



Public Health
Agency of Canada

Agence de la santé
publique du Canada

RAPPORT DE VÉRIFICATION

PROGRAMME DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE
DES MALADIES CHRONIQUES

Division des services de vérification

Novembre 2010

Approuvé par l'administrateur en chef de la santé publique
Le 12 janvier 2011

Canada 

Table des matières

Sommaire	3
Contexte	8
Au sujet de la vérification	10
Constatations et recommandations de la vérification	12
Gouvernance	12
Planification stratégique et opérationnelle	16
Mesure du rendement	22
Surveillance des maladies chroniques	23
Développement et échange des connaissances	30
Subventions et contributions (S et C)	33
Conclusion	36
Remerciements	37
Annexe A : Critères de vérification	38
Annexe B : Plan d'action de la direction	40
Annexe C : Systèmes de surveillance des maladies chroniques de l'ASPC	49
Annexe D : Liste des acronymes	51

Sommaire

1. L'objectif global de la vérification était d'évaluer la pertinence et l'efficacité du Cadre de contrôle de la gestion pour assurer l'exécution du Programme de prévention et de contrôle des maladies chroniques par le Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques (CPCMC ou le Centre), y compris la gestion des activités de surveillance et de développement, d'échange et de diffusion des connaissances, en collaboration avec d'autres partenaires ou intervenants d'exécution de programmes.
2. Nous avons examiné les principales activités du CPCMC à l'appui de la prévention, de la gestion et du contrôle des maladies chroniques, relativement aux divers grands volets du programme (p. ex, le cancer, les maladies cardiovasculaires, le diabète, les maladies respiratoires et les affections neurologiques). L'étendue de la vérification comprenait la gouvernance, la planification stratégique et opérationnelle, la mesure du rendement, les activités de surveillance ainsi que les activités de développement, d'échange et de diffusion des connaissances, et aussi sur la gestion des subventions et contributions. La vérification excluait: les programmes de promotion de la santé (notamment le Fonds pour la promotion des modes de vie sains), étant donné que ces programmes avaient fait l'objet d'une vérification interne en 2009-2010, et les activités de la Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie vu que cette division avait été transférée au CPCMC dans le courant de l'année.
3. En résumé, dans la vérification, nous avons jugé que le CPCMC devait améliorer ses processus internes relativement à la planification, à la gestion de projets et à la mesure du rendement dans le Cadre de contrôle de la gestion afin d'augmenter les probabilités d'atteindre les résultats de programme escomptés.

Gouvernance

4. Une structure de gouvernance visant à superviser l'exécution et l'amélioration de la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques (SIMVSMC ou la Stratégie intégrée) a été établie; des rôles et responsabilités ont été définis, mais certains problèmes ont été décelés dans la mise en œuvre de la structure de gouvernance. Jusqu'ici, la structure de la coordination de la SIMVSMC a porté essentiellement sur l'échange d'information avec des intervenants internes relativement aux divers volets du programme. Cette approche s'écarte d'une gestion de programme plus structurée portant sur l'établissement et le contrôle selon des plans détaillés de mise en œuvre de programme.

5. Dans le cadre de l'élaboration d'un plan de gestion axé sur les risques de la SIMVSMC, le Comité exécutif de la Direction générale s'est engagé à améliorer et à mettre en œuvre la gouvernance du Programme de modes de vie sains et de maladies chroniques.

Planification stratégique et opérationnelle

6. À partir de la SIMVSMC, des stratégies ont été définies sous forme de concept, et des objectifs généraux ont été établis pour chacune des maladies importantes du programme de base du Centre, ainsi que pour d'autres maladies importantes plus récentes (p. ex., les maladies respiratoires et les affections neurologiques).
7. Le Centre a récemment publié des orientations et des priorités stratégiques à jour; toutefois, il n'a pas encore élaboré un plan stratégique détaillé; et les priorités et les risques associés aux diverses initiatives stratégiques du Centre n'ont pas encore été clairement définis.
8. En outre, des plans de mise en œuvre détaillés des volets fonctionnels et des volets de programme de la SIMVSMC doivent être élaborés pour orienter les activités fonctionnelles et de programme. Des processus efficaces visant à suivre les progrès réalisés par rapport aux activités de programme prévues et dans les limites des ressources établies doivent également être élaborés.
9. La direction du Centre s'efforçait d'effectuer une évaluation des priorités et des programmes du Centre financés dans le cadre de la SIMVSMC et de recenser les risques et les possibilités dans le contexte des objectifs et des contraintes courantes et émergentes de la Direction générale. Cette initiative jettera probablement la base à partir de laquelle la direction du Centre peut élaborer un plan stratégique détaillé du Centre.

Mesure du rendement

10. Des mesures et rapports de rendement clairs sont essentiels pour assurer une gestion saine et pour répondre aux attentes en matière de responsabilisation et de transparence. Le Centre n'a pas encore élaboré ou mis en œuvre un système solide de mesure du rendement pour appuyer le processus décisionnel et la responsabilisation de la direction, même si nous croyons comprendre que des cadres de mesure du rendement seront, selon les prévisions, terminés pendant l'exercice courant et mis en œuvre en 2011-2012.

Activités de surveillance et activités de développement et d'échange des connaissances

11. Les activités de surveillance des maladies chroniques sont en harmonie avec les priorités et les objectifs généraux du programme, et le Centre a déjà un processus pour s'assurer que l'information recueillie est pertinente, fiable et opportune pour le processus décisionnel. Le Centre a également analysé et diffusé des données pour appuyer les politiques et programmes liés aux maladies chroniques. Toutefois, nous avons relevé des domaines qu'il y a lieu d'améliorer relativement à la planification, à la mesure du rendement et à l'opportunité des rapports.
12. Une structure de gouvernance a été établie pour le Système national de surveillance des maladies chroniques (SNSMC) afin de donner l'orientation, les conseils et le soutien nécessaires à la Division de la surveillance des maladies chroniques. Le Centre a également conclu des ententes en matière d'échange de données avec l'ensemble des provinces et des territoires et un certain nombre d'autres fournisseurs de données. Le Système national de surveillance du diabète (SNSD) a été intégré au SNSMC afin d'offrir une approche intégrée de la surveillance d'autres maladies chroniques. Toutefois, il reste encore des lacunes, dont certaines sont actuellement prises en charge.
13. De nouvelles orientations et priorités stratégiques pour les trois prochaines années ont été présentées en novembre 2010 par la direction du Centre. Ces priorités n'ont pas encore été traduites en un plan opérationnel qui décrit comme il faut la façon dont elles seront abordées relativement à d'autres activités de surveillance et qui établit clairement la nature des attentes, leur calendrier et les ressources qui seront nécessaires.
14. Tout retard dans la diffusion des données de surveillance doit être corrigé. Des indicateurs de rendement ont été définis pour le volet fonctionnel de la surveillance, mais les dates cibles et les indicateurs clés n'ont pas encore été déterminés. Le plan consiste à recueillir au cours de la prochaine année des données de rendement de référence.
15. Des orientations et des priorités stratégiques concernant le développement et l'échange des connaissances (DEC) ont été définies. La direction du programme travaillait à l'élaboration d'une approche et d'un plan stratégiques, axés sur la mise en œuvre d'interventions efficaces, visant à respecter ses orientations stratégiques.

