion et de la pérennité. Les responsables des projets locaux établissent à l'heure actuelle leurs partenariats par rapport à eux; toutefois, le programme les encourage à rechercher comme partenaires des intervenants provenant des gouvernements provinciaux et territoriaux. Jusqu'à maintenant, 65 % des projets (dans l'ensemble) ont conclu des partenariats avec des organismes des gouvernements provinciaux ou territoriaux. Au cours de la collecte de données auprès des représentants des gouvernements provinciaux et territoriaux (n=2), la notion de participation provinciale et territoriale afin d'assurer la préparation du réseau a été renforcée. Ces informateurs clés ont proposé que les organismes provinciaux et territoriaux soient inclus dès la mise en œuvre du projet afin de faciliter la prestation de l'intervention et son expansion. Le fait de ne pas les inclure dès le départ pourrait constituer, d'après eux, un obstacle à l'expansion.

Un exemple de projet prêt à être déployé est le projet de promotion de la santé mentale intitulé l'Enfants conscience de socialement-émotionnellement (ECSE) (Socially-Emotionally Aware Kids (SEAK)) dirigé par l'Association canadienne pour la santé mentale de la Nouvelle-Écosse. Ce projet a pour objectif de faire participer les élèves âgés de 5 à 12 ans au programme Promouvoir des stratégies de pensée alternative (PSPA) (Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS)) sur la façon de penser différemment, à savoir, comment maîtriser ses émotions; avoir des comportements prosociaux; réussir à l'école; prévenir l'intimidation; réagir aux actes d'agression physique, sociale, émotive ou psychologique; reconnaître les signes avant-coureurs du suicide et chercher de l'aide immédiate et des traitements professionnels. Le tableau 9 donne un aperçu de l'état de préparation du projet ECSE pour une expansion, en fonction des éléments clés mentionnés précédemment.

Tableau 9 : Évaluation de l'état de préparation de l'expansion du projet ECSE de la Stratégie d'innovation

Élément clé de l'expansion	État du projet*
<ul style="list-style-type: none"> • Prêt à être déployé • Évaluation de l'intervention 	<p>Preuve de l'efficacité de l'intervention : Amélioration des compétences socioémotionnelles des enfants et capacité supérieure à comprendre leurs sentiments, à contrôler leurs émotions, à établir des rapports positifs et à mieux réussir à l'école; meilleure compréhension de la part des parents et des enseignants du développement socioémotionnel des enfants et renforcement de leurs compétences parentales et en matière d'enseignement; diminution générale des comportements agressifs (intimidation) à l'école ou dans la classe, amélioration de la maîtrise des pulsions et meilleure estime de soi, collaboration pour régler des problèmes, apprentissage du langage émotionnel et réussite académique.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Prêt à être déployé 	<p>Portée de l'intervention et accès démontrés : Des milliers d'enfants ont participé au projet chaque année dans trois provinces.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Établissement de partenariats • Facteurs liés au coût • État de préparation du réseau 	<p>Participation de partenariats solides : Le projet ECSE a établi de solides partenariats dans le cadre de la Phase 2 et bénéficie de l'appui des quatre provinces de l'Atlantique, y compris pour la rédaction en collaboration d'un document sur la vision qui a été approuvé au niveau ministériel et par les ministères de l'Éducation des quatre provinces.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • État de préparation du réseau • Capacité organisationnelle 	<p>Comité consultatif de l'expansion du projet ayant trait à l'apprentissage socio-affectif dans les provinces canadiennes de l'Atlantique : Ce comité regroupe des champions d'importance provenant des quatre provinces de l'Atlantique. Il a fait en sorte que les quatre provinces de l'Atlantique ont convenu de travailler ensemble pour déployer à grande échelle le projet d'apprentissage socio-affectif dans l'Atlantique Canada.</p>

Élément clé de l'expansion	État du projet*
<ul style="list-style-type: none"> État de préparation du réseau Facteurs liés au coût : 	<p>Intégration dans des réseaux existants : Le projet tire avantage des travaux en cours, tels que l'investissement actuel des gouvernements fédéral et provinciaux dans l'initiative Branchons-nous sur la santé, qui s'adresse au milieu scolaire, y compris les outils et démarches connexes, et s'associe à l'initiative pancanadienne Consortium conjoint pour les écoles en santé.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Capacité organisationnelle Contexte communautaire 	<p>Expansion verticale et horizontale déjà entamée : L'expansion verticale des activités a déjà débuté comme le prouve la participation d'intervenants gouvernementaux (multisectoriels). Les sites scolaires de la Phase 2 ont de leur côté commencé l'expansion horizontale en ajoutant des écoles au programme PSPA par l'entremise de leurs communautés scolaires. Un site de la Nouvelle-Écosse prévoit déjà intégrer PSPA dans toutes les écoles élémentaires qui relèvent de son conseil scolaire.</p>

* Selon l'évaluation du personnel du programme de la Stratégie d'innovation

4.5 Rendement : Élément n° 5 – Preuve d'économies et d'efficacité

Les projets de la Stratégie d'innovation ont réussi à obtenir un financement qui permet de livrer le programme de façon plus rentable. Une meilleure collaboration et un échange du savoir amélioré avec d'autres secteurs de la DGSPMC et du portefeuille de la Santé, particulièrement avec l'IRSC-ISPP, devraient permettre de réaliser des gains d'efficacité. Les activités de la Stratégie d'innovation sont en général bien gérées et des travaux ont été entrepris en vue d'améliorer la mesure du rendement lié au suivi de l'incidence des produits de connaissance.

La Politique sur l'évaluation (2009) et le document d'orientation Examiner l'utilisation des ressources des programmes dans le cadre de l'évaluation des programmes fédéraux (2013) du Conseil du Trésor indiquent que la preuve d'économies et d'efficacité se traduit par une évaluation de l'utilisation des ressources par rapport à la production d'extrants et à la réalisation de progrès en vue d'atteindre les résultats escomptés. Cette évaluation se fonde sur l'hypothèse que tous les ministères ont des systèmes normalisés de mesure du rendement et que les systèmes financiers relient l'information sur les coûts de programme à des intrants, à des activités, à des extrants et à des résultats escomptés particuliers.

L'évaluation a permis de formuler des observations sur les économies et l'efficacité à partir des constatations découlant de l'analyse de la documentation, des entrevues auprès des informateurs clés et de l'examen des données financières pertinentes disponibles. De plus, les constatations qui suivent fournissent des observations sur la pertinence et l'utilisation de l'information relative à la mesure du rendement afin d'appuyer la prestation économique et efficace du programme et son évaluation.

Observations sur les économies

Au cours des cinq dernières années, la Stratégie d'innovation a dépensé en général 98 % des ressources prévues (à l'exclusion des ressources mises à contribution). Comme le démontre le tableau suivant (tableau 10), il y a eu certains écarts entre les dépenses prévues et réelles pendant la période d'évaluation. Le plus grand écart se rapporte à un excédent de 13,4 % en 2009-2010 qui est surtout attribuable aux retards accusés au chapitre du démarrage et de la mise en œuvre, alors que le plus petit écart correspond à un déficit de 1,9 % en 2013-2014.

Tableau 10 : Données financières (de 2009-2010 à 2013-2014)

Exercice	Dépenses prévues (\$)				Dépenses (\$)				Écart (\$)	% des dépenses par rapport au budget prévu
	Subventions et contributions	F et E	Salaires	TOTAL	Subventions et contributions	F et E	Salaires	TOTAL		
2009-2010	6 643 593	1 004 981	781 000	8 429 574	6 392 877	670 375	235 548	7 298 800	1 130 774	86,6 %
2010-2011	9 030 574	721 846	660 000	10 412 420	8 532 337	512 797	535 918	9 581 052	831 367	92 %
2011-2012	14 303 908	559 425	485 536	15 348 869	14 277 033	721 287	696 904	15 695 224	-346 355	102,3 %
2012-2013	8 886 651	269 000	543 111	9 698 762	8 886 651	552 241	656 795	10 095 687	-396 925	104,1 %
2013-2014	10 206 569	416 100	440 000	11 062 669	10 188 923	399 759	688 226	11 276 909	-214 240	102 %

Remarque : La Stratégie d'innovation a accordé plusieurs subventions et contributions ponctuelles au cours de la période d'évaluation de cinq ans, qui ne sont pas visées par la présente évaluation, mais dont les données financières ont été incluses dans le tableau ci-dessus. Ces subventions et contributions ponctuelles s'élèvent à 6 952 572 \$.

Source : Agence de la santé publique du Canada – Bureau du dirigeant principal des finances

Comme il a été mentionné précédemment à la section 4.4.1 qui portait sur le résultat ayant trait aux partenariats à l'appui de la prestation du programme, les projets de la Stratégie d'innovation ont obtenu des fonds de sources externes et ont bénéficié de ressources en nature. Dans l'ensemble, ils ont recueilli environ 5,7 millions de dollars en fonds supplémentaires et ont obtenu un appui en nature d'une valeur approximative de 5,6 millions de dollars (tableau 11). Si l'on fusionne ces deux montants, ces fonds supplémentaires correspondent à environ 31 % du financement total versé par la Stratégie d'innovation à ce jour. Ces fonds proviennent en général d'autres ministères fédéraux, de gouvernements provinciaux ou territoriaux, d'autorités régionales de la santé, d'organismes sans but lucratif et d'universités.

Il est important de prendre note que ce ne sont pas tous les projets qui ont réussi à obtenir un financement additionnel. Dans le domaine de priorité de la promotion de la santé mentale, tout le financement additionnel à la Phase 1 a été accordé à trois des quinze projets, alors que ce fut le cas pour quatre des neuf projets de la Phase 2. Quant au domaine de priorité ayant trait à l'atteinte du poids santé, 22 des 37 projets ont rassemblé des fonds supplémentaires à la Phase 1 et cinq des onze projets faisant partie de la Phase 2. Un plus grand pourcentage de projets a réussi à obtenir des ressources en nature dans les deux domaines de priorité. Environ 80 % de tous (les deux phases) les projets de promotion de la santé mentale et 90 % de ceux ayant trait à l'atteinte d'un poids santé ont bénéficié de ressources en nature. Les éléments qui ont contribué à la capacité d'un projet de recueillir des fonds supplémentaires ou de bénéficier de ressources en nature comprennent la conception du projet, notamment la nature et le nombre d'intervenants, ainsi que les caractéristiques géographiques des emplacements du projet, y compris l'emplacement comme tel, la taille de la collectivité et l'infrastructure de celle-ci.

Tableau 11 : Sommaire des ressources additionnelles et des ressources en nature de la Stratégie d'innovation

Type de ressource	Promotion de la santé mentale		Atteinte d'un poids santé		Total
	Phase 1 (15 projets)	Phase 2 (9 projets)	Phase 1 (37 projets)	Phase 2 (11 projets)	
Fonds additionnels (\$)	343 000 \$	1 001 500 \$*	3 200 000 \$	1 177 400 \$	5 721 900 \$
Ressources en nature (\$)	326 000 \$	1 834 874 \$*	2 600 000 \$	916 500 \$	5 677 374 \$

* Comprend les données pour trois exercices de déclaration à la Phase 2.

Source : Dossiers du programme de la Stratégie d'innovation

De plus, les projets de la Stratégie d'innovation ont eu recours à des prêts d'employés et à des bénévoles (tableau 12). Ils ont bénéficié, dans l'ensemble, d'environ 110 000 heures effectuées par des employés prêtés et d'au moins 28 700 heures fournies par des bénévoles. La majorité des projets dans les deux domaines prioritaires ont réussi à obtenir cette aide supplémentaire. Ce fut le cas de 75 % des projets de promotion de la santé mentale (tant pour les prêts d'employés que pour les bénévoles), alors que 90 % des projets ayant trait à l'atteinte du poids santé dans chaque phase ont eu droit à des prêts de personnel et que 70 % des projets ont également obtenu l'appui de bénévoles. Les contributions habituelles des bénévoles comprenaient la commercialisation et la rédaction d'articles de presse, le mentorat de pairs, l'organisation d'activités, la tenue d'ateliers d'enseignement, la participation au comité directeur, la mise en œuvre du programme, la distribution des documents d'évaluation et la participation à la collecte des données aux fins de l'évaluation.

Tableau 12 : Sommaire des heures effectuées par les employés prêtés et les bénévoles pour les projets de la Stratégie d'innovation

Type de ressource	Promotion de la santé mentale		Atteinte d'un poids santé		Total
	Phase 1 (15 projets)	Phase 2 (9 projets)	Phase 1 (37 projets)	Phase 2 (11 projets)	
Heures des employés prêtés	6 100	42 560*	40 000	20 682	109 342
Heures de bénévolat	3 238	8 291*	17 215	Aucune donnée	28 744

* Comprend les données pour deux exercices de déclaration à la Phase 2.

Source : Dossiers du programme de la Stratégie d'innovation

Observations sur l'efficacité

La méthode progressive de la Stratégie d'innovation à l'égard de la prestation des projets, ainsi que la surveillance constante et l'évaluation des projets, favorisent l'efficacité du programme. Ainsi, seuls les projets dont l'efficacité est démontrée ou annoncée par l'évaluation des interventions passent à la phase suivante du financement. Cela aide à ne pas financer les interventions moins efficaces et à axer les efforts sur celles qui ont le plus de potentiel. Cette méthode progressive de mettre en œuvre les projets dans chaque domaine prioritaire a aussi permis au programme de réaliser des gains d'efficacité. Le programme a ainsi pu recueillir et analyser les leçons apprises dans le cadre des projets de promotion de la santé mentale et les appliquer aux projets ayant trait à l'atteinte d'un poids santé.

On a également pris note d'éléments qui contribuaient à l'inefficacité du programme. Par exemple, les informateurs clés (personnel du programme et de l'Agence) ont proposé que le programme collabore davantage avec d'autres programmes de la DGSPMC et du portefeuille de la Santé (IRSC) qui œuvrent dans des secteurs similaires aux domaines de priorité de la Stratégie d'innovation, afin de favoriser la complémentarité et la coordination des projets et d'apprendre les uns des autres. Par exemple, à part la Stratégie d'innovation, le Centre pour la promotion de la santé mène aussi des activités relatives à la promotion de la santé mentale, alors que le Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques (modes de vie sains) est responsable des politiques pour l'Agence de la santé publique du Canada dans le domaine de l'atteinte du poids santé. En outre, chaque centre compte plusieurs programmes (p. ex. le Programme d'action communautaire pour les enfants [PACE], le Programme canadien de nutrition prénatale [PCNP], le Programme d'aide préscolaire pour les Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques [PAPACUN] et la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques) qui peuvent travailler dans des domaines d'intérêt complémentaires ou incluent des interventions fondées sur des données de recherche (voir à ce sujet la section 4.3) pour lesquels les leçons apprises dans le cadre de la Stratégie d'innovation pourraient être applicables et utiles.

D'après les informateurs clés, même si certains liens informels ont été établis entre ces groupes et la Stratégie d'innovation en matière d'échange de connaissances, aucun mécanisme structuré (p. ex. une planification conjointe des travaux) n'a été mis en place pour que ces groupes partagent leurs pratiques exemplaires ou coordonnent leurs activités. Par conséquent, bien des produits de connaissance générés par la Stratégie d'innovation ne sont pas transmis aux employés de l'Agence qui pourraient en bénéficier. De même, les pratiques exemplaires et les produits de connaissance conçus par d'autres programmes, qui pourraient servir aux projets de la Stratégie d'innovation ou être utilisés, ne sont pas communiqués au programme. Par exemple, il pourrait être possible de renforcer la coordination des travaux de la Stratégie d'innovation dans le domaine stratégique qu'est l'atteinte du poids santé et de ceux du Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques (CPCMC) qui est responsable des politiques de l'Agence de la santé publique du Canada en matière de promotion du poids santé. Cela pourrait entraîner un meilleur partage des connaissances entre les deux centres (CPS et CPCMC) en ce qui concerne les politiques, les priorités et les occasions de financement ayant trait au poids santé. L'officialisation de ce lien contribuerait à améliorer les rapports entre la Stratégie d'innovation et le CPCMC. Toujours à titre d'exemple, la Stratégie d'innovation pourrait assurer un meilleur partage de l'information avec d'autres programmes du CPS, tels que le PACE, le PCNP et le PAPACUN. Étant donné que les interventions de la Stratégie d'innovation mettent l'accent sur les enfants, les jeunes et les familles, il pourrait y avoir partage des leçons apprises avec le PACE, le PCNP et le PAPACUN qui s'occupent du développement sain de l'enfant. Étant donné qu'il n'y a pas eu de rencontres régulières entre le personnel de la Stratégie d'innovation et les employés du PACE, du PCNP et du PAPACUN, il y a donc une occasion d'établir un processus structuré et de définir une méthode de partage des leçons apprises. Ainsi, le PACE, le PCNP et le PAPACUN pourraient exposer la richesse du savoir de la population et des collectivités qu'ils desservent, alors que la Stratégie d'innovation pourrait transmettre les résultats de même que les données probantes sur l'échange de connaissances et les partenariats découlant des projets qu'elle finance.

En plus de l'Agence de la santé publique du Canada, d'autres ministères (Santé Canada et Emploi et Développement social Canada) participent également à la prestation d'interventions liées à la santé de la population (voir la section 4.3). Les IRSC (par l'entremise de l'Institut de la santé publique et des populations) financent aussi la recherche issue d'interventions en santé de la population. Ils mènent actuellement d'autres activités liées à la recherche issue d'interventions en santé de la population (p. ex. le programme Voies de l'équité en santé décrit à la section 4.3) en partenariat avec l'Agence de la santé publique du Canada. La Stratégie d'innovation a créé des liens avec les IRSC et les deux organismes participent à l'initiative canadienne de recherche interventionnelle en santé des populations. Cette initiative, qui est financée par l'Institut de la santé publique et des populations, vise à faire progresser la recherche axée sur les interventions en santé de la population au Canada, à renforcer la capacité à mener des recherches découlant d'interventions en santé de la population et à accroître le savoir général⁴². D'après les informateurs clés toutefois, il existe d'autres occasions d'accroître la collaboration ou de l'officialiser. Par exemple, l'initiative Voies de l'équité en santé compte des mécanismes d'échange de connaissances décrits dans un protocole d'entente signé par les IRSC, l'Agence et la DGSPNI, et une structure officielle de gouvernance pour les encadrer, sous la forme du Comité de coordination du portefeuille de la Santé. De même, le programme des Chaires en santé publique appliquée a mis en place une structure réunissant l'Agence et l'ISPP des IRSC afin d'établir conjointement les priorités. Les mécanismes structurés comme ceux décrits dans les exemples ci-dessus (c.-à-d. un protocole d'entente et un comité conjoint pour établir les priorités) pourraient être des moyens d'officialiser les liens entre la Stratégie d'innovation et les IRSC.

Observations sur la qualité et l'utilisation des données relatives à la mesure du rendement

Le programme a permis de surveiller le rendement à l'aide d'outils perfectionnés et uniformisés. Les données sur le rendement sont systématiquement analysées et sont utilisées pour la prestation du programme (p. ex. le rapport sur les leçons apprises). Toutefois, afin de mieux saisir l'incidence des produits de connaissance de la Stratégie d'innovation, d'autres mesures du rendement s'imposent. Le programme s'est récemment attaqué à cette question notamment en élaborant un plan de diffusion et un plan de consultation des connaissances (pour recueillir des données sur l'utilisation des produits de connaissance).

Alors que la Phase 3 n'est pas encore amorcée, il serait aussi important que le programme adopte des mesures de rendement à long terme. À titre d'exemple, il pourrait être utile d'assurer un suivi périodique des interventions après la fin du financement de la Stratégie d'innovation afin de déterminer la pérennité du projet.

5.0 Conclusions

5.1 Conclusions – Pertinence

5.1.1 Nécessité de poursuivre le programme

Les questions complexes en santé de la population telles que la santé mentale et l'obésité demeurent une préoccupation en matière de santé publique. Afin d'y répondre efficacement, il faut mettre en place des interventions en santé de la population fondées sur des données probantes qui agissent sur les déterminants sociaux de la santé. À l'heure actuelle, il y a peu de données probantes sur les interventions efficaces en santé de la population au Canada. Il est donc nécessaire de poursuivre la recherche interventionnelle en santé des populations afin de générer des connaissances sur les interventions en matière de politiques et de programmes qui sont susceptibles d'avoir une incidence sur la population.

5.1.2 Harmonisation avec les priorités gouvernementales

La réduction des inégalités en santé est une des priorités du gouvernement fédéral. Au cours des cinq dernières années, le Canada a signé des déclarations fédérales et internationales à cet égard. Les documents de politiques et de planification stratégiques du gouvernement du Canada, y compris le discours du Trône, présentent également cette question comme une priorité. Dans son document intitulé *Horizons stratégiques 2013-2018*, l'Agence de la santé publique du Canada détermine que l'approche axée sur la santé de la population, qui comprend notamment la réduction des inégalités en santé, constitue le modèle qui encadrera les priorités et les orientations stratégiques de l'Agence pour les cinq prochaines années. Les domaines et les activités prioritaires actuels de la Stratégie d'innovation, soit la santé mentale et le poids santé, s'harmonisent également avec les priorités du gouvernement fédéral et de l'Agence, comme le précisent les documents de politiques et de planification stratégiques tels que le discours du Trône et le document *Horizons stratégiques* de l'Agence.

5.1.3 Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement du Canada

Le rôle de l'Agence en ce qui a trait à la promotion et à la protection de la santé et à la prévention des maladies est décrit dans la *Loi sur le ministère de la Santé* et la *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada*. Le gouvernement du Canada a un rôle clair en matière de promotion de la santé et du bien-être des Canadiens, tout particulièrement en ce qui concerne les questions de santé publique d'intérêt national comme l'obésité et la santé mentale. Les objectifs et activités de la Stratégie d'innovation, qui comprennent la réduction des inégalités en santé au moyen de la recherche interventionnelle en santé, s'harmonisent avec ce rôle du gouvernement fédéral. Le rôle de la Stratégie d'innovation ne semble pas faire double emploi avec celui d'autres intervenants.

5.2 Conclusions – Rendement

5.2.1 Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

Par la mise en œuvre, la réalisation, la surveillance et l'évaluation des interventions en santé de la population, la Stratégie d'innovation a permis d'atteindre les résultats immédiats escomptés. Des interventions en santé de la population ont été établies et sont soutenues par des partenariats intersectoriels. Un éventail de produits de connaissance issus des projets ont été élaborés, distribués et consultés, et même si le programme en a également généré, il est plus difficile d'établir dans quelle mesure ceux-ci ont été distribués et consultés.

La Stratégie d'innovation a de plus réalisé des progrès par rapport à la plupart des résultats intermédiaires. Sur le plan des projets, il semble que les connaissances générées par l'entremise du programme contribuent aux modifications apportées aux politiques et aux programmes. Toutefois, la consultation du savoir n'a pas fait l'objet d'un suivi systématique à l'échelle des projets ou du programme. Une démarche plus cohérente et systématique pour suivre cette information permettrait d'évaluer les progrès réalisés à l'égard de ce résultat. Il semble que le programme contribue à améliorer les résultats en santé, tout particulièrement dans le domaine prioritaire de la Stratégie d'innovation que représente la promotion de la santé mentale, qui en est à une étape plus avancée sur le plan de la réalisation des projets. Ces résultats comprennent une amélioration des connaissances et des compétences des enfants et des familles, notamment dans les collectivités autochtones. On s'attend à ce que d'autres progrès soient réalisés en matière de résultats en santé à mesure que les projets passeront de la phase 2 à la phase 3, phase pendant laquelle doit avoir lieu leur plein déploiement. À l'heure actuelle, il semble que les interventions en phase 2 dans les deux domaines prioritaires soient prêtes pour une expansion.

5.2.2 Preuve d'économies et d'efficience

La conception du programme de la Stratégie d'innovation, y compris la démarche progressive en matière de financement des projets et la réalisation échelonnée des projets de chaque domaine prioritaire, a contribué à améliorer l'efficience du programme. Suivant la démarche progressive, seuls les projets prometteurs ou dont l'efficacité est démontrée sont financés aux phases subséquentes, ce qui permet de limiter le financement d'interventions moins efficaces. La réalisation échelonnée des projets des domaines prioritaires a permis d'appliquer les leçons apprises des projets de promotion de la santé mentale aux projets ayant trait à l'atteinte du poids santé.

Une collaboration accrue et un plus grand échange d'information au sein de la DGSPMC et du portefeuille de la Santé, plus précisément l'ISPP des IRSC, pourraient également permettre d'autres gains d'efficacité. Bien que des liens informels aient été établis entre la Stratégie d'innovation et ces domaines, il existe actuellement peu de mécanismes qui facilitent la planification de travaux concertés ou la mise en commun de l'information.

Des données sur le rendement ont été recueillies et utilisées. Il faut toutefois établir d'autres mesures de rendement pour mieux comprendre l'incidence des produits axés sur les connaissances de la Stratégie d'innovation et pour assurer le suivi périodique des interventions lorsque le financement de ce programme aura pris fin.

6.0 Recommandations

Les trois recommandations suivantes ont été formulées à partir des conclusions de la présente évaluation :

1. **Définir et saisir les occasions de coordination stratégique des efforts et de collaboration accrue pour tirer profit de l'expertise et maximiser les gains d'efficacité sur le plan de la recherche interventionnelle en santé des populations et dans les deux domaines stratégiques prioritaires (la promotion de la santé mentale et l'atteinte du poids santé) :**
 - **au sein de la DSPSPMC de l'Agence de la santé publique du Canada;**
 - **avec l'ISPP des IRSC et d'autres secteurs du portefeuille de la Santé, le cas échéant.**

Les données d'évaluation (c.-à-d. les entrevues avec les informateurs clés et l'examen de la documentation) montrent que bien que des liens informels aient été créés entre la Stratégie d'innovation et les secteurs de programme pertinents, nombre de ces liens n'ont pas été officialisés. Il se peut donc que certaines occasions d'accroître l'efficacité et l'efficacé du programme au moyen d'une collaboration aux fins d'une planification concertée des travaux ou de la coordination des activités n'aient pas été saisies. On recommande donc que ces relations soient, dans la mesure du possible, officialisées ou que des outils et des processus visant à soutenir la collaboration soient établis afin d'assurer l'efficacité générale et de contribuer aux progrès réalisés en ce qui concerne la recherche interventionnelle en santé des populations et dans les deux domaines stratégiques prioritaires.

2. **Élaborer une stratégie officielle pour encadrer le partage de l'information et des leçons apprises de la Stratégie d'innovation au chapitre des domaines stratégiques prioritaires (qui correspondent actuellement à la promotion de la santé mentale et à l'atteinte du poids santé) et de la recherche interventionnelle en santé des populations.**

Dans l'ensemble, l'évaluation a permis d'établir que bien que la Stratégie d'innovation ait donné lieu à l'élaboration d'un certain nombre de produits de connaissance, aucune stratégie officielle n'a été mise en place pour encadrer les efforts de diffusion de l'information générée par le programme. On recommande donc qu'une stratégie officielle soit établie afin d'encadrer le partage d'information de façon à atteindre les résultats du programme voulant que les intervenants consultent et utilisent les données probantes générées par la Stratégie d'innovation.

3. **Améliorer les activités de mesure du rendement relatives à ce qui suit :**

- **le suivi de la consultation et de l'utilisation de l'information pour mieux mesurer et comprendre l'incidence du programme, tout particulièrement dans les deux domaines stratégiques prioritaires;**
- **le suivi des projets après le financement de la Stratégie d'innovation pour déterminer si les interventions se sont poursuivies.**

À l'heure actuelle, la consultation des produits de connaissance ne fait pas l'objet d'un suivi systématique à l'échelle des projets ou du programme. À l'heure actuelle, l'utilisation des produits de connaissance ne fait pas l'objet d'un suivi systématique à l'échelle des projets ou du programme. Il est donc impossible d'établir clairement si les produits de connaissance de la Stratégie sont utilisés ou de quelle manière ils le sont. En outre, afin de déterminer la survie des interventions une fois le financement terminé, on recommande qu'un suivi des projets soit effectué périodiquement une fois que le financement de la Stratégie d'innovation a pris fin.

Annexe 1 – Projets de la Stratégie d'innovation

Promotion de la santé mentale, phase II – Outiller les Canadiens – La santé mentale pour la vie

Titre du projet (bénéficiaire du financement)	Financement	Description détaillée	Objectifs clés	Populations cibles	Emplacement du projet
<p>Child and Youth Mental Health Intervention, Research and Community Advocacy Project in Nunavut (Projet de sensibilisation des collectivités, de recherche et d'intervention en santé mentale pour les enfants et les jeunes du Nunavut) (Qaujigiartiit Health Research Centre)</p>	<p>2,4 M\$</p>	<p>Ce projet vise à élaborer, à mettre en œuvre et à évaluer des interventions touchant la santé mentale et le bien-être à l'intention des enfants et des jeunes du Nunavut. Ces interventions sont axées sur les façons de comprendre la santé des enfants et des jeunes et d'acquérir des connaissances sur cette question dans le Nord et au sein des collectivités.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les capacités et les connaissances pour s'attaquer aux questions de bien-être et de santé mentale chez les enfants et les jeunes au Nunavut. • Élaborer, mettre en œuvre et évaluer des interventions touchant la santé mentale et le bien-être à l'intention des enfants et des jeunes du Nunavut. • Éclairer l'élaboration de plans d'action à court et à long terme pour mettre en œuvre des programmes de bien-être et de santé mentale adaptés à la culture à l'intention des enfants et des jeunes du Nunavut fondés sur les conclusions des projets de recherche et les évaluations des interventions. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions créées par des Nunavummiut pour les Nunavummiut (résidents du Nunavut) • Enfants et jeunes des collectivités visées par les interventions • Travailleurs de la santé mentale; travailleurs sociaux; travailleurs auprès des jeunes; défenseurs des jeunes; travailleurs des services de soutien aux parents; travailleurs en service social; concepteurs de programmes et fournisseurs de services de première ligne du Nunavut • Concepteurs de politiques et de programmes • Grand public – parents, jeunes et aînés 	<p>Nunavut</p>
<p>Connecting the Dots: A Community-led Mental Health Promotion Project (Établir des liens – un projet communautaire de promotion de la santé mentale) (Association canadienne pour la santé mentale, division de la Colombie-Britannique)</p>	<p>2,6 M\$</p>	<p>Ce projet vise à promouvoir la santé mentale chez les jeunes Autochtones et leur famille vivant en milieu urbain en Colombie-Britannique.</p> <p>Le projet est dirigé à l'échelon provincial par la division de la Colombie-Britannique de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) et l'Association des centres d'amitié autochtones de la province, et il est mis en œuvre à l'échelon local par les centres d'amitié et les sections de l'ACSM de trois collectivités autochtones en milieu urbain : Kelowna, Port Alberni et Quesnel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser les collectivités pour examiner les facteurs de risque et de protection qui influent sur la santé mentale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Jeunes, aînés et familles des Premières Nations vivant dans les trois collectivités susmentionnées de la Colombie-Britannique • Fournisseurs de services travaillant avec les jeunes Autochtones et leur famille vivant dans les collectivités désignées • Décideurs – ministère des Enfants et du Développement de la famille, ministère du Développement social, membres des conseils municipaux de la région et autorités de la santé • Autochtones et autres personnes vivant et travaillant dans les collectivités et ayant un intérêt à l'égard de la santé mentale et du bien-être des jeunes et des familles des Premières Nations 	<p>Colombie-Britannique (Man., Yn)</p>