Subventions et contributions

16. Même si nous avons noté des améliorations dans le processus d'approbation de projet depuis notre dernière vérification interne sur les subventions et contributions (S et C) effectuée en 2009, l'opportunité du cycle de sollicitation de subventions et la durée du processus d'approbation demeurent des sujets de préoccupation. Par exemple, pour les dossiers examinés, il fallait environ six mois pour l'examen du projet et le processus d'approbation, ce qui ajoutait au fardeau administratif. De plus, le Centre n'a pas encore établi un processus efficace pour échanger les résultats et les leçons apprises (pratiques exemplaires) issus de ses programmes communautaires avec les volets fonctionnels ou de programmes pertinents afin de mieux éclairer les décisions prises en matière de programme et de renforcer la responsabilisation.

Conclusion

17. Nous avons conclu que, même si des progrès ont été faits dans le domaine de la surveillance et des subventions et contributions relativement au Programme de prévention et de contrôle des maladies chroniques, la direction doit continuer ses efforts pour :

- Établir un plan stratégique intégré pour l'ensemble du programme et des plans opérationnels à l'appui par domaine clé (p. ex., surveillance, activités de développement et d'échange des connaissances) et mettre en œuvre un système de mesure du rendement qui appuiera mieux le processus décisionnel de la direction et la présentation de rapports sur les résultats.
- Établir une approche plus structurée de la gestion des programmes et des projets pour s'assurer que les activités d'exécution des programmes sont planifiées, dotées en ressources, contrôlées et font l'objet de rapports de manière appropriée.
- Examiner les échéanciers du cycle de sollicitation des S et C afin de favoriser des approbations en temps opportun de projets et établir un processus efficace pour échanger l'information et les leçons apprises sur les résultats des projets.

18. La planification efficace, la gestion de projets et le contrôle des résultats sont des atouts essentiels pour atteindre l'objectif du Programme de prévention et de contrôle des maladies chroniques, à savoir réduire le fardeau des maladies chroniques au Canada.

Déclaration de certification

19. En tant que dirigeant principal de la vérification par intérim, selon mon avis professionnel, des procédés de vérification suffisants et appropriés ont été mis en œuvre, et des éléments probants ont été recueillis pour étayer l'exactitude de la conclusion de la vérification et de l'opinion contenue dans le présent rapport. La conclusion de la vérification se fonde sur une comparaison des conditions, telles qu'elles étaient à ce moment-là, par rapport aux critères de vérification préétablis (voir annexe A) dans la portée décrite dans les présentes.

Daniel Surprenant, B. Comm., CA Dirigeant principal de la vérification par intérim

Réponse de la direction

20. La direction de l'Agence accepte nos constatations et nos recommandations. L'annexe B présente un plan d'action de la direction.

Contexte

21. L'un des rôles clés de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC ou Agence) consiste à prévenir et à contrôler des maladies chroniques et des blessures. Depuis 2005, l'Agence met en œuvre la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques (SIMVSMC ou Stratégie intégrée), qui représente une série d'initiatives axées sur la promotion de la santé et la prévention des maladies. La SIMVSMC a été lancée en octobre 2005 avec une allocation de 300 millions de dollars sur cinq ans et de 74,4 millions de dollars par année par la suite. La Stratégie intégrée représente une nouvelle façon de collaborer avec des partenaires divers. Grâce à une meilleure participation, la Stratégie vise à accroître la capacité des individus et des communautés ainsi que celle des organisations et des fournisseurs de services. On s'attend à ce qu'une plus grande capacité d'intervenir à divers niveaux contribue au renforcement des politiques publiques et mène à des systèmes de santé plus intégrés et efficaces s'appuyant davantage sur des données probantes. Les trois piliers interdépendants de la SIMVSMC sont les suivants :

- promotion de la santé pour combattre les facteurs menant à une mauvaise alimentation, à l'inactivité physique et à l'excès de poids;
- prévention des maladies chroniques par des mesures ciblées et intégrées pour agir sur les principales maladies chroniques et leurs facteurs de risque;
- soutien du dépistage précoce et de la prise en charge des maladies chroniques.

22. En ce qui concerne la prévention et le contrôle des maladies chroniques, l'Agence a déployé des efforts dans un environnement où le fardeau des maladies chroniques est considérable et augmente sans cesse. Selon les renseignements fournis par les gestionnaires de programme, les données de recherche montrent que les maladies chroniques diminuent la qualité de vie des Canadiens et leur capacité de profiter d'une vie longue et productive; toutefois, des interventions en santé publique peuvent réduire efficacement les taux de maladies chroniques.