Titre du projet (bénéficiaire du financement)	Financement	Description détaillée	Objectifs clés	Populations cibles	Emplacement du projet
Creating Responsive Communities to Promote Healthy Relationships in Young Children (Édifices des collectivités réceptives pour promouvoir les relations saines chez les jeunes enfants) (Université de Victoria)	2,6 M\$	Le programme WITS (Walk away, Ignore, Talk it out, Seek help) vise à rassembler les écoles, les familles et les collectivités pour aider les enfants du primaire à faire face à l'intimidation et à la victimisation par les pairs.	<ul style="list-style-type: none"> • Démontrer l'efficacité du programme WITS pour prévenir la victimisation par les pairs et accroître les comportements prosociaux chez les élèves du primaire, dans le cadre d'une vaste étude, et favoriser la mise en œuvre à grande échelle de ce programme dans les écoles primaires et intermédiaires partout au Canada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Élèves du primaire (de la maternelle à la sixième année) • Personnel des écoles (c.-à-d. représentants des conseils scolaires, administrateurs, enseignants, aide enseignants et conseillers) et dirigeants des collectivités (c.-à-d. agents de la GRC) • Décideurs – représentants gouvernementaux à l'échelle des provinces et des territoires et du gouvernement fédéral qui participent à la promotion de la santé et aux activités de sensibilisation, et décideurs à l'échelle des arrondissements scolaires qui examinent et approuvent les programmes pour les écoles primaires • Parents et familles des élèves 	À l'échelle du Canada (C.-B., Alb., Ont. et N.-B.)
Culturally-based, Family Centred Mental Health Promotion for Aboriginal Youth (McGill)	2,6 M\$	Ce projet vise à élaborer une approche adaptée à la culture pour améliorer la santé mentale et le bien-être des jeunes vivant dans les collectivités autochtones du Canada.	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer le bien-être psychologique, social et émotionnel des jeunes Autochtones, de leurs familles et de leurs collectivités. • Réunir des partenaires communautaires de partout au Canada et des chercheurs en santé mentale de plusieurs universités. 	<ul style="list-style-type: none"> • Collectivités autochtones présentant des taux élevés de suicide et d'autres problèmes liés au bien-être • Facilitateurs locaux – professionnels et dirigeants locaux chevronnés 	Manitoba Colombie-Britannique Ontario Québec
The Fourth R: Promoting Youth Well-Being through Healthy Relationships (Centre de toxicomanie et de santé mentale)	2,5 M\$	<p>Le but du projet est d'élargir la portée du programme de prévention de la violence en milieu scolaire, validé de manière empirique, aux adolescents plus jeunes, et de joindre également les parents, les enseignants et les étudiants en enseignement. L'intervention est axée particulièrement sur les programmes adaptés à la culture des jeunes Autochtones afin qu'ils développent les compétences nécessaires pour établir de saines relations.</p> <p>Les populations cibles participantes sont des jeunes âgés de 12 à 20 ans, et l'intervention est axée en particulier sur les jeunes Autochtones, les enseignants, les parents et les futurs éducateurs et enseignants. Ce projet regroupe plus de 240 000 participants.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accroître le bien-être et l'interdépendance et réduire la violence chez les jeunes. • Accroître le bien-être et l'interdépendance des jeunes Autochtones vulnérables vivant dans des collectivités urbaines, rurales et du Nord. • Accroître la sensibilisation, l'auto-efficacité et les compétences des parents à jouer un rôle plus actif dans la lutte contre les enjeux relatifs à la socialisation négative de la violence dans les médias pour les enfants. • Accroître la compétence et l'auto-efficacité des étudiants en enseignement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Élèves et parents métis, inuits et des Premières Nations • Décideurs (membres du comité consultatif) • Grand public 	Ontario, Saskatchewan, Territoires du Nord-Ouest, Alberta et Manitoba

Titre du projet (bénéficiaire du financement)	Financement	Description détaillée	Objectifs clés	Populations cibles	Emplacement du projet
S'équiper pour la vie : Élaboration, mise en œuvre et évaluation d'un programme de promotion de la santé mentale axé sur les mécanismes d'adaptation pour les enfants du 2 ^e et du 3 ^e cycle du primaire (Université du Québec à Montréal)	2,5 M\$	Ce projet porte sur l'amitié, la communication, la solitude, l'intimidation, le changement, la perte et les nouveaux départs.	<ul style="list-style-type: none"> • Enseigner aux enfants comment faire face aux difficultés quotidiennes, reconnaître et nommer leurs sentiments et explorer différentes manières de composer avec ces sentiments. 	<ul style="list-style-type: none"> • Programme scolaire de promotion de la santé mentale visant le développement des mécanismes d'adaptation des enfants québécois âgés de 8 à 12 ans (du 2^e et du 3^e cycle). 	Québec (collectivités urbaines et autochtones)
Handle with Care in At-Risk Communities: A Program for Parents and Early Childhood Educators to Promote Young Children's Mental Health (À manipuler avec soin dans les collectivités vulnérables : Programme à l'intention des parents et des éducateurs de la petite enfance pour favoriser la santé mentale des jeunes enfants) (Centre Hincks-Dellcrest)	2,4 M\$	Programme de formation canadien à l'intention des parents et des gardiens	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser la santé sociale et émotionnelle des enfants en encourageant l'établissement de liens avec la famille et la collectivité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Parents et gardiens pouvant être touchés par des facteurs de risque tels que l'isolement social, le fait d'être nouveau dans une collectivité et un revenu faible 	Ontario, Î.-P.-É., Manitoba, Yukon
Improving the Emotional and Social Health of Children in their Community: Implications for Population Health (Améliorer la santé émotionnelle et sociale des enfants dans leur collectivité : répercussions sur la santé des populations) (Division de la Nouvelle-Écosse de l'Association canadienne pour la santé mentale [ACSM])	2,8 M\$	Projet scolaire de promotion de la santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer les aptitudes sociales et émotionnelles des enfants de manière durable, améliorer les ressources et les services de soutien existants et mettre à profit les forces de la collectivité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfants • Enseignants et personnel scolaire • Professionnels et fournisseurs de services • Gouvernement de la Nouvelle-Écosse • Grand public 	Alberta, Manitoba, Nouvelle-Écosse

Titre du projet (bénéficiaire du financement)	Financement	Description détaillée	Objectifs clés	Populations cibles	Emplacement du projet
Towards Flourishing : Improving Mental Health Among Families in the Manitoba Families First Home Visiting Program (Vers l'épanouissement : améliorer la santé mentale des familles dans le cadre du programme de visite à domicile « Les familles d'abord » du Manitoba) (Université du Manitoba)	2,6 M\$	Projet de démonstration visant à améliorer le bien-être mental des parents et des enfants	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place une stratégie de promotion de la santé mentale à l'intention des familles et du personnel des secteurs de la santé publique et de la santé mentale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Familles des collectivités urbaines, rurales et nordiques du Manitoba qui bénéficient du programme de visite à domicile « Les familles d'abord » et qui ont au moins un enfant âgé de moins d'un an. • Infirmiers et infirmières de la santé publique et visiteurs à domicile qui offrent le programme <i>Towards Flourishing</i>; personnel de la santé mentale qui collabore avec le secteur de la santé publique, et gestionnaires qui régissent les programmes de santé publique et de santé mentale • Décideurs • Grand public 	Manitoba (collectivités urbaines, rurales, nordiques, des Premières Nations et francophones)

Atteinte du poids santé, phase II – Atteinte du poids santé dans les collectivités du Canada

Titre du projet	Financement	Description détaillée	Objectifs clés	Populations cibles	Emplacement du projet
Atii! Let's Do It! A comprehensive health-living intervention for children, youth and families in Inuit communities in Nunavut (Atii! Allons-y! : Intervention générale en matière de modes de vie sains destinée aux enfants, aux adolescents et aux familles des collectivités inuites du Nunavut) (Qaujigiartiit Health Research Centre)	0,5 M\$	Ce projet vise à accroître la capacité des familles inuites à faire des choix santé en matière d'alimentation et d'activité physique; à accroître les connaissances générales en matière de santé acquises en inuktitut; à faire participer les enfants, les parents et les tuteurs à des activités de promotion de la santé amusantes et culturellement adaptées, offertes en milieu scolaire; et à chercher des moyens de contrer la perte des habilités liées aux méthodes traditionnelles de moissonnage chez les enfants et les adolescents. Le projet sera mené dans les collectivités inuites d'Iqaluit et d'Arviat, ainsi que dans des écoles de diverses collectivités du Nord.	<ul style="list-style-type: none"> • Accroître la capacité des familles inuites à faire des choix santé en matière d'alimentation et d'activité physique. • Accroître les connaissances générales en matière de santé acquises en inuktitut. • Faire participer les enfants, les parents et les tuteurs à des activités de promotion de la santé amusantes et culturellement adaptées, offertes en milieu scolaire. • Augmenter le nombre d'occasions pour les enfants et les jeunes d'acquérir des habiletés essentielles liées aux méthodes traditionnelles de moissonnage. • Accroître la capacité des jeunes leaders à élaborer et à mettre en œuvre le projet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autochtones • Enfants • Membres des collectivités • Parents et gardiens • Jeunes 	Nunavut
Engaging communities : Achieving healthier weights through community food security in remote Inuit populations (Mobilisation des collectivités : Atteinte du poids santé au moyen de la sécurité alimentaire dans la collectivité, chez les populations inuites vivant en région éloignée) (Food Security Network of Newfoundland and Labrador)	1,6 M\$	Ce projet prévoit la mise en œuvre et l'évaluation d'un modèle novateur d'évaluation communautaire de l'alimentation ayant pour but de faire participer la population de régions rurales, éloignées, nordiques et mal desservies (enfants, adolescents et leurs familles, adultes et aînés) à la conception d'interventions communautaires axées sur la lutte contre l'obésité et l'accès à des aliments sains, tant à l'échelle communautaire que régionale. Le projet sera mené dans quatre collectivités inuites : trois au Nunatsiavut et une dans une autre région inuite au Canada.	<ul style="list-style-type: none"> • Lutter contre l'obésité et améliorer l'accès à des aliments sains tant à l'échelle communautaire que régionale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autochtones • Enfants • Membres des collectivités • Parents et gardiens • Jeunes 	Terre-Neuve-et-Labrador Possibilité de mise en œuvre dans les T.N.-O. et au Nunavut
Health Promoting Schools Program (Programme de promotion de la santé dans les écoles) (autorité régionale de la santé de Saskatoon)	1,4 M\$	La santé publique et les écoles collaboreront à la mise en œuvre et à l'évaluation de cette initiative menée dans des écoles de quartiers défavorisés ou mal desservis. Le projet a pour but l'amélioration des environnements physiques et sociaux et l'amélioration de la coordination en ce qui concerne les politiques et les services dans les diverses écoles et les diverses collectivités en matière d'activité physique, de saine alimentation et de santé mentale positive chez les enfants et leurs familles.	<ul style="list-style-type: none"> • Accroître la coordination des politiques et des services dans l'ensemble des écoles et des collectivités. • Appuyer la saine alimentation, l'activité physique et la santé mentale dans les écoles urbaines et rurales ayant des besoins complexes. • Appuyer des relations accueillantes, bienveillantes, inclusives et améliorées entre les élèves et leurs familles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autochtones • Enfants • Parents et gardiens 	Saskatchewan, Colombie-Britannique

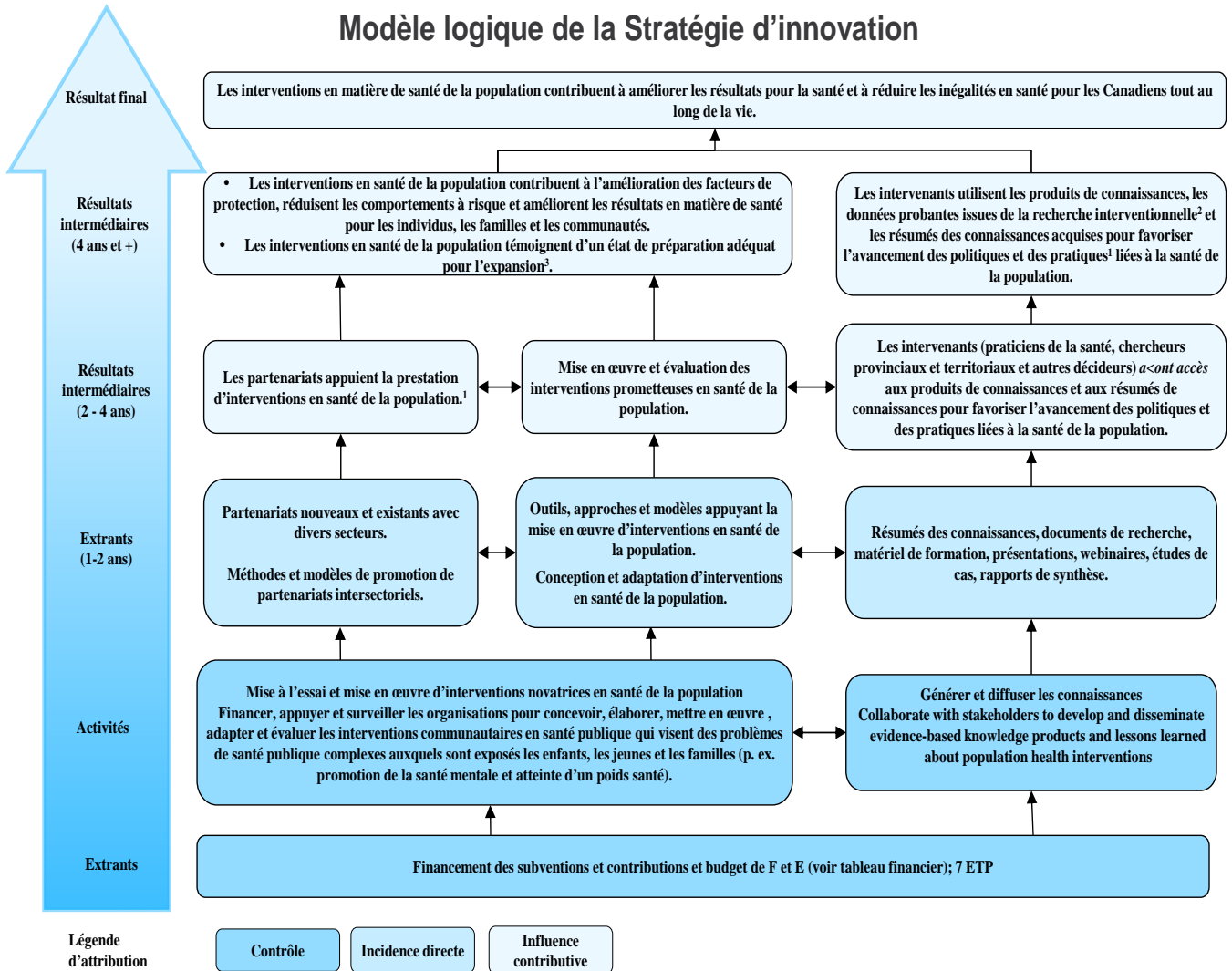
Titre du projet	Financement	Description détaillée	Objectifs clés	Populations cibles	Emplacement du projet
		Ce projet sera mené dans des régions urbaines et rurales ainsi que dans de petites villes situées sur les territoires respectifs des autorités sanitaires régionales de Saskatoon et de l'île de Vancouver.	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter chez les enfants et leurs familles la compréhension de l'importance de l'activité physique, d'une saine alimentation et de la santé mentale tout en augmentant le nombre d'occasions de faire des activités et des choix santé. • Améliorer la santé, le bien-être et les résultats d'apprentissage globaux en rehaussant les ressources pédagogiques et le plan de formation en salle de classe. 		
Healthy Start / Départ santé : Intervention multiniveaux visant à favoriser l'activité physique et une saine alimentation chez les jeunes enfants (âgés de 3 à 5 ans) qui participent à des programmes d'apprentissage pour la petite enfance (Réseau Santé en français de la Saskatchewan)	1,6 M\$	Le projet prévoit la mise en œuvre et l'évaluation d'une stratégie provinciale inclusive et fondée sur les données probantes visant à promouvoir l'activité physique et la saine alimentation chez les enfants âgés de 0 à 5 ans des collectivités francophones en offrant des ressources et un soutien aux parents et au personnel en garderie et en sensibilisant ces derniers, avec la participation des écoles et des maternelles. Il sera mené dans des centres d'apprentissage préscolaires de langue anglaise et de langue française en Saskatchewan et au Nouveau-Brunswick.	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir aux centres d'apprentissage préscolaires et aux programmes de prématernelle des services d'approche qui mettent l'accent sur les enfants ayant des antécédents culturels et socioéconomiques divers. • Avoir une incidence sur les habitudes relatives à l'activité physique et à la saine alimentation dans les centres d'apprentissage préscolaires et à domicile. • Accroître la participation des principaux intervenants au projet. • Déterminer comment la stratégie provinciale de la Saskatchewan se répercutera sur les centres d'apprentissage préscolaires situés en milieu urbain ou rural. • Déterminer les mesures nécessaires pour permettre une mise en œuvre réussie de la stratégie provinciale de la Saskatchewan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autochtones • Enfants 	Saskatchewan, Nouveau-Brunswick
Healthy weights for children (Poids santé chez les enfants) (The Bridge Youth and Family Services Society)	1,6 M\$	Ce projet favorisera l'atteinte et le maintien d'un poids santé chez les enfants et les familles de milieux défavorisés et mal desservis grâce à la mise en œuvre et à l'évaluation de modules éducatifs novateurs reposant sur les acquis et faisant appel à la participation des enfants et des jeunes âgés de moins de 19 ans, de leurs parents adoptifs ou de leurs gardiens, et de leurs collectivités. Le projet sera mené dans les dix collectivités suivantes : Yellowknife (T.N.-O.); Bonavista (T.-N.-L.); Moncton (N.-B.); Brantford (Ont.); Témiskaming (Ont.); Saskatoon (Sask.); Calgary (Alb.); Dease Lake (C.-B.); Castlegar (C.-B.) et Vancouver (C.-B.).	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre et évaluer des modules d'apprentissage familial novateurs qui mobilisent les enfants et les jeunes âgés de moins de 19 ans de milieux défavorisés ou mal desservis, ainsi que leurs parents, leurs parents adoptifs ou leurs gardiens, et leurs collectivités. • Évaluer les répercussions de ce modèle pour les enfants en placement et leurs familles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autochtones • Enfants • Parents et gardiens 	Colombie-Britannique, T.N.-O., Terre-Neuve-et-Labrador, Nouveau-Brunswick, Ontario, Saskatchewan, Alberta
Healthy Weights Connections (Collaboration sur le poids santé) (anciennement appelé le Healthy Weights Forum : Working together to promote	1,6 M\$	Ce projet favorisera la pratique de l'activité physique et l'adoption d'habitudes alimentaires saines chez les enfants et les adolescents métis et des Premières nations qui vivent en milieu urbain ou rural (dans les réserves et à l'extérieur de celles-ci), le but étant de prévenir l'obésité et de créer des	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire le risque d'obésité chez les enfants et les jeunes autochtones en améliorant la façon dont les organismes de promotion de la santé et du bien-être locaux desservent les enfants autochtones et leurs familles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autochtones • Fournisseurs de services 	Ontario