23. Pour appuyer efficacement la réponse à ces problèmes, l'Agence continue de miser sur le renforcement de ses capacités pour :

- comprendre les tendances des maladies chroniques et leurs déterminants;
- constituer et mettre en application une « base de données probantes » sur les maladies chroniques;

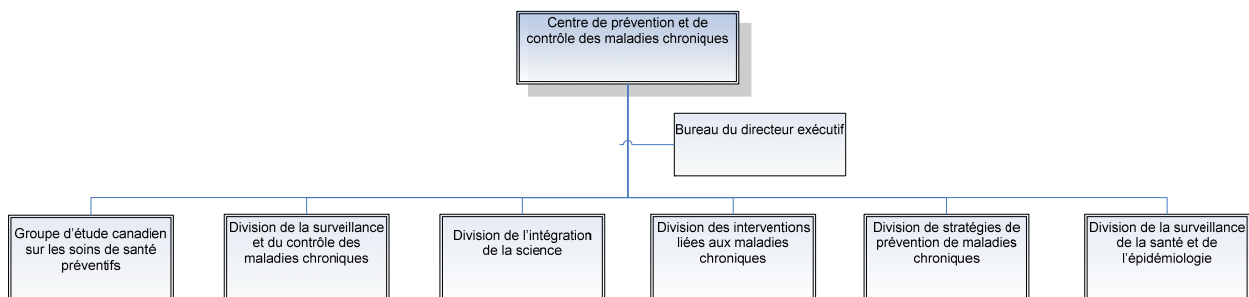
- mettre en pratique des interventions contre les maladies chroniques;
- surveiller le rendement et en faire rapport.

24. Le Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques (CPCMC ou Centre) de l'Agence assure un leadership stratégique dans l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies intégrées et propres à certaines maladies pour la prévention et la prise en charge des maladies chroniques. Le Centre travaille avec des intervenants compétents au niveau national et international pour assurer l'élaboration et l'exécution d'une approche intégrée de la prévention et de la prise en charge des maladies chroniques. Le Centre déploie particulièrement ses efforts dans les domaines suivants :

- **Surveillance** – Appuyer l'élaboration de systèmes intégrés de surveillance qui éclairent les politiques sur les maladies chroniques.
- **Développement, échange et diffusion des connaissances** – Créer et diffuser les données probantes fondées sur les pratiques exemplaires, les guides de pratiques cliniques et les leçons apprises afin d'appuyer les politiques et les programmes sur les maladies chroniques.
- **Science** – Synthétiser et diffuser les conclusions scientifiques, modeler les répercussions des changements apportés aux politiques sur les facteurs de risque et l'incidence et faire la preuve des répercussions économiques des interventions.
- **Élaboration de politiques et de programmes** – Appuyer des politiques et des programmes propres à certaines maladies afin d'élaborer une approche globale de la prévention et de la prise en charge des maladies chroniques.

Structure organisationnelle

25. Au mois de septembre 2010, les postes du CPCMC comptaient pour environ 232 ETP. À la suite d'une restructuration effectuée en 2010, le Centre a adopté la structure suivante.



Information financière

26. Pour l'année 2009-2010, le CPCMC représentait environ 83 % des dépenses du Programme de prévention et de contrôle des maladies chroniques. Outre le CPCMC, d'autres groupes de l'Agence appuient ces activités du Programme. Les principaux participants à ces activités, en dehors du CPCMC, sont notamment la haute direction de l'Agence, le Bureau de la pratique en santé publique, le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses et les Opérations régionales.
27. Comme il est énoncé dans les rapports ministériels sur le rendement, au cours des deux derniers exercices, les dépenses totales du Programme de prévention et de contrôle des maladies chroniques s'établissaient à 101 millions de dollars comparativement à un budget total de 129 millions de dollars. La direction explique cette sous-utilisation de 28 millions de dollars au cours des deux dernières années comme suit :
- Le transfert des autorisations budgétaires à d'autres activités de programme à l'ASPC (17 millions de dollars).
 - Des retards touchant le parachèvement ou la mise en œuvre d'ententes de collaboration relativement aux données sur la surveillance, ainsi que des retards touchant la dotation en personnel et le processus de demande et d'approbation des paiements de transfert (11 millions de dollars).

Au sujet de la vérification

Objectifs

28. Les objectifs de la vérification étaient :
- Évaluer la pertinence et l'efficacité du Cadre de contrôle de la gestion en ce qui concerne l'exécution des programmes de lutte contre les maladies chroniques.
 - Évaluer l'efficacité de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC ou l'Agence) en ce qui concerne la gestion des activités de surveillance, la gestion des activités de développement, d'échange et de diffusion des connaissances en collaboration avec d'autres partenaires et intervenants dans l'exécution de programmes de lutte contre les maladies chroniques.
 - Repérer les possibilités d'amélioration.

Portée

29. La vérification portait sur un examen des principales activités du CPCMC à l'appui de la prévention, de la gestion et du contrôle des maladies chroniques. Plus précisément, la vérification comprenait les éléments énumérés ci-dessous, relativement aux divers secteurs de programmes d'envergure (le cancer, les maladies cardiovasculaires, le diabète, les maladies respiratoires et les affections neurologiques) :
- la gouvernance;
 - la planification stratégique, y compris les relations avec les partenaires et les communications avec les intervenants;
 - la planification et la gestion opérationnelles;
 - la mesure du rendement;
 - la surveillance;
 - le développement, l'échange et la diffusion des connaissances (DEC);
 - les subventions et contributions (S et C).
30. La vérification touchait les activités des deux derniers exercices, mais elle a également couvert des activités entreprises depuis la mise en œuvre de la SIMVSMC. Nous avons également analysé les opérations régionales relativement à l'administration des S et C en ce qui concerne le programme du diabète.
31. La vérification excluait: les programmes de promotion de la santé (notamment le Fonds pour la promotion des modes de vie sains), vu que ces programmes avaient fait l'objet d'une vérification interne en 2009-2010; et les activités de la Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie, étant donné que cette division a été transférée au CPCMC dans le courant de l'année.

Approche et méthodologie

32. La vérification a été effectuée conformément à la Politique sur la vérification interne du Conseil du Trésor (CT) et aux *Normes internationales pour la pratique professionnelle de la vérification interne de l'Institut des vérificateurs internes (IVI)*, sauf qu'aucune évaluation externe n'a été effectuée pour démontrer que la fonction de vérification interne de l'ASPC respectait les Normes et le Code d'éthique de l'IVI. Cette vérification a été effectuée conformément au Plan de vérification axée sur le risque de 2010-2011 et a été menée de juillet à novembre 2010.
33. La vérification incluait une évaluation des processus, procédures et pratiques de gestion relativement à l'administration des programmes de prévention, de

gestion et de contrôle des maladies chroniques. Nous avons examiné le statut des mesures pertinentes prises par la direction concernant les observations liées à la surveillance des maladies chroniques faites dans la vérification de suivi du Bureau du vérificateur général du Canada (BVG) en 2002, qui était fondée sur les recommandations formulées au chapitre 14 de son rapport de 1999 intitulé *La surveillance de la santé nationale : Les maladies et les blessures*. Nous avons également examiné les mesures prises jusqu'ici par la direction relativement aux évaluations pertinentes effectuées sur certaines composantes de la Stratégie intégrée. L'équipe de vérification a procédé à des entrevues auprès des principaux fonctionnaires de l'ASPC, elle a examiné les documents et processus importants et a effectué des visites sur le terrain à l'administration centrale de l'ASPC ainsi que dans deux bureaux régionaux.