Titre du projet	Financement	Description détaillée	Objectifs clés	Populations cibles	Emplacement du projet
the health of First Nations and Métis children in our communities [Forum sur le poids santé : Travailler ensemble pour améliorer la santé des enfants des Premières Nations et des enfants métis] (The University of Western Ontario)		milieux favorables tant dans les réserves qu'à l'extérieur de celles-ci. Ce projet sera mené dans trois collectivités de l'Ontario, soit les régions de London et de Midland-Penetanguishene, ainsi que les collectivités et les cantons des Premières Nations sur l'île Manitoulin.	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter le nombre de programmes culturellement adaptés offerts aux enfants autochtones et à leur famille. • Améliorer les relations et la collaboration entre toutes les composantes du système de santé des Autochtones. 		
Launching community food centres in Canada: Building health and equity through food programs in low-income communities (Lancement de centres d'aide alimentaire au Canada : Santé et équité grâce aux programmes alimentaires destinés aux collectivités à faibles revenus) (Community Food Centres Canada)	1,5 M\$	Ce projet appuiera divers programmes communautaires (p. ex. jardins communautaires, haltes alimentaires) dans le cadre desquels les collectivités défavorisées et mal desservies participeront à des activités communautaires favorisant l'adoption de saines habitudes alimentaires, l'accès à des aliments sains, l'activité physique et le bien-être social. Ce projet sera mené dans divers centres d'aide alimentaires dans l'ensemble du Canada, y compris à Calgary, à Winnipeg, à Toronto et à Halifax/Darmouth.	<ul style="list-style-type: none"> • Trouver et mobiliser 15 collectivités à faible revenu. • Élaborer des plans de programmes exhaustifs dirigés à l'échelle locale dans chaque collectivité à l'appui de l'accès à des aliments sains (p. ex. des programmes qui offrent des repas), des compétences alimentaires (p. ex. des jardins communautaires et des cuisines collectives), de l'information et de la mobilisation (p. ex. des groupes de soutien par les pairs). 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfants • Membres des collectivités 	Ontario, Alberta, Manitoba, Nouvelle-Écosse
Our food: Achieving healthier weights by reconnecting food and community (Nos aliments : Atteinte du poids santé par le rapprochement entre la collectivité et ses sources d'aliments) (Ecology Action Centre)	1,5 M\$	Ce projet prévoit la mise en œuvre et l'évaluation d'une série d'interventions (p. ex. l'acquisition de techniques de préparation ou de conservation des aliments et de techniques de jardinage, la création de jardins communautaires et l'élaboration d'initiatives stratégiques) favorisant la consommation de fruits et de légumes, la sécurité alimentaire et l'adoption de saines habitudes chez les personnes qui vivent dans des collectivités hautement vulnérables, en tenant compte des rôles liés au sexe chez les familles à faible revenu, les Autochtones dans les réserves et hors réserves et les nouveaux immigrants : enfants, jeunes, adultes et aînés. Le projet sera mené en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick.	<ul style="list-style-type: none"> • Accroître la consommation de fruits et de légumes, l'accès aux aliments, l'activité physique, la connaissance des questions de sécurité alimentaire et la santé globale. • Améliorer la santé des membres de la collectivité. • Établir une infrastructure et des ressources locales pour accroître l'accès à des aliments nutritifs. • Participer à l'élaboration de politiques de promotion de la santé. • Établir un réseau pour maintenir les efforts de promotion de l'accès à des aliments sains et de l'offre d'aliments sains. 	<ul style="list-style-type: none"> • Membres des collectivités • Fournisseurs de services 	Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick

Titre du projet	Financement	Description détaillée	Objectifs clés	Populations cibles	Emplacement du projet
Our Food Our Health Our Culture: Achieving healthier weights in Manitoba and Saskatchewan (Notre nourriture, notre santé, notre culture : atteinte du poids santé au Manitoba et en Saskatchewan) (Parlons alimentation Manitoba)	1,5 M\$	Ce projet exploite les habilités traditionnelles en matière d'alimentation et tient compte de la culture et des rôles assignés à chacun des sexes pour promouvoir l'accès aux aliments et l'adoption de saines habitudes au moyen d'initiatives de vente au détail dans des collectivités hautement vulnérables vivant dans des réserves, en milieu urbain ou dans des régions rurales ou éloignées. Le projet s'adresse aux enfants, aux adolescents, aux familles, aux adultes et aux aînés autochtones ou nouveaux immigrants. Ce projet sera mené dans les régions suivantes du Manitoba : la Nation des Cris du lac Fox, le secteur Nord de Winnipeg et Gillam; et dans les régions suivantes de la Saskatchewan : La Ronge, la bande indienne de Lac La Ronge, et Air Ronge.	<ul style="list-style-type: none"> • Permettre aux collectivités de réunir les conditions propices au poids santé en donnant aux gens les capacités de récolter et de consommer des aliments autochtones traditionnels. • Améliorer l'accès des populations à faible revenu à des aliments sains au sein des collectivités urbaines, rurales, éloignées ou situées dans des réserves hautement vulnérables. • Élaborer et mettre en œuvre des politiques alimentaires de concert avec des organismes communautaires qui fournissent de la nourriture aux populations vulnérables. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autochtones • Enfants • Membres des collectivités • Parents et gardiens • Jeunes • Fournisseurs de services 	Manitoba, Saskatchewan
Vers un réseau de quartiers verts, actifs et en santé / Toward a Network of Green, Active, Healthy Neighbourhoods (Société de développement communautaire de Montréal)	1,6 M\$	Ce projet fondé sur une approche communautaire vise à accroître l'activité physique par la promotion des modes de transport actifs chez les enfants, les adolescents et les familles, particulièrement au sein des groupes suivants : ménages à faible revenu; nouveaux immigrants ou populations francophones en situation minoritaire en milieu urbain ou rural. Le projet sera mené dans 12 collectivités locales défavorisées au Québec, en Ontario et en Alberta.	<ul style="list-style-type: none"> • Équiper et mobiliser des enfants et des jeunes de 12 collectivités défavorisées. • Élaborer un plan de transport actif. • Organiser une communauté de praticiens en vue d'échanger des connaissances et des outils. • Encourager les collectivités à adopter des politiques à l'appui du transport actif. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfants, adolescents et familles (adultes et aînés), particulièrement ceux qui ont un faible revenu; nouveaux immigrants et populations francophones en situation minoritaire en milieu urbain ou rural 	Québec, Ontario, Alberta
Working together to achieve healthier lifestyles in Yukon and Northwest Territories communities (Collaborer pour favoriser l'adoption de modes de vie sains dans les collectivités du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest) (Arctic Institute of Community-based Research)	1,6 M\$	Ce projet prévoit la conception d'activités axées sur le poids santé. Celles-ci seront fondées sur les valeurs culturelles et les méthodes de guérison traditionnelles, ainsi que sur les pratiques en matière de sécurité alimentaire. Le projet cible les enfants, les adolescents, les familles, les adultes et les aînés et se déroulera dans le cadre d'initiatives au travail et à l'école menées dans l'ensemble des collectivités. Les adolescents de chacune des collectivités participeront à la conception des activités et mèneront des programmes de formation liés à l'exécution de ces initiatives. Le projet sera mené auprès de collectivités défavorisées et mal desservies dans les réserves et à l'extérieur des réserves du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest.	<ul style="list-style-type: none"> • Créer des programmes et des partenariats durables en vue d'améliorer la santé et le bien-être des collectivités nordiques, en tenant compte des inégalités uniques sur le plan de la santé de ces dernières. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfants, jeunes et familles (adultes et aînés) autochtones et non autochtones vivant dans des collectivités défavorisées et mal desservies dans les réserves et à l'extérieur des réserves 	Yukon, T.N.-O.

Annexe 2 – Modèle logique

Modèle logique de la Stratégie d'innovation



Notes de bas de page

1. Objectif du modèle logique directement lié aux résultats et aux indicateurs de l'AAP 1.2.2 (voir la partie 2.2 et l'annexe A pour en savoir plus).
2. Recherche interventionnelle : l'utilisation des méthodes de recherche pour produire des connaissances au sujet des interventions qui ont le potentiel d'influer sur la santé à l'échelle de la population, y compris comment, quand et dans quel contexte les interventions sont fructueuses ou non.
3. Expansion : un effort délibéré d'accroître la portée et l'incidence d'interventions en santé publique dont la mise à l'essai a été un succès afin d'aider plus de personnes et de favoriser l'élaboration durable de politiques et de programmes à l'échelle de diverses populations et communautés.

Annexe 3 – Résumé des constatations

Cotation des constatations

Les Cotations ont été fournies pour indiquer la mesure dans laquelle chaque question ou enjeu de l'évaluation a été abordé.

Symboles de Cotation de la pertinence et signification

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

Tableau 1 : Symboles de cotation de la pertinence et signification

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Nécessité de poursuivre le programme			
Quels sont les besoins d'ordre sanitaire et social qui justifient la poursuite de ce programme?	Description des besoins que le programme vise à satisfaire, y compris : <ul style="list-style-type: none"> Données probantes sur les inégalités en santé dans l'ensemble du Canada (ainsi que le fardeau connexe actuel et prévu, s'il existe des indicateurs à ce sujet) Données probantes sur la nécessité d'interventions efficaces en santé de la population visant à réduire les inégalités en santé Données probantes sur la nécessité d'améliorer les connaissances, le perfectionnement et la communication de renseignements (diffusion) au sujet des interventions efficaces en matière de santé de la population 	Élevé	La réduction des inégalités en santé constitue l'un des défis les plus importants auxquels est actuellement confrontée la santé publique. Par exemple, l'obésité et la santé mentale sont des problèmes de santé complexes qui sont causés par des facteurs biologiques, sociaux, physiques et économiques. La majorité des décideurs principaux dans le domaine de la santé public s'entendent sur le fait que des interventions précises sont nécessaires pour réduire les inégalités sur le plan de la santé. Toutefois, les interventions qui seront les plus efficaces pour la réduction des inégalités ne sont pas bien comprises.
			La recherche interventionnelle en santé des populations produit des connaissances pertinentes, adaptées au contexte, fiables et actuelles qui permettent aux décideurs d'améliorer continuellement les programmes et les politiques.
			Bien que l'intérêt à l'égard de la prise de décisions éclairées relatives à la santé de la population ait connu une croissance au Canada et à l'échelle internationale, la recherche interventionnelle en santé des populations financée au Canada n'est pas suffisante. De plus, la majorité des activités de recherche réalisées à ce jour sont de nature descriptive, et doivent être axées davantage sur la détermination de solutions efficaces.

Légende – Symboles de cotation de la pertinence et signification :

Élevé Il y a un besoin manifeste à l'égard des activités du programme; il y a un lien manifeste entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont clairs.

Partiel Il y a un besoin partiel pour les activités du programme; il y a un certain lien direct ou indirect entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont partiellement clairs.

Faible Il n'y a pas de besoin manifeste à l'égard des activités du programme; il n'y a pas de lien manifeste entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme n'ont pas été clairement définis.

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
<p>Quel est le fardeau actuel et prévu associé à la santé mentale et à l'obésité au Canada?</p> <p>Quelles personnes sont le plus à risque de souffrir d'une maladie mentale ou d'obésité? Quel est l'état actuel du Canada sur le plan de la santé mentale et du poids santé?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Données probantes sur ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> le fardeau actuel; le fardeau prévu; le nouvel environnement ou les nouvelles tendances. Données probantes sur le fardeau associé aux inégalités en santé 	Élevé	<p>Chaque année, un Canadien sur dix souffre d'une maladie mentale, et un sur trois développera une maladie mentale au cours de sa vie. En 2008, le coût direct associé à la maladie mentale au Canada était estimé à au moins 7,4 milliards de dollars. Pour ce qui est des populations vulnérables, la fréquence des suicides est de cinq à six fois plus élevée chez les jeunes Autochtones que chez les jeunes non autochtones.</p> <p>Pour ce qui est des populations vulnérables, la fréquence des suicides est de cinq à six fois plus élevée chez les jeunes Autochtones que chez les jeunes non autochtones.</p> <p>On estime que plus d'un Canadien adulte sur quatre souffre d'obésité; ce taux étant de 8,6 % chez les enfants et les jeunes âgés de 6 à 17 ans. Cela coûte à l'économie canadienne jusqu'à 7,1 milliards de dollars chaque année.</p> <p>De 2007 à 2010, les adultes autochtones présentaient des taux d'obésité plus élevés que les adultes non autochtones : 26 % pour les Premières Nations, 26 % pour les Inuits et 22 % pour les Métis, comparativement à 16 % pour les adultes non autochtones. Une récente étude des inégalités socioéconomiques relatives au risque d'obésité chez les adultes canadiens a révélé que l'obésité est plus répandue chez les femmes économiquement défavorisées.</p>
Harmonisation avec les priorités gouvernementales			
<p>Quelles sont les priorités fédérales sur le plan du traitement des inégalités en santé? Les activités actuelles de l'ASPC sont-elles harmonisées avec les priorités du gouvernement fédéral?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Données probantes sur les priorités fédérales liées au traitement des inégalités en santé Les objectifs du programme cadrent avec les priorités fédérales récentes ou actuelles. Les activités de programme en cours cadrent avec les priorités fédérales. 	Élevé	<p>Le Canada a signé la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé (2011), qui réaffirme que les inégalités en matière de santé dans chaque pays et entre les pays sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables, ainsi qu'injustes et le plus souvent évitables. La Déclaration de Rio souligne les principes établis dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et dans la Charte d'Ottawa de 1986, qui font la promotion de l'équité en santé.</p> <p>Dans le discours du Trône de 2010, le gouvernement a réitéré que la protection de la santé des Canadiens constitue une priorité.</p>
<p>Quelles sont les priorités de l'ASPC sur le plan du traitement des inégalités en santé? Les activités actuelles sont-elles harmonisées avec les priorités de l'ASPC?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Données probantes sur les priorités de l'ASPC liées au traitement des inégalités en santé Les objectifs du programme sont harmonisés avec les résultats stratégiques du Ministère et y contribuent. Les activités de programme actuelles cadrent avec les priorités de l'ASPC. 	Élevé	<p>Comme il est indiqué dans le document Horizons stratégiques 2013-2018, une approche axée sur la santé de la population sera utilisée comme modèle pour encadrer les priorités et les orientations stratégiques de l'Agence pour les cinq prochaines années.</p>

Légende – Symboles de cotation de la pertinence et signification :

Élevé Il y a un besoin manifeste à l'égard des activités du programme; il y a un lien manifeste entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont clairs.

Partiel Il y a un besoin partiel pour les activités du programme; il y a un certain lien direct ou indirect entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont partiellement clairs.

Faible Il n'y a pas de besoin manifeste à l'égard des activités du programme; il n'y a pas de lien manifeste entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme n'ont pas été clairement définis.

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Les priorités du programme (promotion de la santé mentale et atteinte du poids santé) sont-elles harmonisées avec les priorités fédérales et celles de l'ASPC?	<ul style="list-style-type: none"> Les priorités du programme cadrent avec les priorités fédérales et avec celles de l'ASPC. 	Élevé	<p>Le Plan d'action économique (de 2012) souligne l'engagement du gouvernement à travailler avec les provinces et territoires ainsi qu'avec les secteurs privé et à but non lucratif afin d'encourager les jeunes Canadiens à faire plus d'activité physique. Le Plan proposait également d'investir dans la recherche en santé mentale.</p> <p>Le Canada a travaillé de concert avec ses homologues des provinces et des territoires à l'élaboration d'ententes nationales clés, y compris la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains (rédigée en 2005 et renforcée en 2010), la Déclaration sur la prévention et la promotion de la part des ministres de la Santé, de la Promotion de la santé et des Modes de vie sains du Canada (2010) et l'entente intitulée Freiner l'obésité juvénile : Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé (2010).</p> <p>À l'ASPC, le document Horizons stratégiques 2013-2018 désigne l'amélioration de l'échange de renseignements, les partenariats, la collaboration, le poids santé, la lutte contre l'obésité, la santé mentale et a recherche interventionnelle comme des priorités. Le Profil de risque organisationnel de l'Agence fait également ressortir l'obésité et la santé mentale en tant que priorités clés.</p>
Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement du Canada			
Quel est le rôle du gouvernement fédéral en santé publique en ce qui concerne la réduction des inégalités en santé? La recherche interventionnelle constitue-t-elle une méthode adéquate pour s'acquitter de ce rôle?	<ul style="list-style-type: none"> Données probantes sur le rôle fédéral en santé publique en ce qui concerne la réduction des inégalités en santé Les objectifs du programme sont harmonisés avec ceux de l'administration fédérale. Les objectifs du programme cadrent avec le mandat et les rôles de l'organisation. 	Élevé	<p>Le rôle important de l'Agence en ce qui a trait à la promotion de la santé est décrit dans la <i>Loi sur le ministère de la Santé</i> et la <i>Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada</i>. Les rôles plus précis de l'Agence dans ce domaine sont présentés dans le cadre de la mise en œuvre des programmes sur la santé de la population à titre de fondement pour le secteur d'activité « Promotion de la santé de la population » (1998) du ministère de la Santé (Santé Canada) et les responsables des programmes suivants : l'initiative « Soutenir la capacité fédérale de protection de la santé » (2000), le renouvellement des modalités des subventions et des contributions pour la promotion de la santé de la population (2003) et la modification des modalités relatives à la promotion de la santé de la population (2013).</p> <p>Aux termes de la Constitution, la prestation des soins de santé relève des provinces et des territoires, mais le gouvernement fédéral a également plusieurs rôles et responsabilités à cet égard, comme le fait d'assurer l'accès de populations précises aux soins de santé (p. ex. les Premières Nations), la promotion de la santé, la prévention de maladies et l'échange des connaissances à ce sujet, ainsi que le financement de la recherche en santé.</p>

Légende – Symboles de cotation de la pertinence et signification :

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

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Le rôle fédéral en santé publique est-il harmonisé avec le contexte actuel?	<ul style="list-style-type: none"> Le rôle fédéral en santé publique est harmonisé avec les activités de programme actuelles. Le rôle fédéral en santé publique est harmonisé avec le contexte actuel. 	Élevé	L'Agence a la responsabilité de mener la recherche, de jouer un rôle de chef de file et de veiller à la promotion de la santé en général. Les objectifs de la Stratégie d'innovation sont harmonisés avec le rôle de l'Agence sur le plan de la réduction des inégalités en santé, de l'assurance d'un leadership quant à la promotion du bien-être physique, social et mental des Canadiens, en plus de l'échange de connaissances sur les interventions efficaces en matière de santé de la population.
Quel est le rôle des intervenants (c.-à-d. les autres ministères, les gouvernements provinciaux et territoriaux et les organisations non gouvernementales [ONG] [secteur privé]) sur le plan de l'équité en santé et de la recherche interventionnelle en santé des populations?	<ul style="list-style-type: none"> Données probantes sur le rôle des autres ministères, des provinces et des territoires, des ONG et du secteur privé sur le plan de l'équité en santé Données probantes sur le rôle des autres ministères, des provinces et des territoires, des ONG et du secteur privé sur le plan de la recherche interventionnelle en santé des populations 	Élevé	À l'extérieur de l'Agence, les autres organisations qui semblent appuyer l'exécution des interventions en santé de la population comprennent les suivants : la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, le ministère de l'Emploi et du Développement social Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Le fait que le travail de Santé Canada ou d'Emploi et Développement social Canada sur les interventions en santé de la population incluent une composante de recherche interventionnelle n'a pas été clairement établi.
Y a-t-il un chevauchement partiel ou total du rôle et des activités actuelles du gouvernement fédéral en santé publique avec le rôle des intervenants, ou des écarts sur ce plan?	<ul style="list-style-type: none"> Existence ou absence de chevauchement total ou partiel ou de complémentarité entre le rôle fédéral en santé publique et celui des intervenants Points de vue ou perceptions des écarts entre le rôle fédéral en santé publique et celui des intervenants 	Partiel	<p>Dans l'ensemble, la Stratégie d'innovation ne semble pas chevaucher le travail des IRSC (ce point est abordé à la section 4.5). Par exemple, alors que la Stratégie d'innovation finance l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et l'expansion des interventions, l'ISPP des IRSC finance principalement la recherche interventionnelle en santé des populations. L'initiative Voies de l'équité en santé pour les Autochtones est menée par les IRSC, en partenariat avec l'Agence de la santé publique du Canada et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada. Cette initiative a pour but de mieux comprendre comment concevoir et mettre en œuvre des programmes et des politiques favorisant la santé et l'équité en santé dans les quatre domaines prioritaires suivants : la prévention du suicide, la tuberculose, le diabète et l'obésité et la santé buccodentaire. Il se peut que cette initiative chevauche la Stratégie d'innovation, étant donné qu'elle porte sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et l'expansion des interventions. Toutefois, ce projet est entièrement consacré aux Autochtones et le financement est utilisé uniquement aux fins de la recherche. Au contraire de la Stratégie d'innovation, le financement de l'intervention est explicitement exclu dans le cas de l'initiative Voies de l'équité.</p> <p>Étant donné que la définition de la recherche interventionnelle varie entre les différents organismes, l'étendue du chevauchement possible n'est pas bien comprise.</p>

Légende – Symboles de cotation de la pertinence et signification :

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

Symboles de cotation du rendement et signification

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

Tableau 2 : Symboles de cotation du rendement et signification

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Atteinte des résultats escomptés (efficacité)			
Dans quelle mesure les interventions prometteuses en santé de la population ont-elles été mises en œuvre et évaluées?	<ul style="list-style-type: none"> Données probantes sur la mise en œuvre et le renforcement des projets prometteurs de la phase 1 dans le cadre de la phase 2 Données probantes sur les évaluations des projets de la phase 2 Opinions quant à l'atteinte des extraits et des résultats 	Atteint	<p>Les interventions en santé de la population ont été mises en œuvre, de même que les outils, approches et méthodes connexes, et évaluées comme prévu.</p> <p>Afin de faciliter la mise en œuvre, l'évaluation et l'expansion des interventions, des outils, des approches et des méthodes ont été élaborés, utilisés et distribués dans le cadre des projets. En voici quelques exemples : des trousseaux d'outils sur l'adaptation culturelle, des stratégies de mobilisation communautaire, du matériel et des activités de formation, des cadres d'évaluation et des modèles d'intervention.</p>
Dans quelle mesure les activités de programme ont-elles contribué aux partenariats qui appuient l'exécution des interventions en santé de la population?	<ul style="list-style-type: none"> Données probantes sur l'expertise et les ressources mises à profit au moyen des partenariats établis dans le cadre de la Stratégie d'innovation (p. ex. aide financière, ressources en nature et soutien relatif à l'augmentation de la mobilisation communautaire, à la mise en œuvre de changements sur le plan politique et à la diffusion de l'information) Opinions quant à l'atteinte des extraits et des résultats 	Atteint	<p>Une série de partenariats intersectoriels a été établie dans le cadre de tous les projets afin de soutenir l'exécution des interventions en santé de la population.</p> <p>Selon les données sur le rendement de 2013-2014, il existe actuellement 289 partenariats pour les projets de promotion de la santé mentale (n=9) et 262 partenariats pour les projets relatifs à l'atteinte du poids santé (n=11). Les partenaires intersectoriels comprennent les suivants : les conseils scolaires, les ministères provinciaux, les municipalités locales, les épiceries, les gouvernements des collectivités inuites, les groupes de bien-être communautaire locaux, les organismes d'application de la loi, les organisations parentales et les centres d'amitié autochtones.</p> <p>Les domaines prioritaires les plus courants pour les partenaires étaient la santé, l'éducation, les services sociaux et les questions autochtones.</p>

Légende – Symboles de cotation du rendement et signification :

- Atteint Les résultats ou les objectifs visés ont été atteints.
- Progrès accomplis; travail supplémentaire justifié De grands progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, mais travail supplémentaire est justifié.
- Peu de progrès; attention prioritaire De peu de progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, et une attention est nécessaire en priorité.

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
<p>Dans quelle mesure les intervenants au programme ont-ils utilisé les produits de connaissance et les résumés de connaissances?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Données probantes sur les plans d'acquisition et d'échange de connaissances élaborés dans le cadre des projets • Données probantes sur la transmission des connaissances (acquises dans le cadre des projets) aux divers intervenants des projets • Données probantes sur la transmission des connaissances aux intervenants principaux (chercheurs, des travailleurs de la santé et décideurs) • Données probantes sur l'accès des intervenants principaux aux produits de connaissances 	<p>Atteint (à l'échelle des projets)</p> <p>Progrès réalisés; travail supplémentaire justifié (à l'échelle du programme)</p>	<p>À l'échelle des projets, les produits de connaissance et les activités ont été générés et rendus accessibles aux intervenants du programme et au public. Les résumés et la transmission des connaissances ont eu lieu dans une moindre mesure à l'échelle du programme.</p> <p>Un certain nombre de produits de connaissance ont été élaborés (p. ex. des manuels et des trousse de formation, des brochures et des affiches, des sites Web, des bulletins, des énoncés de position et des sommaires de recherche) et plusieurs activités d'acquisition de connaissances ont été réalisées (p. ex. des ateliers et des présentations, des activités visant à influencer les politiques et des activités communautaires) dans le cadre des projets relatifs à la Stratégie d'innovation.</p> <p>Les intervenants du programme ont utilisé les produits et les activités de connaissances générés dans le cadre des projets comme suit :</p> <p>273 682 intervenants ont utilisé les produits et activités de connaissance de la phase 2 des projets de promotion de la santé mentale;</p> <p>107 779 intervenants ont utilisé les produits et activités de connaissance de la phase 2 des projets relatifs à l'atteinte du poids santé.</p> <p>À l'échelle du programme, 50 produits de connaissance ont été élaborés au cours des cinq dernières années. Ceux-ci comprennent des résumés du programme de la Stratégie d'innovation afin d'informer les intervenants (5), des résumés de projet comprenant des détails sur les constatations (5), des analyses des renseignements sur les projets (pour l'ensemble du programme) (15), de la recherche à l'appui de l'application et de l'amélioration des connaissances relatives aux priorités de la Stratégie d'innovation (25) et des activités d'acquisition de connaissances (15).</p> <p>Le suivi de la distribution des produits de connaissance à l'échelle du programme était restreint, mais les responsables du programme ont récemment commencé à travailler en vue de prendre cette mesure.</p>

Légende – Symboles de cotation du rendement et signification :

- Atteint Les résultats ou les objectifs visés ont été atteints.
- Progrès accomplis; travail supplémentaire justifié De grands progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, mais travail supplémentaire est justifié.
- Peu de progrès; attention prioritaire De peu progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, et une attention est nécessaire en priorité.

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
<p>Dans quelle mesure les intervenants du programme ont-ils utilisé les produits et les résumés de connaissances pour faire avancer les politiques et les pratiques en matière de santé de la population?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Données probantes sur l'utilisation des produits de connaissance par les intervenants (p. ex. pour favoriser l'avancement des politiques et des pratiques liées à la santé de la population) Opinions quant à l'atteinte des extrants et des résultats 	<p>Progrès accomplis, travail supplémentaire justifié</p>	<p>Bien qu'il y ait des exemples de produits de connaissance utilisés par les intervenants, en particulier à l'échelle des projets, l'étendue précise de l'utilisation et la façon dont les produits sont utilisés n'ont généralement pas été bien consignés à l'échelle des projets ou du programme.</p> <p>Bien qu'elles n'aient pas fait l'objet d'un suivi systématique ou uniforme pour tous les projets, les mesures suivantes sur l'utilisation des produits de connaissance de la Stratégie d'innovation (par des personnes non membres des projets financés) étaient disponibles :</p> <p>Promotion de la santé mentale</p> <ul style="list-style-type: none"> Phase 1 – aucune utilisation signalée Phase 2 (2012-2013) – on a signalé une utilisation des produits de connaissance pour 78 % des projets. <p>Atteinte du poids santé</p> <ul style="list-style-type: none"> Phase 1 – on a signalé que 39 % des produits de connaissance ont été utilisés par des intervenants. Phase 2 – on a signalé que 40 % des produits de connaissance ont été utilisés par des intervenants. <p>L'utilisation de produits de connaissance générés dans le cadre du programme n'a pas fait l'objet d'un suivi systématique. Toutefois, des enquêtes sur les utilisateurs des connaissances (n=36) du Réseau de la Stratégie d'innovation (personnel du programme et des projets de la Stratégie d'innovation et partenaires de programme) qui ont demandé des produits d'acquisition et d'échange de connaissances en 2013-2014 révèlent que la majorité des répondants ont utilisé des produits de connaissance de la Stratégie d'innovation.</p> <p>Des efforts ont récemment été déployés en vue d'assurer un suivi et une compréhension de la participation et de l'utilisation des produits de connaissance de la Stratégie d'innovation.</p>

Légende – Symboles de cotation du rendement et signification :

- | | |
|--|---|
| Atteint | Les résultats ou les objectifs visés ont été atteints. |
| Progrès accomplis; travail supplémentaire justifié | De grands progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, mais travail supplémentaire est justifié. |
| Peu de progrès; attention prioritaire | De peu progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, et une attention est nécessaire en priorité. |

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Dans quelle mesure les interventions en santé de la population financées contribuent-elles à l'amélioration des facteurs de protection, à la réduction des comportements à risque et à l'amélioration des résultats en matière de santé pour les personnes, les familles et les collectivités?	<ul style="list-style-type: none"> Données probantes (données sur le rendement) sur les projets financés qui contribuent à l'amélioration des facteurs de protection, à la réduction des comportements à risque et à l'amélioration des résultats en matière de santé pour les personnes, les familles et les collectivités Opinions quant à l'atteinte des extraits et des résultats 	<p>S.O. (il est trop tôt pour évaluer cette question) en ce qui concerne le poids santé)</p> <p>Progrès réalisés; travail supplémentaire justifié (en ce qui concerne la santé mentale)</p>	<p>Les premières données indiquent que les interventions en santé de la population financées par la Stratégie d'innovation contribuent à l'amélioration des résultats en santé. Ces résultats comprennent une amélioration des connaissances et des compétences des enfants et des familles, notamment dans les collectivités autochtones.</p> <p>On ne prévoit pas de progrès mesurables à l'égard de ce résultat avant 4 à 6 ans. Bien que les projets de promotion de la santé mentale aient été réalisés pendant cette période, il est trop tôt pour s'attendre à des résultats en ce qui concerne les projets relatifs à l'atteinte du poids santé.</p> <p>Dans leur rapport annuel, les responsables des projets de la SI font état de l'avancement du projet relativement à ce résultat. Les changements dans les résultats en santé (amélioration des facteurs de protection et réduction des facteurs de risque) ont été mesurés à l'aide de méthodes combinées, y compris des enquêtes préalables et postérieures, des enquêtes rétrospectives et des données d'observation. Dans l'ensemble, les changements dans les résultats en santé ont été autodéclarés dans le cadre des enquêtes.</p>
Y a-t-il des données précoces qui indiquent que les interventions en santé de la population du programme témoignent d'un état de préparation en vue d'une expansion?	<ul style="list-style-type: none"> Perceptions ou points de vue relativement au fait que les projets financés semblent être en voie d'être prêts pour une expansion 	<p>Progrès accomplis, travail supplémentaire justifié</p>	<p>Les premières données indiquent que les interventions témoignent d'un état de préparation en vue d'une expansion, qui constitue la phase 3 de la Stratégie d'innovation.</p> <p>Un produit de connaissance du programme de la Stratégie d'innovation récemment élaboré, intitulé « Comprendre la mise à l'échelle », présente les leçons apprises de l'exécution des phases 1 et 2 de la Stratégie d'innovation. Les facteurs déterminants de l'efficacité de l'expansion des interventions sont mis en évidence dans le présent document (voir les annexes). Parmi ceux-ci se trouvent les suivants, pour lesquels des données ont pu être recueillies dans le cadre de l'évaluation : l'établissement de partenariats et l'état de préparation du système.</p>

Légende – Symboles de cotation du rendement et signification :

Atteint	Les résultats ou les objectifs visés ont été atteints.
Progrès accomplis; travail supplémentaire justifié	De grands progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, mais travail supplémentaire est justifié.
Peu de progrès; attention prioritaire	De peu progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, et une attention est nécessaire en priorité.