34. Les critères de vérification provenaient du *Cadre des contrôles de gestion fondamentaux et des Critères de vérification* préparés par le Bureau du contrôleur général (voir annexe A).

Constatations et recommandations de la vérification

Gouvernance

35. L'ASPC a un seul résultat stratégique : Des Canadiens en meilleure santé, une réduction des disparités en matière de santé et un renforcement des capacités en santé publique.
36. Pour appuyer ce résultat, le Programme de prévention et de contrôle des maladies chroniques représente l'un des principaux domaines. En collaboration avec les administrations et intervenants régionaux, provinciaux, territoriaux, nationaux et internationaux (y compris des organisations non gouvernementales), le Programme fournit des services nationaux d'évaluation et de surveillance de la santé de la population axés sur les maladies chroniques. De plus, il assure et soutient l'exercice d'un leadership et la diffusion d'un savoir-faire touchant l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies pancanadiennes de prévention, de contrôle et de prise en charge des maladies chroniques.
37. Par ce programme, l'Agence fournira aux praticiens en santé publique des données, des analyses, des outils Web et des conseils techniques qui soutiennent les politiques, les programmes et les interventions de santé publique visant à prévenir les maladies chroniques. On s'attend également à ce que les décideurs, les responsables de politiques et les praticiens en santé publique soient mieux informés des solutions éprouvées qui s'offrent au regard des politiques et programmes de prévention susceptibles de contribuer à l'allègement du fardeau que font peser les maladies chroniques au Canada

38. La SIMVSMC procure une plateforme d'exécution par rapport à ces attentes. Elle comprend des plateformes intégrées et des stratégies portant sur certaines maladies, dont le diabète, le cancer et les maladies cardiovasculaires. Elle est composée des 14 volets de programme et des 6 volets fonctionnels suivants.

Les volets de programme de la SIMVSMC sont les suivants :

- Coordination, surveillance et évaluation
- Fonds pour la promotion des modes de vie sains (FPMVS)
- Réseau intersectoriel de promotion des modes de vie sains
- Marketing social en matière des modes de vie sains
- Développement et échange des connaissances en matière de modes de vie sains
- Consortium pour la santé en milieu scolaire
- Santé mentale
- Observatoire des pratiques exemplaires
- Projets pilotes pour la prévention intégrée des maladies chroniques
- Collaboration internationale
- Surveillance accrue des maladies chroniques
- Renouvellement de la Stratégie canadienne sur le diabète (destinée aux populations non autochtones)
- Stratégie canadienne de lutte contre le cancer
- Maladies cardiovasculaires.

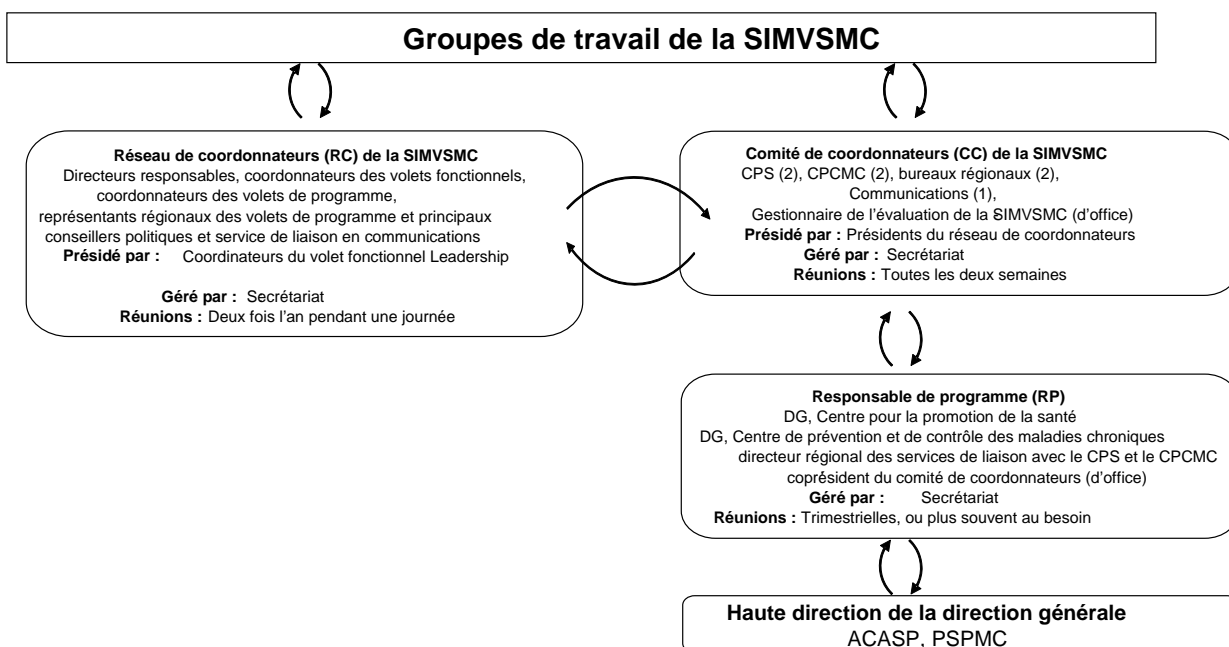
Les volets fonctionnels de la SIMVSMC sont les suivants :

- Surveillance
- Développement, échange et diffusion des connaissances (DEDC)
- Programmes communautaires
- Information publique
- Leadership, coordination et élaboration de politiques stratégiques
- Suivi et évaluation.

39. Les principales activités professionnelles qu'englobe la SIMVSMC sont menées à l'ASPC conjointement par le CPCMC, le Centre pour la promotion de la santé (CPS) et la Direction générale des communications, qui sont situés à l'administration centrale de l'ASPC et dans les bureaux régionaux de l'Agence.

40. **Structure de gouvernance de la SIMVSMC.** Pour répondre aux engagements liés aux programmes en ce qui concerne la SIMVSMC et à d'autres programmes de lutte contre les maladies chroniques (p. ex., les maladies respiratoires et les affections neurologiques), nous nous attendions à ce que le Centre ait mis en place des structures de gouvernance clairement définies pour en assurer l'exécution par rapport à des objectifs de programme.

41. Nous avons constaté qu'une structure de gouvernance pour surveiller l'exécution et l'amélioration de la SIMVSMC avait été établie, que des rôles et responsabilités avaient été définis, mais que des problèmes étaient survenus dans la mise en œuvre de la structure de gouvernance.
42. Une structure organisationnelle matricielle a été utilisée pour coordonner la mise en œuvre de la SIMVSMC par les groupes fonctionnels suivants de l'Agence :
- le CPCMC;
 - le CPS;
 - la Direction générale des communications;
 - les bureaux régionaux de l'Agence.
43. Cette structure organisationnelle matricielle a évolué au cours des deux premières années de la mise en œuvre de la SIMVSMC. En 2007, l'Agence a établi la structure suivante pour orienter, intégrer et surveiller les activités des volets de programme et des volets fonctionnels.



44. L'adoption de cette structure a été appuyée par la définition des rôles et responsabilités et l'établissement de la fréquence des réunions prévues pour chacun des groupes de gouvernance, notamment le responsable du Programme, le Comité de coordonnateurs de la SIMVSMC et le Réseau de coordonnateurs de la SIMVSMC. De plus, la structure de gouvernance comprenait la désignation d'un directeur responsable des volets de programme et des volets fonctionnels, d'un coordonnateur des volets de programme et des

volets fonctionnels et d'un représentant régional pour chacun des volets de programme et de volets fonctionnels de la SIMVSMC.

45. En dépit de ces efforts, le deuxième examen sur la mise en œuvre de la SIMVSMC a révélé que : « malgré les progrès accomplis en ce qui concerne la réalisation des activités, les employés ne sont pas tous convaincus que les structures de coordination et les outils connexes ont réellement permis d'améliorer la coordination. » Il révèle que « la matrice est loin d'être pleinement opérationnalisée et demeure pour bon nombre d'employés une construction quelque peu théorique ». Cet examen a montré que la mise en pratique des rôles et responsabilités en matière de gouvernance n'était pas cohérente et que les outils servant à la communication et à l'échange de l'information n'étaient pas utilisés de manière efficace.
46. Nous avons trouvé que les problèmes susmentionnés continuent d'exister. Jusqu'ici, les structures de coordination de la SIMVSMC portent sur l'échange d'information (p. ex., réalisations, secteurs importants de demain, etc.) avec les intervenants internes relativement à divers domaines de programme. Cette approche varie d'une approche plus structurée de la gestion des programmes, centrée non seulement sur l'échange d'information, mais aussi sur l'établissement et le contrôle par rapport à des plans détaillés de mise en œuvre de programme.
47. En 2010, le CPCMC a amorcé une réorganisation. Celle-ci influe sur les divers rôles et responsabilités définis dans la structure de coordination de la SIMVSMC; toutefois, ces répercussions n'ont pas encore été pleinement évaluées ou abordées.
48. Dans le cadre de l'élaboration d'un plan de gestion axé sur les risques pour la SIMVSMC, le Comité exécutif de la Direction générale s'est engagé à améliorer et à mettre en place une gouvernance du Programme de modes de vie sains et de maladies chroniques. Pour accomplir cette tâche, on a créé un groupe de travail de la haute direction, qui est présidé par le directeur général du Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques.

Recommandation

49. La sous-ministre adjointe déléguée (SMAD), Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, devrait s'assurer que les améliorations que l'on se propose d'apporter à la gouvernance de programme permettent une approche plus structurée à l'égard de la gestion de programme, et ce, en vue d'une structure de gouvernance plus efficace.

Planification stratégique et opérationnelle

50. **Planification stratégique.** Depuis le lancement de la SIMVSMC, sa mise en œuvre a été influencée par l'adoption d'un certain nombre d'initiatives clés en matière de santé, notamment :

- En octobre 2006, le ministre de la Santé a annoncé un examen des politiques sur le diabète. Cet examen incluait le renouvellement de la stratégie canadienne sur le diabète (dans le cadre de la SIMVSMC) et s'est terminé en 2008.
- En octobre 2006, le ministre de la Santé a annoncé des allocations budgétaires, par le truchement de l'Agence, pour élaborer une stratégie pancanadienne en santé cardiovasculaire visant à réduire le fardeau croissant de la maladie cardiovasculaire au Canada ainsi que les pertes qui s'y rattachent. La Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire et le plan d'action (SCSC-PA) ont été lancés en février 2009.
- En novembre 2006, le premier ministre a annoncé l'établissement du Partenariat canadien contre le cancer (PCCC). Cette nouvelle société sans but lucratif avait pour objectif de mettre en œuvre la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer. Le budget de 2006 prévoyait de nouveaux investissements de 52 millions de dollars par année dans le PCCC.

51. De plus, à compter de l'année 2009-2010, l'Agence a commencé à recevoir des fonds, tirés d'une affectation budgétaire de 23,6 millions de dollars sur quatre ans, pour des interventions immédiates et ciblées de lutte contre les maladies pulmonaires et les affections neurologiques. Bien que ces initiatives ne soient pas jugées faire partie de la SIMVSMC, elles sont en harmonie avec l'approche fondamentale de celle-ci et sont gérées par le CPCMC au nom de l'Agence.

52. Nous nous attendions à ce que le CPCMC ait clairement défini et diffusé ses orientations et objectifs stratégiques et à ce que ceux-ci aient été harmonisés avec son mandat. Nous nous attendions également à ce que le CPCMC ait mis en place un processus permettant de prendre des décisions rationnelles fondées sur des données probantes pour établir des priorités et/ou des champs d'action en tenant compte des priorités du gouvernement, des risques relevés et des besoins des clients et des intervenants.