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Preuve d'économies et d'efficience			
<p>Les activités du programme ont-elles été réalisées de la manière la plus efficiente possible?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il d'autres façons plus efficaces de réaliser ces activités? • Comment l'efficacité des activités pourrait-elle être améliorée? <p>Les activités du programme ont-elles été réalisées de la manière la plus économique possible?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Écart entre les dépenses prévues et réelles, et répercussions • Points de vue à l'égard de l'affectation appropriée des fonds • Points de vue à l'égard du fait que les coûts de production d'extrants sont aussi bas que possible et que l'on en tire une valeur, y compris les exigences administratives de participer au programme pour les bénéficiaires des fonds • Nombre de ressources mises à profit • Comparaison du coût par extrant entre les programmes ou projets similaires (le cas échéant) • Pertinence du pourcentage de frais généraux administratifs (le cas échéant) • Données probantes et points de vue sur d'autres modèles de programme qui permettraient d'atteindre les résultats à moindre coût (le cas échéant) 	<p>Progrès accomplis, travail supplémentaire justifié</p>	<p>Les activités de la Stratégie d'innovation sont bien gérées et le travail a commencé en vue d'améliorer la mesure du rendement liée au suivi de l'incidence des produits de connaissance. Une collaboration accrue et un plus grand échange des connaissances avec les autres secteurs de l'Agence et du portefeuille de la Santé pourraient permettre d'autres gains d'efficacité.</p> <p>La démarche progressive de la Stratégie d'innovation appuie l'efficience du programme, étant donné que seuls les projets prometteurs avancent aux prochaines étapes pour l'obtention d'un financement continu.</p> <p>Au sein du portefeuille de la Santé, d'autres activités liées à la recherche interventionnelle en santé sont actuellement réalisées par l'Agence et les IRSC (p. ex. Voies de l'équité en santé). Toutefois, les mécanismes existants pour favoriser l'échange d'information entre ces activités ne sont pas clairs. Dans le cadre de la Stratégie d'innovation, une relation a été établie avec les IRSC, mais il est encore possible d'améliorer la collaboration en tirant profit de différentes possibilités. Par exemple, l'Agence a signé un protocole d'entente avec les IRSC et Santé Canada afin d'appuyer l'exécution de l'initiative Voies de l'équité en santé. Dans le même ordre d'idées, des priorités communes ont été établies entre l'Agence et les IRSC dans le cadre du Programme des chaires de recherche en santé publique appliquée.</p> <p>Les responsables des projets de la Stratégie d'Innovation ont tiré pleinement profit du financement pour appuyer l'exécution du programme.</p> <p>Les responsables des projets de la Stratégie d'innovation ont su mobiliser des fonds et des ressources en nature, en particulier sous la forme de prêts de personnel et de bénévoles. En 2013-2014 uniquement, les responsables des projets de la Stratégie d'innovation ont mobilisé environ 1,8 M\$ et près de 1,4 M\$ en appui non financier.</p>

Légende – Symboles de cotation du rendement et signification :

Atteint	Les résultats ou les objectifs visés ont été atteints.
Progrès accomplis; travail supplémentaire justifié	De grands progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, mais travail supplémentaire est justifié.
Peu de progrès; attention prioritaire	De peu de progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, et une attention est nécessaire en priorité.

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Des mesures du rendement appropriées ont-elles été mises en place? Si tel est le cas, est-ce que les décideurs de la haute direction se servent de cette information pour éclairer leurs décisions?	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un cadre ou d'une stratégie de mesure du rendement • Collecte suffisante de données sur le rendement • Données probantes sur l'utilisation des données sur le rendement dans la prise de décisions • Perception de la pertinence des données sur la mesure du rendement recueillies (les données soutiennent-elles la prise de décisions ou l'évaluation?) 	<p>Progrès accomplis, travail supplémentaire justifié</p>	<p>Le programme a atteint les objectifs fixés sur le plan de la mesure du rendement au moyen d'outils ayant fait l'objet de recherches et normalisés. Les données sur le rendement sont systématiquement analysées et utilisées pour orienter l'exécution du programme (p. ex. rapport sur les leçons retenues). Il faut toutefois établir d'autres mesures du rendement pour mieux comprendre l'incidence des produits de connaissance de la Stratégie d'innovation. Des efforts ont récemment été déployés à cet égard dans le cadre du programme, y compris un plan de diffusion et un plan d'utilisation des connaissances (pour la collecte des données sur l'utilisation des produits de connaissance).</p>

Légende – Symboles de cotation du rendement et signification :

Atteint	Les résultats ou les objectifs visés ont été atteints.
Progrès accomplis; travail supplémentaire justifié	De grands progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, mais travail supplémentaire est justifié.
Peu de progrès; attention prioritaire	De peu progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, et une attention est nécessaire en priorité.

Tableau 3 : Résumé des cotes relatives à la pertinence

Enjeux de l'évaluation	Élevé	Partiel	Faible
Enjeu n° 1 : Nécessité de poursuivre le programme			
Quels sont les besoins d'ordre sanitaire et social qui justifient la poursuite de ce programme?	Élevé	S/O	S/O
Quel est le fardeau actuel et prévu associé à la santé mentale et à l'obésité au Canada? Quelles personnes sont le plus à risque de souffrir d'une maladie mentale ou d'obésité? Quel est l'état actuel du Canada sur le plan de la santé mentale et du poids santé?	Élevé	S/O	S/O
Enjeu n° 2 : Harmonisation avec les priorités du gouvernement du Canada			
Quelles sont les priorités fédérales sur le plan du traitement des inégalités en santé? Les activités actuelles de l'ASPC sont-elles harmonisées avec les priorités du gouvernement fédéral?	Élevé	S/O	S/O
Quelles sont les priorités de l'ASPC sur le plan du traitement des inégalités en santé? Les activités actuelles sont-elles harmonisées avec les priorités de l'ASPC?	Élevé	S/O	S/O
Les priorités du programme (promotion de la santé mentale et atteinte du poids santé) sont-elles harmonisées avec les priorités fédérales et celles de l'ASPC?	Élevé	S/O	S/O
Enjeu n° 3 : Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement du Canada			
Quel est le rôle du gouvernement fédéral en santé publique en ce qui concerne la réduction des inégalités en santé? La recherche interventionnelle constitue-t-elle une méthode adéquate pour s'acquitter de ce rôle?	Élevé	S/O	S/O
Le rôle fédéral en santé publique est-il harmonisé avec le contexte actuel?	Élevé	S/O	S/O
Quel est le rôle des intervenants (c.-à-d. les autres ministères, les gouvernements provinciaux et territoriaux et les organisations non gouvernementales [secteur privé]) sur le plan de l'équité en santé et de la recherche interventionnelle en santé des populations?	Élevé	S/O	S/O
Y a-t-il un chevauchement partiel ou total du rôle et des activités actuelles du gouvernement fédéral en santé publique avec le rôle des intervenants, ou des écarts sur ce plan?	S/O	Partiel	S/O
Légende – Symboles de cotation de la pertinence :			
Élevé	Il y a un besoin manifeste à l'égard des activités du programme; il y a un lien manifeste entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont clairs.		
Partiel	Il y a un besoin partiel pour les activités du programme; il y a un certain lien direct ou indirect entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont partiellement clairs.		
Faible	Il n'y a pas de besoin manifeste à l'égard des activités du programme; il n'y a pas de lien manifeste entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme n'ont pas été clairement définis.		

Tableau 4 : Résumé des cotes relatives du rendement

Enjeux de l'évaluation	Atteint	Progrès accomplis; travail supplémentaire justifié	Peu de progrès; attention prioritaire
Enjeu n° 4 : Atteinte des résultats escomptés (efficacité)			
Dans quelle mesure les interventions prometteuses en santé de la population ont-elles été mises en œuvre et évaluées?	Atteint	S/O	S/O
Dans quelle mesure les activités de programme ont-elles contribué aux partenariats qui appuient l'exécution des interventions en santé de la population?	Atteint	S/O	S/O
Dans quelle mesure les intervenants du programme ont-ils utilisé les produits et les résumés de connaissances?	Atteint (à l'échelle des projets)	Progrès accomplis; travail supplémentaire justifié (à l'échelle du programme)	S/O
Dans quelle mesure les intervenants du programme ont-ils utilisé les produits et les résumés de connaissances pour faire avancer les politiques et les pratiques en matière de santé de la population?	S/O	Progrès accomplis; travail supplémentaire justifié	S/O

Enjeux de l'évaluation	Atteint	Progrès accomplis; travail supplémentaire justifié	Peu de progrès; attention prioritaire
Dans quelle mesure les interventions en santé de la population financées contribuent-elles à l'amélioration des facteurs de protection, à la réduction des comportements à risque et à l'amélioration des résultats en matière de santé pour les personnes, les familles et les collectivités?	S/O	Progrès accomplis; travail supplémentaire justifié (pour la santé mentale; il est trop tôt pour évaluer cette question en ce qui concerne le poids santé)	S/O
Y a-t-il des données précoces qui indiquent que les interventions en santé de la population du programme témoignent d'un état de préparation en vue d'une expansion?	S/O	Progrès accomplis; travail supplémentaire justifié	S/O
Enjeu n° 5 : Preuve d'économies et d'efficience			
Les activités du programme ont-elles été réalisées de la manière la plus efficiente possible? <ul style="list-style-type: none"> Y a-t-il d'autres façons plus efficaces d'effectuer ces activités? Comment l'efficacité des activités pourrait-elle être améliorée? 	S/O	Progrès accomplis; travail supplémentaire justifié	S/O
Les activités du programme ont-elles été réalisées de la manière la plus économique possible?			
Des mesures du rendement appropriées ont-elles été mises en place? Si tel est le cas, est-ce que les décideurs de la haute direction se servent de cette information pour éclairer leurs décisions?	S/O	Progrès accomplis; travail supplémentaire justifié	S/O
Légende – Symboles de cotation du rendement :			
Atteint	Les résultats ou les objectifs visés ont été atteints.		
Progrès accomplis; travail supplémentaire justifié	De grands progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, mais travail supplémentaire est justifié.		
Peu de progrès; attention prioritaire	De peu progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, et une attention est nécessaire en priorité.		

Légende – Symboles de cotation du rendement et signification :

Atteint	Les résultats ou les objectifs visés ont été atteints.
Progrès accomplis; travail supplémentaire justifié	De grands progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, mais travail supplémentaire est justifié.
Peu de progrès; attention prioritaire	De peu progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, et une attention est nécessaire en priorité.

Annexe 4 – Comparaisons internationales

Australie

Le Santé nationale et conseil de recherches médicales (SNCRM) (National Health and Medical Research Council (NHMRC)) de l'Australie est le plus important bailleur de fonds dans le domaine de la recherche en santé et en médecine de ce pays. Bon nombre des programmes de financement du SNCRM abordent plusieurs mesures prioritaires établies dans son Plan stratégique de 2013 à 2015, y compris la recherche interventionnelle dans le domaine de l'obésité⁴³. L'acquisition et l'échange des connaissances à l'appui de la santé des Australiens constituent également un important aspect du Plan stratégique de 2013 à 2015 du SNCRM.

De plus, le programme Centres d'excellence en recherche clinique offre un financement afin d'assurer une recherche clinique innovatrice et de haute qualité, en vue d'atteindre les objectifs suivants :

- soutenir la recherche clinique susceptible d'engendrer des résultats améliorés en santé pour la collectivité;
- favoriser la formation des spécialistes en recherche clinique, en particulier ceux qui présentent un potentiel sur le plan de la recherche indépendante et de futurs rôles de leadership;
- veiller au transfert efficace des résultats de recherche dans la pratique clinique^{44,45}.

Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, les soins de santé sont impartis, c.-à-d. que chacune des quatre régions – l'Angleterre, l'Écosse, le Pays de Galles et l'Irlande du Nord – a son propre système de soins de santé. Le ministère de la Santé est le ministère chargé de la politique gouvernementale sur la santé et les questions d'ordre social en Angleterre, en plus de quelques fonctions qui ne sont pas autrement imparties au gouvernement de l'Écosse ou du Pays de Galles ou à l'exécutif nord-irlandais. Bien que leurs fonctions leur soient déléguées, le Public Health England (un organisme exécutif du ministère de la Santé), le Public Health Agency d'Irlande du Nord, le National Health Service du Pays de Galles et le National Health Service d'Écosse affirment tous clairement que leur rôle ou leur mission est d'améliorer la santé et de réduire les inégalités en santé^{46,47,48,49}.

L'Institut national de recherche en santé est un organisme gouvernemental du R.-U. qui coordonne et finance la recherche pour le National Health Service en Angleterre. L'Institut national de recherche en santé couvre quatre secteurs d'activité principaux : la recherche, l'infrastructure, la faculté et les systèmes, qui sont gérés par les centres de coordination du l'Institut national de recherche en santé⁵⁰. En 2006, l'Institut national de recherche en santé a vu le jour sous la forme d'une organisation « virtuelle », c.-à-d. qu'il ne s'agit ni d'une société, ni d'une entité juridique, ni d'une entreprise traditionnelle à proprement parler, mais plutôt une entité générale qui représente collectivement l'ensemble de la recherche financée par les fonds publics du National Health Service⁵¹.

Également en 2006, les principaux bailleurs de fonds de la recherche en santé publique du R.-U. se sont réunis pour former la collaboration britannique pour le CRCRU, afin d'élaborer une approche coordonnée pour l'amélioration de l'environnement de recherche en santé publique du Royaume-Uni. Les constatations du groupe de planification stratégique de la recherche en santé publique de la CRCRU sont consignées dans un rapport intitulé *Strengthening Public Health Research in the United*

Kingdom. Ce rapport a mené à un engagement par un consortium composé de huit partenaires de financement^{viii} à créer cinq centres d'excellence de la CRCRU pour la recherche en santé publique en 2008^{52,53,54}.

Le Centre pour le développement et l'évaluation des interventions complexes pour la santé publique (DÉICSP) (Centre for Development and Evaluation of Complex Interventions for Public Health DECIPHer), un partenariat stratégique entre les Universités de Cardiff, de Bristol et de Swansea du Pays de Galles, est l'un de ces cinq centres d'excellence. Le DÉICSP élabore, met à l'essai, évalue et met en œuvre des interventions et des politiques complexes qui visent la mise en place d'améliorations durables sur le plan de la santé et du bien-être et la correction des inégalités en santé. La recherche du DÉICSP est axée sur trois vastes secteurs prioritaires liés à la santé des enfants et des jeunes : le tabac, l'alcool et les stupéfiants; l'obésité, l'activité physique et les régimes alimentaires; ainsi que la santé mentale et le bien-être⁵⁵.