53. Un plan stratégique est important en ce sens qu'il permet d'expliquer clairement la façon dont une organisation ou un programme doit atteindre un ou plusieurs objectifs stratégiques. Habituellement, ce plan définit des objectifs à long terme et précise les stratégies particulières et les objectifs de programme qui doivent être poursuivis. Les domaines de risque sont analysés et des stratégies

particulières visant à surmonter ces risques sont adoptées. Le processus de planification stratégique est habituellement itératif et trace une ligne claire entre la situation actuelle et une vision de l'avenir. Lorsqu'on repense le plan stratégique afin d'étudier les réalisations par rapport aux objectifs consignés dans les documents, on établit une boucle de rétroaction qui peut influencer la planification et les prises de décision à l'avenir.

54. Le Centre n'a pas encore élaboré un plan stratégique détaillé et n'a pas encore clairement défini les priorités et les risques associés à ses diverses initiatives stratégiques.
55. **Définition de la stratégie en matière de maladies chroniques.** Au cours de cette vérification, nous avons examiné divers documents décrivant le fondement stratégique des principales fonctions du Centre (surveillance; développement, échange et diffusion des connaissances, etc.) et des programmes (diabète, cancer, maladies cardiovasculaires, etc.). D'après cet examen, nous avons noté que des stratégies ont été définies sous forme de concept et que des objectifs généraux ont été établis pour chacun des domaines importants du Centre issus de la SIMVSMC, ainsi que pour les domaines des maladies respiratoires et des affections neurologiques.
56. De plus, par voie d'outils de rapports, tels que le Tableau de progression du Rapport sur les plans et priorités (RPP), il est évident que ce fondement stratégique appuie le mandat plus large de l'Agence et est en harmonie avec lui.
57. **Harmonisation et priorité des initiatives stratégiques en matière de maladies chroniques.** Le cadre stratégique de la Direction générale, terminé en mars 2010, comprend des orientations, des priorités stratégiques ainsi que des initiatives clés auxquelles le Centre contribue de façon importante. En examinant les activités, initiatives, projets de travail du Centre, tels qu'ils sont présentés dans divers outils de gestion (p. ex., Plan opérationnel intégré et Tableau de progression du Rapport sur les plans et priorités), il est évident qu'il y a une certaine harmonie entre les initiatives suivies dans ces outils et le cadre stratégique de la Direction générale. Cependant, les initiatives ou les activités du Centre jugées essentielles à l'appui des objectifs stratégiques et de programme de la SIMVSMC sont moins évidentes. Nous avons également noté que le Centre n'a pas encore adopté de processus officiel pour déterminer les risques associés à la réalisation des initiatives clés et élaborer des stratégies de surveillance et d'atténuation de ces risques.
58. La direction du Centre a récemment mis en œuvre (avril 2010) une restructuration des fonctions, et elle a également terminé (novembre 2010) un document mettant en évidence les orientations stratégiques et les domaines prioritaires pour le Centre pour les trois prochaines années. Simultanément, une évaluation est en cours afin d'examiner les priorités et les programmes, notamment ceux qui sont financés dans le cadre de la SIMVSMC, et afin de

déterminer les risques et les possibilités dans le contexte des objectifs et des contraintes courants et émergents de la Direction générale. Cet examen courant devrait permettre : de trouver des marges de manœuvre pour investir dans les priorités de la Direction générale, de confirmer toute demande d'allocation budgétaire de la SIMVSMC et d'envisager des réinvestissements à partir d'autres programmes de la Direction générale. La date d'échéance du 30 novembre 2010 prévue initialement a été repoussée au début de 2011.

59. La réalisation de ces initiatives devrait fournir la base sur laquelle la direction du Centre pourra élaborer un plan stratégique détaillé pour le Centre.

60. Surveillance des programmes et présentation de rapports. L'Agence a effectué plusieurs examens et évaluations des programmes de la SIMVSMC afin de vérifier les progrès réalisés par rapport à l'atteinte des objectifs de programme. Ce sont notamment :

- Deux examens effectués en 2007 et en 2008 pour étudier les progrès réalisés au début de la mise en œuvre.
- Quatre évaluations des volets de programme terminés en 2009, notamment :
 - le volet fonctionnel de la surveillance;
 - le volet fonctionnel des programmes communautaires axés sur le diabète;
 - le volet fonctionnel du développement, de l'échange et de la diffusion des connaissances;
 - le volet de programme du Fonds pour la promotion des modes de vie sains.

61. Le Centre avait également pris l'engagement de présenter au Cabinet un rapport dans un délai de quatre ans (à partir du lancement de 2005) sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la SIMVSMC ainsi que d'effectuer une évaluation des résultats. Cette évaluation est maintenant prévue pour 2013.

Relations et communication avec les partenaires stratégiques

62. La SIMVSMC a mis en évidence l'importance pour l'Agence de travailler avec divers partenaires afin de mettre à profit et d'organiser les ressources des partenaires multiples pour pouvoir honorer les engagements de programme. Cet engagement est mentionné dans la SIMVSMC : [Traduction] « *Si l'on veut atteindre les autres résultats souhaités de la stratégie, il est d'une importance capitale d'obtenir, au bon moment, la participation des intervenants internes et externes faisant preuve d'une grande détermination.* »

63. Pour atteindre cet objectif, le Centre doit trouver un juste équilibre entre, d'une part, les exigences imposées à l'interne, par exemple, les relations de travail et le rôle de l'Agence tel qu'il est défini dans le PCCC et, d'autre part, les secteurs où l'Agence a une plus grande influence sur la nature et la portée de ses

partenariats stratégiques (p. ex., partenariats conclus pour appuyer la surveillance et le développement des connaissances).