États-Unis

Aux États-Unis, l'Institut national sur la santé des minorités et les disparités de santé est le chef de file des National Institutes of Health^{ix} des É.-U. dans le domaine de la recherche scientifique pour l'amélioration de la santé des populations en situation minoritaire et l'élimination des inégalités en santé. L'initiative de recherche participative communautaire (RPC) du l'Institut national sur la santé des minorités et les disparités de santé (INSMDS) (Minority Health and Health Disparities (NIMHD)) appuie les efforts de recherche déployés en collaboration entre les chercheurs du milieu scientifique et les membres de la collectivité pour le traitement des maladies et des états pathologiques qui touchent les populations présentant des inégalités en santé de façon disproportionnée. Les membres de la collectivité participent à l'initiative de RPC du l'INSMDS au même titre que les scientifiques, ce qui permet de s'assurer que les interventions créées répondent aux besoins de la collectivité.

L'initiative de RPC du l'INSMDS comprend trois phases :

- La phase I (phase de planification) consiste en la prestation d'un financement sur trois ans destiné à la collectivité et à ses partenaires de la recherche scientifique afin de mener une évaluation des besoins, de déterminer leurs priorités et de concevoir l'intervention.
- La phase II (phase d'intervention) consiste en la prestation d'un financement sur un nombre d'années allant jusqu'à cinq ans aux organismes subventionnés afin de mettre au point l'intervention, d'élaborer des méthodes pour évaluer son efficacité et de mettre en œuvre l'intervention dans sa totalité.

^{viii} Partenaires de financement : la British Heart Foundation; le Cancer Research United Kingdom; le National Institute of Health Research; l'Economic and Social Research Council; le Medical Research Council; le Health and Social Care Research and Development Office, Irlande du Nord; le National Institute for Social Care and Health Research (gouvernement de l'Assemblée galloise); le Wellcome Trust et le Medical Research Council.

^{ix} Les National Institutes of Health des É.-U. font partie du département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis.

La phase III (phase de diffusion de l'information) consiste en la prestation d'un financement sur trois ans aux partenaires de recherche communautaires afin d'échanger leurs constatations et leurs connaissances acquises de l'intervention avec la collectivité visée par la RPC, ainsi qu'avec d'autres chercheurs et organismes.

Annexe 5 – Description de l'évaluation

Portée de l'évaluation

L'évaluation comprenait une analyse de la pertinence et du rendement de la Stratégie d'innovation pour la période allant de 2009-2010 à 2013-2014.

Questions de l'évaluation

Les questions posées dans le cadre de l'évaluation étaient fondées sur les cinq éléments fondamentaux énoncés dans la *Politique sur l'évaluation* du Conseil du Trésor (2009). Elles sont présentées dans le tableau ci-dessous. Pour chacun de ces éléments fondamentaux, les questions à évaluer ont été adaptées au programme et ont orienté le processus d'évaluation.

Tableau 1 : Éléments fondamentaux et questions d'évaluation

Éléments fondamentaux	Questions d'évaluation
Pertinence	
Élément 1 : Nécessité de poursuivre le programme	Évaluation de la mesure dans laquelle le programme continue de répondre à un besoin démontrable et de combler les besoins des Canadiens <ul style="list-style-type: none"> • Quels besoins sociétaux ou en matière de santé justifient la poursuite de ce programme? • Quel est le fardeau actuel et prévu associé à la santé mentale et à l'obésité au Canada? Quelles personnes sont le plus à risque de souffrir d'une maladie mentale ou d'obésité? Quel est l'état actuel du Canada sur le plan de la santé mentale et du poids santé?
Élément 2 : Harmonisation avec les priorités du gouvernement	Évaluation des liens entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats ministériels stratégiques <ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les priorités fédérales sur le plan du traitement des inégalités en santé? Les activités actuelles de l'ASPC sont-elles harmonisées avec les priorités du gouvernement fédéral? • Quelles sont les priorités de l'ASPC sur le plan du traitement des inégalités en santé? Les activités actuelles sont-elles harmonisées avec les priorités de l'ASPC? • Les priorités du programme (promotion de la santé mentale et atteinte du poids santé) sont-elles harmonisées avec les priorités fédérales et celles de l'ASPC?
Élément 3 : Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral	Évaluation du rôle et des responsabilités du gouvernement fédéral relativement à l'exécution du programme <ul style="list-style-type: none"> • Quel est le rôle du gouvernement fédéral en santé publique en ce qui concerne la réduction des inégalités en santé? La recherche interventionnelle constitue-t-elle une méthode adéquate pour s'acquitter de ce rôle? • Le rôle fédéral en santé publique est-il harmonisé avec le contexte actuel? • Quel est le rôle des intervenants (c.-à-d. les autres ministères, les gouvernements provinciaux et territoriaux et les organisations non gouvernementales [secteur privé]) sur le plan de l'équité en santé et de la recherche interventionnelle en santé des populations? • Y a-t-il un chevauchement partiel ou total du rôle et des activités actuelles du gouvernement fédéral en santé publique avec le rôle des intervenants, ou des écarts sur ce plan?

Éléments fondamentaux	Questions d'évaluation
Rendement (efficacité, économie et efficience)	
<p>Élément 4 : Atteinte des résultats escomptés (efficacité)</p>	<p>Évaluation des progrès réalisés dans l'atteinte des résultats escomptés (y compris les résultats immédiats, intermédiaires et ultimes) par rapport aux cibles, à la portée et à la conception du programme, ce qui comprend les liens et la contribution des extraits aux résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans quelle mesure les interventions prometteuses en santé de la population ont-elles été mises en œuvre et évaluées? • Dans quelle mesure les activités de programme ont-elles contribué aux partenariats qui appuient l'exécution des interventions en santé de la population? • Dans quelle mesure les intervenants du programme ont-ils utilisé les produits et les résumés de connaissances? • Dans quelle mesure les intervenants du programme ont-ils utilisé les produits et les résumés de connaissances pour faire avancer les politiques et les pratiques en matière de santé de la population? • Dans quelle mesure les interventions en santé de la population financées contribuent-elles à l'amélioration des facteurs de protection, à la réduction des comportements à risque et à l'amélioration des résultats en matière de santé pour les personnes, les familles et les collectivités? • Y a-t-il des indications préliminaires que les interventions en santé de la population du programme témoignent d'un état de préparation en vue d'une expansion?
<p>Élément 5 : Démonstration d'économie et d'efficience</p>	<p>Évaluation de l'utilisation des ressources relativement à la production des extraits et aux progrès réalisés concernant l'atteinte des résultats escomptés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les activités du programme ont-elles été réalisées de la manière la plus efficiente possible? <ul style="list-style-type: none"> ○ Y a-t-il d'autres façons plus efficaces d'effectuer ces activités? ○ Comment l'efficacité des activités pourrait-elle être améliorée? • Les activités du programme ont-elles été réalisées de la manière la plus économique possible? • Des mesures du rendement appropriées ont-elles été mises en place? Si tel est le cas, est-ce que les décideurs de la haute direction se servent de cette information pour éclairer leurs décisions?

Méthodes de collecte et d'analyse des données

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

Analyses des documents et des dossiers

Tous les documents fournis par le chargé de projet aux fins d'évaluation ont été examinés afin de servir de fondement à l'évaluation et de contribuer à une source de données probantes qui répondent à la majorité des questions d'évaluation. Les types de document suivants ont été examinés : des documents descriptifs et administratifs à l'échelle du programme et des projets (études); des documents de politique et de planification à l'échelle gouvernementale et ministérielle; et des rapports d'évaluation et sur le rendement. Afin d'optimiser l'efficience et l'utilité de l'examen des documents, un modèle d'examen des documents a été élaboré pour faciliter l'examen systématique des documents.

Entrevues avec les informateurs clés

Les entrevues visaient principalement à recueillir de l'information pour combler les lacunes décelées lors de l'analyse des documents et des dossiers, ainsi que des données probantes et des renseignements détaillés pour contribuer à la mise en contexte des données probantes recueillies auprès d'autres sources. Des guides ont été élaborés sur mesure pour l'administration de deux groupes d'informateurs clés : les répondants internes à l'Agence de la santé publique qui ont participé à la conception et à l'exécution de la

Stratégie d'innovation; la haute direction et le personnel du Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques (CPCMC); le personnel des autres divisions du Centre pour la promotion de la santé; le personnel d'autres secteurs du portefeuille de la Santé (Santé Canada et les IRSC); les représentants des provinces et des territoires et un intervenant externe de l'initiative COALITION (Connaissances et action liées pour une meilleure prévention) du Partenariat canadien contre le cancer. Au total, huit entrevues ont été menées auprès des représentants du programme; cinq auprès du CPCMC; trois auprès d'autres membres du personnel du Centre de promotion de la santé; trois auprès de représentants du portefeuille de la Santé; trois auprès de représentants des provinces et des territoires, et une auprès d'un intervenant externe, soit 23 entrevues au total menées dans le cadre de cette évaluation.

Les données, issues des diverses sources et méthodes susmentionnées, ont été soumises à la triangulation. Cette analyse comprenait, entre autres, une compilation, une analyse et une synthèse systématiques des documents; une analyse quantitative des données; une analyse thématique des données qualitatives issues des entrevues avec les informateurs clés, et une analyse comparative des données provenant de sources disparates afin de valider les constatations générales.

Références

- Agence de la santé publique du Canada. (2015). *Qu'est-ce qui détermine la santé?* Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php>
- Agence de la santé publique du Canada. (2015). *Qu'est-ce que l'approche axée sur la santé de la population?* Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/approach-approche/index-fra.php>
- Agence de la santé publique du Canada. (2015). *Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé.* Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/wcshd-cmdss-fra.php>
- Agence de la santé publique du Canada. (2014). *Innovation Strategy Performance Measurement Strategy.* (en anglais seulement)
- Agence de la santé publique du Canada. (2012-03-22). *Scan of Current State of Intervention Research Funding & Support: Chronic Disease Prevention and Health Promotion.* (en anglais seulement)
- Agence de la santé publique du Canada. (2011). *Obésité au Canada.* Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/index-fra.php>
- Armstrong, R., Waters, E., Moore, L., Riggs, E., Cuervo, L.G., Lumbiganon, P. et P. Hawe. « Improving the reporting of public health intervention research: advancing TREND and CONSORT ». *Journal of Public Health*, vol. 30, n°1, 2008, p. 103-109.
- Association canadienne pour la santé mentale. (2015). *Information rapide : La santé mentale / la maladie mentale.* Sur Internet : <http://www.cmha.ca/fr/medias/information-rapide-la-sante-mentale-la-maladie-mentale/>
- Australian Government. (2012). *National Health and Medical Research Council (NHMRC) Strategic Plan 2013-2015.* Retrieved from https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/nh160_nhmrc_strat_plan_201315.pdf
- Bambra, C.L., Hiller, F.C., Moore, H.J. et C.D. Summerbell. « Tackling inequalities in obesity: a protocol for a systematic review of the effectiveness of public health interventions at reducing socioeconomic inequalities in obesity amongst children ». *Systematic Reviews*, vol. 1, n°16, 2012, p. 1-7.
- Boivin, A., Lehoux, P., Burgers, J. et R. Grol. « What Are the Key Ingredients for Effective Public Involvement in Health Care Improvement and Policy Decisions? A Randomized Trial Process Evaluation ». *The Milbank Quarterly*, vol. 92, n°2, 2014, p. 319-350.
- Cameron, R., Riley, B., Campbell, H.S., Manske, S. et K. Lamers-Bellio. « The Imperative of Strategic Alignment Across Organizations: The Experience of the Canadian Cancer Society's Centre for Behavioural Research and Program Evaluation ». *Revue canadienne de santé publique*, vol. 100, n°1, 2009, p. I27-I30.
- Commission de la santé mentale du Canada. (2014). *Why Investing in Mental Health Will Contribute to Canada's Economic Prosperity and to the Sustainability of our Health Care System.* Retrieved from <http://strategy.mentalhealthcommission.ca/pdf/case-for-investment-en.pdf>
- Davies, J.K., and Sherriff, N. (2010). « The gradient in health inequalities among families and children: A review of evaluation frameworks ». *Health Policy*, vol. 101, 2011, p. 1-10.
- (DECIPHer): Centre for Development and Evaluation of Complex Interventions for Public Health. (2015). *About (Centre for Development and Evaluation of Complex Interventions for Public Health (DECIPHer)).* Retrieved from <http://decipher.uk.net/about-decipher/>
- Di Ruggiero, E., Rose, A. et Gaudreau, K. « Canadian Institutes of Health Research Support for Population Health Intervention Research in Canada ». *Revue canadienne de santé publique*, vol.100, n°1, 2009, p. I15-I19.
- Edwards, N., and Di Ruggiero, E. « Exploring which context matters in the study of health inequities and their mitigation ». *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 39, n°6, 2011, p. 43-49.
- Edwards, N. « Revisiting our Social Justice Roots in Population Health Intervention Research ». *Revue canadienne de santé publique*, vol. 100, n°6, 2009, p. 405-406.

- Gouvernement du Canada. (1996). *Loi sur le ministère de la Santé*. Sur Internet : <http://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/H-3.2.pdf>
- Gouvernement du Canada. (2015). *Le fardeau économique de la maladie au Canada (FEMC)*. Sur Internet : <http://ebic-femc.phac-aspc.gc.ca/custom-personnalise/results-national-resultats.php?lang=fra>
- Gouvernement du Canada. (2014-12-20). *Message de la Ministre : Vie saine*. Sur Internet : http://www.canadiensante.gc.ca/video/healthy-living-vie-saine-fra.php?_ga=1.218343066.264170998.1421162475
- Gouvernement du Canada. (2006). *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada*. Sur Internet : <http://lois-laws.justice.gc.ca/PDF/P-29.5.pdf>
- Gouvernement du Canada. (2008). *L'administrateur en chef de la santé publique - Rapport sur l'état de la santé publique au Canada : s'attaquer aux inégalités en santé*. Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2008/fr-rc/pdf/CPHO-Report-f.pdf>
- Government of the United Kingdom. (2015). *Public Health England*. Sur Internet : <https://www.gov.uk/government/organisations/public-health-england>
- Hajizadeh, M., Campbell, M.K. et S. Sarma. « Socioeconomic inequalities in adult obesity risk in Canada: trends and decomposition analyses ». *European Journal of Health Economics*, vol. 15, n°2, mars 2014, p. 203-221.
- Haman, F., Fontaine-Bisson, B., Batal, M., Imbeault, P., Blais, J.M. et M.A. Robidoux. « Obesity and type 2 diabetes in Northern Canada's remote First Nations communities: the dietary dilemma ». *International Journal of Obesity*, vol. 34, 2010, p. S24-S31.
- Hanusaik, N., O'Louhlin, J., Kishchuk, N., Paradis, G. et R. Cameron. « Organizational capacity for chronic disease prevention: A survey of Canadian public health organizations ». *European Journal of Public Health*, vol. 20, n°2, 2009, p. 195-201.
- Hawe, P., Di Ruggiero, E. et E. Cohen. « Frequently Asked Questions About Population Health Intervention Research ». *Revue canadienne de santé publique*. vol. 103, n°6, 2012, p. e468-e471.
- Hawe, P., Samis, S., Di Ruggiero, E. et J. A. Shoveller. « Population Health Intervention Research Initiative for Canada: progress and prospects ». *NSW Public Health Bulletin*, vol. 22, n°1-2, 2011, p. 27-32.
- Hawe, P. et L. Potvin. « What is Population Health Intervention Research? ». *Revue canadienne de santé publique*, vol. 100, n°1, 2009, p. I8-I14.
- Health and Social Care in Ireland. (2015). *Public Health Agency*. Sur Internet : <http://www.publichealth.hscni.net/>
- Hobin, E.P., Hayward, S., Riley, B., Di Ruggiero, E. et J. Birdsell. « Maximising the use of evidence: exploring the intersection between population health intervention research and knowledge translation from a Canadian perspective ». *Evidence and Policy*, vol. 8, n°1, 2012, p. 97-115.
- Instituts de recherche en santé du Canada. (2015). *Initiative de recherche interventionnelle en santé des populations du Canada*. Sur Internet : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/38731.html>
- Instituts de recherche en santé du Canada. (2015). *À propos de nous*. Sur Internet : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/37792.html>
- Instituts de recherche en santé du Canada. (2015). *À propos des instituts*. Sur Internet : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/7155.html>
- Instituts de recherche en santé du Canada. (2015). *À propos de l'IRISPC*. Sur Internet : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/38732.html>
- Instituts de recherche en santé du Canada. (2015). *Institut de la santé publique et des populations*. Sur Internet : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/13777.html>
- Instituts de recherche en santé du Canada. (2015). *Voies de l'équité en santé pour les Autochtones*. Sur Internet : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/43630.html>
- Kendall, P.R.W. « Commentary on Population Health Intervention Research ». *Revue canadienne de santé publique*, vol. 100, n°1, 2009, p. I31-I32.