64. Dans chacune des maladies chroniques faisant l'objet d'une intervention d'envergure (p. ex., le diabète, le cancer, etc.), tout porte à croire que le Centre a essayé de définir et de constituer des listes d'intervenants clés. Toutefois, dans le cadre d'une vision stratégique plus large, le Centre n'a pas défini de façon suffisamment détaillée les groupes d'intervenants dont il doit à tout prix obtenir l'engagement, la façon dont cet engagement se fera et à quelle fin. Le dernier document portant sur les orientations stratégiques du Centre (novembre 2010) présente les partenariats stratégiques comme un important facteur de réussite. Pour tirer profit des efforts qu'il déploie afin d'élaborer et de maintenir des partenariats fructueux avec les intervenants, le Centre devrait aborder les questions suivantes dans le cadre d'un plan stratégique intégré: Quels genres de partenariats faut-il établir? Comment obtenir l'engagement des partenaires, comment conclure des partenariats et comment communiquer avec les partenaires sur une base continue? Et également à quel moment devrait-on conclure des partenariats stratégiques?
65. **Planification opérationnelle.** L'organisation devrait avoir des plans et des objectifs pour appuyer la réalisation de ses objectifs stratégiques et avoir également des procédés et des pratiques pour s'assurer que les initiatives de changement sont mises en œuvre convenablement.
66. Nous avons noté que le Centre n'avait pas encore élaboré de façon uniforme des plans de mise en œuvre détaillés pour les volets fonctionnels ou de programme de la SIMVSMC; qu'il n'avait pas non plus élaboré de procédés efficaces pour surveiller les progrès accomplis afin de s'assurer que les activités de programme prévues sont effectuées dans les délais fixés et selon les niveaux de ressources établis. Par conséquent, il est difficile de déterminer si les progrès indiqués pour les divers volets répondent aux attentes de la direction ou aux engagements de programme.
67. La structure organisationnelle matricielle avait pour objet de mettre en œuvre la SIMVSMC de manière telle que la coordination et la responsabilisation soient assurées dans deux directions : tant dans l'ensemble des 14 volets de programme (p. ex., le programme de lutte contre le cancer) que dans l'ensemble des six fonctions essentielles en santé publique qui sont communes aux volets de programme (p. ex., la surveillance).
68. Les attentes de la direction de l'Agence en ce qui concerne la planification opérationnelle et la surveillance dans un cadre de gestion matricielle ne sont pas claires. Sur ce point, l'examen de la mise en œuvre de 2008 de la SIMVSMC révèle la nécessité d'élaborer « un plan intégré visant à établir l'orientation à suivre à un niveau très détaillé ».

69. En lieu et place de plans de mise en œuvre détaillés, le Centre utilise actuellement divers outils pour diffuser ses activités et ses initiatives et pour surveiller les progrès réalisés par rapport à ces activités, notamment :

- Les grilles du Plan opérationnel intégré (POI) résument le rendement prévu et réel selon les catégories de l'architecture des activités du programme et les unités organisationnelles fonctionnelles.
- Le Tableau de progression du RPP, un outil utilisé par la Direction générale pour indiquer les progrès des activités visant à appuyer le Rapport sur les plans et les priorités établi pour toute l'Agence.
- Les résumés des programmes de la SIMVSMC, préparés pour appuyer la séance de travail annuelle du Réseau de coordonnateurs de la SIMVSMC. Ces résumés, produits en 2007, 2008 et 2009, soulignent les réalisations et résument les activités prévues pour chacun des secteurs de programme de la SIMVSMC.
- La base de données sur la planification de travail du CPCMC, une base de données Lotus Notes élaborée à l'interne visant à donner aux utilisateurs un outil leur permettant de définir et de surveiller les projets.

70. Relativement aux outils actuellement utilisés pour planifier, gérer et surveiller les activités de programme, nous avons noté certaines lacunes :

- Le POI n'est pas utilisé de manière significative par la direction du Centre pour orienter les activités de programme ou évaluer/surveiller les progrès accomplis. La structure actuelle du POI n'appuie pas de manière intuitive la planification, la surveillance ou le rapport du rendement des programmes de la SIMVSMC et les progrès des principales initiatives.
- Le Centre s'est engagé à consigner les résultats trimestriels en utilisant le Tableau de progression du RPP. À la suite d'un examen des mises à jour du Tableau de progression du RPP, nous avons constaté que :
 - Le Tableau de progression n'est pas mis à jour de manière constante (il y avait trois mises à jour trimestrielles produites pour l'année 2009-2010, mais aucune mise à jour trimestrielle n'était disponible pour l'année 2010-2011).
 - Le Tableau de progression n'inclut pas l'information sur les données de base ni les dates cibles de référence permettant de déterminer si les résultats atteints indiqués répondent aux attentes.

71. **Outils et processus de planification opérationnelle et de projet.** Le Centre a commencé la mise en œuvre d'une méthode de planification opérationnelle et d'un outil de soutien connexe, mais cette capacité n'est pas encore mise en œuvre de façon intégrale ou uniforme dans l'ensemble du Centre.

72. Le CPCMC a constitué une base de données Lotus Note sur la planification de travail, qui a pour objet de fournir aux utilisateurs un outil leur permettant de

définir l'information sur des projets précis, notamment de l'information sur des aperçus de projet, les responsabilisations liées aux projets, les activités de projets clés ainsi que les délais et le sommaire de l'information financière. Depuis 2010, la disponibilité et l'utilisation de cet outil sont communiquées à toutes les divisions du CPCMC, dans l'espoir que celles-ci l'utilisent pour planifier et documenter les activités de projet. Selon notre examen de la base de données sur la planification de travail et son contenu, nous avons constaté que celle-ci n'a pas encore été adoptée de manière uniforme par l'ensemble des divisions du Centre pour documenter et surveiller les détails des projets. Étant donné que cette base de données est relativement récente, peu de progrès ont été faits jusqu'ici pour établir des exigences visant à normaliser la documentation des projets. Le Centre n'a pas non plus engagé les ressources nécessaires pour veiller à la conformité afin de s'assurer que ses activités sont saisies de façon appropriée dans la base de données afin d'appuyer la surveillance des projets et les rapports.

73. L'adoption de cette base de données est une étape positive vers une approche plus structurée en gestion de projet. La direction du Centre doit chercher à évaluer dans quelle mesure la base de données appuie ses besoins et déterminer les tâches et les ressources nécessaires pour une mise en œuvre intégrale et uniforme.

Recommandations

74. Le directeur général du Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques devrait :
- Terminer l'élaboration d'un plan stratégique détaillé afin d'expliquer clairement comment les objectifs stratégiques et le programme du Centre seront atteints en fait d'activités et d'initiatives menées par le Centre. Ce plan stratégique doit également indiquer les principaux risques liés à la mise en œuvre et les plans d'atténuation de ces risques.
 - Lancer un processus de gestion visant à passer en revue périodiquement ce plan stratégique afin d'analyser les réalisations en fonction des objectifs établis et de déterminer les améliorations nécessaires pour les futures planifications et prises de décisions.
 - Mettre en œuvre une approche structurée en gestion de programmes et de projets pour s'assurer que les activités professionnelles liées aux programmes du Centre sont planifiées, dotées en ressources, surveillées et présentées sous forme de rapports de manière appropriée, de façon continue et selon les délais établis.