- Lalonde, M. (1974). *Nouvelle perspective de la santé des canadiens : un document de travail* (N° de catalogue H31-1374). Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-fra.pdf>
- Mangham, L.J. et K. Hanson. « Scaling up in international health: what are the key issues? » *Health Policy and Planning*, vol. 25, 2010, p. 85-96.
- Merritt, M.W., Taylor, H.A. et L.C. Mullany, L.C. « Ancillary Care in Community-Based Public Health Intervention Research ». *American Journal of Public Health*, vol. 100, n°2, 2010, p. 211-216.
- Morabia, A. et M.C. Costanza. « Population Health Intervention Research (PHIR): Should we fear the “P” ». *Preventive Medicine*, vol. 54, 2012, p. 291-292.
- National Health Service. (2015). *Public Health Wales: Priorities for Action*. Sur Internet : <http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/888/page/70468>
- National Health Service. (2015). *Health Scotland*. Sur Internet : <http://www.healthscotland.com/>
- National Institute for Health Research. (2015). *About NIHR*. Sur Internet : <http://www.nihr.ac.uk/about/>
- National Institute for Health Research. (2015). *History of the NIHR*. Sur Internet : <http://www.nihr.ac.uk/about/history-of-the-nihr.htm>
- Naylor, D. (2003). *Leçons de la crise du SRAS : Renouveau de la santé publique au Canada* (N° de catalogue H21-220/2003F). Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/naylor/index-fra.php>
- Nutbeam, D. (2001). *Evidence-based public policy for health; Matching research to policy*. IUHPE Promotion and Education, 15-19.
- Organisation mondiale de la Santé. (2015). *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé*. Sur Internet : <http://www.who.int/sdhconference/declaration/en/>
- Organisation mondiale de la Santé. (2006). *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*. Sur Internet : http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf
- Organisation mondiale de la Santé. (2015). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Sur Internet : <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- Organisation mondiale de la Santé. (2015). *Mondialisation, commerce et santé*. Sur Internet : <http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/> (en anglais seulement)
- Organisation mondiale de la Santé. (2015). *World Conference on Social Determinants of Health*. Sur Internet : <http://www.who.int/sdhconference/en/> (en anglais seulement)
- Pettersson, B. « Some bitter-sweet reflections on the Ottawa Charter commemorative cake: a personal discourse from an Ottawa rocker ». *Health Promotion International*, vol. 26, n°2, 2011, p. 173-179.
- Prince, S.A. « A population health approach to obesity in Canada – Putting the problem back into context ». *Transdisciplinary Studies in Population Health Series*, vol. I, n°I, 2009, p. 22-33.
- Raine, K.D., Plotnikoff, R., Schopflocher, D., Lytvyak, E., Nykiforuk, C.I., Storey, K., Ohinmaa, A., Purdy, L., Veugelers, P., and Wild, T.C. (2013). Healthy Alberta Communities: Impact of a three-year community-based obesity and chronic disease prevention intervention. *Preventive Medicine*, 57, 955-962.
- Raine, K.D., Plotnikoff, R., Nykiforuk, C., Deegan, H., Hemphill, E., Storey, K., Schopflocher, D., Veugelers, P., Wild, T.C. et A. Ohinmaa. « Reflections on community-based population health intervention and evaluation for obesity and chronic disease prevention: the Healthy Alberta Communities project ». *International Journal of Public Health*, vol. 55, 2010, p. 679-686.
- Rychetnik, L., Frommer, M., Hawe, P. et A. Shiell. « Criteria for evaluating evidence on public health interventions ». *Journal of Epidemiological Community Health*, vol. 56, 2002, p. 119-127.
- Santé Canada. (2015). *Santé des Premières nations et des Inuits : Santé mentale et bien-être*. Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/promotion/mental/index-fra.php>
- Smith, B.T., Smith, P.M., Harper, S., Manuel, D.G. et C.A. Mustard. (2013-12-20). Reducing social inequalities in health: the role of simulation modelling in chronic disease epidemiology to evaluate the impact of population health interventions. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 1-6. Sur Internet : <http://jech.bmj.com/content/early/2013/12/20/jech-2013-202756.full.pdf+html>

- Sous-comité sénatorial sur la santé des populations. (2009-06). *Un Canada en santé et productif : une approche axée sur les déterminants de la santé*. Sur Internet : <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/402/popu/rep/rephealth1jun09-f.pdf>
- Sous-comité sénatorial sur la santé des populations. (2008). *Politiques sur la santé de la population : Enjeux et Options*. Sur Internet : <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/392/soci/rep/rep10apr08-f.pdf>
- Sous-comité sénatorial sur la santé des populations. (2014). *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral, rapport intérimaire*. Sur Internet : <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/371/soci/rep/repintsep01part5-f.htm>
- Sport est important. (2013). *Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux proposent des mesures faisant la promotion du sport, de l'activité physique et du poids santé*. Sur Internet : <http://www.sportmatters.ca/fr/news-82-federal-provincial-and-territorial-ministers>
- Statistique Canada. (2015). *Coup d'œil sur la santé : Certains indicateurs de la santé des membres des Premières nations vivant hors réserve, des Métis et des Inuits* Sur Internet : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11763-fra.htm>
- Statistique Canada. (2013-09-18). *Coup d'œil sur la santé : Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au Canada* Sur Internet : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11855-fra.htm>
- Sullivan, L. « Introduction to the Population Health Intervention Research Initiative for Canada ». *Revue canadienne de santé publique*, vol. 100, n°1, 2009, p. I5-I6.
- Twells, L.K., Gregory, D.M., Reddigan, J. et W.K. Midodzi. « Current and predicted prevalence of obesity in Canada: a trend analysis ». *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 2, n°1, 2014, p. E18-E26.
- Wozniak, L., Rees, S., Soprovich, A., Al Sayah, F., Johnson, S.T., Majumdar, S.R. et J.A. Johnson. « Applying the RE-AIM framework to Alberta's Caring for Diabetes Project: a protocol for a comprehensive evaluation of primary care quality improvement interventions ». *BMJ Open*, vol. 2, 2012, p. 1-9.

Notes en fin de texte

- ¹ Nutbeam, D. « Evidence-based public policy for health; Matching research to policy », *IUHPE Promotion and Education* (2001), p. 15-19.
- ² ASPC. Cadre de mesure du rendement de la Stratégie d'innovation.
- ³ ASPC. Guide d'orientation de la SI, mars 2014.
- ⁴ Organisation de la santé mondiale. *Mondialisation, commerce et santé* (en anglais), 2015. Sur Internet : <URL:<http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/>>.
- ⁵ Agence de la santé publique du Canada. *Qu'est-ce qui détermine la santé?*, 2015. Sur Internet : <URL:<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php>>.
- ⁶ Sous-comité sénatorial sur la santé des populations. *Politiques sur la santé de la population : enjeux et options*, 2008. Sur Internet : <URL:<http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/392/soci/rep/rep10apr08-f.pdf>>.
- ⁷ Sous-comité sénatorial sur la santé des populations. *Politiques sur la santé de la population : enjeux et options*, 2008. Sur Internet : <URL:<http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/392/soci/rep/rep10apr08-f.pdf>>.
- ⁸ Agence de la santé publique du Canada. *Qu'est-ce qui détermine la santé?*, 2015. Sur Internet : <URL:<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php>>.
- ⁹ Sous-comité sénatorial sur la santé des populations. *Politiques sur la santé de la population : enjeux et options*, 2008. Sur Internet : <URL:<http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/392/soci/rep/rep10apr08-f.pdf>>.
- ¹⁰ Agence de la santé publique du Canada. *Qu'est-ce que l'approche axée sur la santé de la population?*, 2015. Sur Internet : <URL:<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/approach-approche/index-fra.php>>.
- ¹¹ Sous-comité sénatorial sur la santé des populations. *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral – Rapport intérimaire*, 2014. Sur Internet : <URL:<http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/371/soci/rep/repintsep01part5-f.htm>>.
- ¹² Hawe, P. et L. Potvin. « What is Population Health Intervention Research? », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 100, n° 1 (2009), p. I8-I14.
- ¹³ Instituts de recherche en santé du Canada. *Initiative de recherche interventionnelle en santé des populations du Canada*, 2015. Sur Internet : <URL:<http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/38731.html>>.
- ¹⁴ Agence de la santé publique du Canada. *Scan of Current State of Intervention Research Funding & Support: Chronic Disease Prevention and Health Promotion*, 22 mars 2012.
- ¹⁵ Sous-comité sénatorial sur la santé des populations. *Un Canada en santé et productif : une approche axée sur les déterminants de la santé*, juin 2009. Sur Internet : <URL:<http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/402/popu/rep/rephealth1jun09-f.pdf>>.
- ¹⁶ Di Ruggiero, E., A. Rose et K. Gaudreau. « Canadian Institutes of Health Research Support for Population Health Intervention Research in Canada », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 100, n° 1 (2009), p. I15-I19.
- ¹⁷ Cameron, R., B. Riley, H.S. Campbell, S. Manske et K. Lamers-Bellio. « The Imperative of Strategic Alignment Across Organizations: The Experience of the Canadian Cancer Society's Centre for Behavioural Research and Program Evaluation », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 100, n° 1 (2009), p. I27-I30.
- ¹⁸ Di Ruggiero, E., A. Rose et K. Gaudreau. « Canadian Institutes of Health Research Support for Population Health Intervention Research in Canada », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 100, n° 1 (2009), p. I15-I19.
- ¹⁹ Sullivan, L. « Voici l'Initiative de recherche interventionnelle en santé des populations du Canada », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 100, n° 1 (2009), p. I5-I6.

- ²⁰ Agence de la santé publique du Canada. Stratégie de mesure du rendement de la Stratégie d'innovation, 2014.
- ²¹ Statistique Canada. *Coup d'œil sur la santé : Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au Canada*, 18 septembre 2013. Sur Internet : <URL:<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11855-fra.htm>>.
- ²² Gouvernement du Canada. *Le fardeau économique de la maladie au Canada (FEMC)*, 2015. Sur Internet : <URL:<http://ebic-femc.phac-aspc.gc.ca/custom-personnalise/resultats-national-resultats.php?lang=fra>>.
- ²³ Santé Canada. *Santé des Premières Nations et des Inuits : Santé mentale et bien-être*, 2015. Sur Internet : <URL:<http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/promotion/mental/index-fra.php>>.
- ²⁴ Gouvernement du Canada. *Message de la Ministre : Vie saine*, 20 décembre 2014. Sur Internet : <URL:<http://canadiensensante.gc.ca/video/healthy-living-vie-saine-fra.php>>.
- ²⁵ Agence de la santé publique du Canada. *Obésité au Canada*, 2011. Sur Internet : <URL:<http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvvs/oic-oac/assets/pdf/oic-oac-fra.pdf>>.
- ²⁶ Statistique Canada. *Coup d'œil sur la santé : Certains indicateurs de la santé des membres des Premières nations vivant hors réserve, des Métis et des Inuits*, 2015. Sur Internet : <URL:<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11763-fra.htm>>.
- ²⁷ Hajizadeh, M., M.K. Campbell et S. Sarma. « Socioeconomic inequalities in adult obesity risk in Canada: trends and decomposition analyses », *European Journal of Health Economics*, vol. 15, n° 2 (mars 2014), p. 203-221.
- ²⁸ Organisation de la santé mondiale. *Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé* (en anglais), 2015. Sur Internet : <URL:<http://www.who.int/sdhconference/en/>>.
- ²⁹ Agence de la santé publique du Canada. *Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé*, 2015. Sur Internet : <URL:<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/wshd-cmdss-fra.php>>.
- ³⁰ Organisation de la santé mondiale. *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé*, 2015. Sur Internet : <URL:http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_French.pdf?ua=1>.
- ³¹ Organisation de la santé mondiale. *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*, 2006. Sur Internet : <URL:http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf>.
- ³² Organisation de la santé mondiale. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* (en anglais), 2015. Sur Internet : <URL:<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>>.
- ³³ Gouvernement du Canada. *Loi sur le ministère de la Santé*, 1996. Sur Internet : <URL:<http://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/H-3.2.pdf>>.
- ³⁴ Gouvernement du Canada. *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada*, 2006. Sur Internet : <URL:<http://lois-laws.justice.gc.ca/PDF/P-29.5.pdf>>.
- ³⁵ Naylor, D. *Leçons de la crise du SRAS : Renouveau de la santé publique au Canada* (catalogue n° H21-220/2003F), 2003. Sur Internet : <URL:<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/naylor/index-fra.php>>.
- ³⁶ Lalonde, M. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : un document de travail* (catalogue n° H31-1374), 1974. Sur Internet : <URL:<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-fra.pdf>>.
- ³⁷ Instituts de recherche en santé du Canada. *À propos de nous*, 2015. Sur Internet : <URL:<http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/37792.html>>.
- ³⁸ Instituts de recherche en santé du Canada. *À propos des instituts*, 2015. Sur Internet : <URL:<http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/7155.html>>.
- ³⁹ Instituts de recherche en santé du Canada. *Institut de la santé publique et des populations*, 2015. Sur Internet : <URL:<http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/13777.html>>.

- ⁴⁰ Instituts de recherche en santé du Canada. *Voies de l'équité en santé pour les Autochtones*, 2015. Sur Internet : <URL:<http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/43630.html>>.
- ⁴¹ ASPC. *Comprendre la mise à l'échelle* (produit de connaissance de la Stratégie d'innovation).
- ⁴² Instituts de recherche en santé du Canada. *À propos de l'IRISPC*, 2015. Sur Internet : <URL:<http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/38732.html>>.
- ⁴³ Gouvernement de l'Australie. *National Health and Medical Research Council (NHMRC) Strategic Plan 2013-2015*, 2012. Sur Internet : <URL:https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/nh160_nhmrc_strat_plan_201315.pdf>
- ⁴⁴ Gouvernement de l'Australie. *Grants funded under the Centres of Clinical Research Excellence (CCRE) scheme*, 2015. Sur Internet : <URL:<http://www.nhmrc.gov.au/grants-funding/directory-previous-nhmrc-grants/grants-funded-under-centres-clinical-research-excelle>>.
- ⁴⁵ Gouvernement de l'Australie. *About the National Health and Medical Research Council NHMRC*, 2015. Sur Internet : <URL:<https://www.nhmrc.gov.au/about>>.
- ⁴⁶ Gouvernement du Royaume-Uni. *Public Health England*, 2015. Sur Internet : <URL:<https://www.gov.uk/government/organisations/public-health-england>>.
- ⁴⁷ Health and Social Care in Northern Ireland. *Public Health Agency*, 2015. Sur Internet : <URL:<http://www.publichealth.hscni.net/>>.
- ⁴⁸ National Health Service. *Public Health Wales: Priorities for Action*, 2015. Sur Internet : <URL:<http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/888/page/70468>>.
- ⁴⁹ National Health Service. *Health Scotland*, 2015. Sur Internet : <URL:<http://www.healthscotland.com/>>.
- ⁵⁰ National Institute for Health Research. *About NIHR*, 2015. Sur Internet : <URL:<http://www.nihr.ac.uk/about/>>.
- ⁵¹ National Institute for Health Research. *History of the NIHR*, 2015. Sur Internet : URL:<http://www.nihr.ac.uk/about/history-of-the-nihr.htm>>.
- ⁵² United Kingdom Clinical Research Collaboration. *About the United Kingdom Clinical Research Collaboration (UKCRC)*, 2015. Sur Internet : <URL:<http://www.ukcrc.org/about-the-ukcrc/>>.
- ⁵³ United Kingdom Clinical Research Collaboration. *Public Health Research*, 2015. Sur Internet : <URL:<http://www.ukcrc.org/research-coordination/joint-funding-initiatives/public-health-research/>>.
- ⁵⁴ United Kingdom Clinical Research Collaboration. *United Kingdom Clinical Research Collaboration (UKCRC) Partners*, 2015. Sur Internet : <URL:<http://www.ukcrc.org/about-the-ukcrc/ukcrc-partners/>>.
- ⁵⁵ (Centre for Development and Evaluation of Complex Interventions for Public Health (DECIPHer) : Development and Evaluation of Complex Interventions for Public Health Improvement. *About DECIPHer*, 2015. Sur Internet : <URL:<http://decipher.uk.net/about-decipher/>>.