Mesure du rendement

75. Des mesures et rapports de rendement clairs sont essentiels pour effectuer une bonne gestion et pour honorer les attentes en matière de responsabilisation et de transparence. Un bon processus de mesure du rendement et des indicateurs de rendement détaillés devraient donner un aperçu des résultats atteints et permettre à une organisation de présenter des rapports sur le rendement afin de faciliter les prises de décision à l'interne et de renforcer la responsabilisation à l'externe.
76. Nous nous attendions à ce que des données pertinentes sur les résultats aient été recueillies et utilisées pour prendre des décisions éclairées et servir à des fins de responsabilisation. Nous avons constaté que le Centre n'avait pas encore élaboré ni mis en œuvre un système solide de mesure du rendement pour appuyer la prise de décisions et la responsabilisation de la direction, et ce, même si le CPCMC est en train de mettre la dernière main à la définition des cadres de mesure du rendement (CMR) pour aborder ses principaux volets fonctionnels. Un CMR représente une base objective pour recueillir des données relativement aux résultats souhaités par un ministère et aux résultats attendus de ses programmes. Il établit les résultats stratégiques et les résultats escomptés qui doivent être atteints ainsi que certains extrants spécifiques que doivent produire ses programmes.
77. Au CPCMC, trois CMR sont en cours d'élaboration : la surveillance, les programmes communautaires ainsi que le développement, l'échange et la diffusion des connaissances. Chaque CMR est fondé sur un modèle logique créé pour chacun de ces modèles fonctionnels. Nous avons constaté qu'une vaste gamme de mesures de rendement ont été choisies. Pourtant, les indicateurs de rendement clés, les objectifs et les ressources nécessaires pour maintenir ce système n'ont pas encore été établis. On nous a laissé entendre que ces CMR seront terminés pendant l'exercice en cours et mis en œuvre en 2011-2012.
78. **Surveillance du rendement financier.** La présentation au Conseil du Trésor qui appuie la SIMVSMC précise les niveaux de financement par année pour chacun des volets de programme.
79. Dans sa tentative de retracer les dépenses réelles par volet de programme de la SIMVSMC, l'Agence a défini une structure de codage pour appuyer le suivi des dépenses par fonction (p. ex., surveillance, développement et échange des connaissances) et par volet de programme (p. ex., le programme du diabète).
80. D'après l'examen que nous avons fait du sommaire des rapports financiers du CPCMC, par volet de programme lié aux maladies chroniques, le code financier des dépenses salariales et des frais de fonctionnement et d'entretien par volet de programme n'a pas été respecté de façon uniforme au Centre. Par conséquent, le Centre ne peut pas présenter des rapports fidèles sur l'ampleur

des dépenses réelles comparativement aux dépenses prévues, conformément à ce qui est résumé par volet de programme dans la SIMVSMC approuvée.

Recommandation

81. Le directeur général du Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, de concert avec l'agent principal des finances, devrait :

- Terminer la mise en œuvre d'un système de mesure du rendement afin de mieux appuyer les processus de prise de décisions et la responsabilisation de la direction.
- Mettre en œuvre un processus uniforme, de sorte que les dépenses puissent être suivies et fassent l'objet d'un rapport par volet de programme.

Surveillance des maladies chroniques

82. La surveillance de la santé est une fonction essentielle en santé publique. Elle commence par la collecte continue de données sur les maladies, qui sont ensuite intégrées, analysées et interprétées. L'information produite est ensuite diffusée en des formats divers à ceux qui en ont besoin pour qu'ils prennent les mesures pertinentes. En d'autres mots, la surveillance doit fournir de l'information sur les faits, sur leur ampleur, sur les personnes touchées ainsi que sur la date et le lieu.

83. L'une des principales priorités de l'ASPC consiste à renforcer les capacités de la surveillance des maladies chroniques, notamment leurs facteurs de risque et leurs déterminants au Canada. L'amélioration des capacités aiderait l'ASPC à atteindre l'un de ses résultats stratégiques, c'est-à-dire faciliter l'accès à des données et à des outils qui soient opportuns, fiables et fondés sur des données probantes et ainsi aider à prendre des décisions éclairées dans la prévention des maladies chroniques et la réduction des facteurs de risque qui s'y rattachent.

84. En 2005, la Conférence des sous-ministres a approuvé le rapport intitulé *Amélioration de la capacité de surveillance des facteurs de risque et des déterminants des maladies chroniques* rédigé par le Groupe de travail du Comité consultatif sur la santé de la population et la sécurité de la santé. Parmi les stratégies recommandées dans ce rapport, on retrouve :

- Améliorer les capacités en matière d'analyse, d'interprétation et d'utilisation des données de surveillance.
- Élargir les sources de données afin de combler les lacunes relevées dans les connaissances en matière de surveillance.

- Améliorer la collaboration, la planification et l'évaluation en ce qui concerne la surveillance.
85. En 2005, on a annoncé la création de la SIMVSMC par laquelle passe la plus grande partie des fonds destinés à améliorer la surveillance des maladies chroniques et à combler les lacunes en matière de surveillance (dans des domaines tels que l'asthme et l'arthrite). D'autres secteurs prioritaires ont été indiqués dans des initiatives annoncées par le gouvernement en 2009 touchant les maladies pulmonaires et neurologiques.
86. Jusqu'en 2005, l'ASPC effectuait, à l'aide du Système national de surveillance du diabète (SNSD) la surveillance de certaines maladies chroniques bien précises. Au cours des dernières années, l'Agence s'est efforcée d'élargir la portée du SNSD en y incluant une approche intégrée visant la surveillance d'autres maladies chroniques. En 2009-2010, le SNSD a changé de nom pour devenir le Système national de surveillance des maladies chroniques (SNSMC).
87. La Division de la surveillance et du contrôle des maladies chroniques dispose d'un budget annuel d'environ 16 millions de dollars et compte 60 ETP.
88. Nous nous attendions à ce que les activités de surveillance en matière de maladies chroniques aient été harmonisées aux objectifs et priorités généraux des programmes et que l'Agence ait eu un processus garantissant que les données recueillies sont pertinentes, fiables et opportunes en ce qui concerne la prise de décisions. Nous nous attendions également à ce que l'Agence ait analysé et diffusé les données nécessaires pour appuyer ses politiques et programmes en matière de maladies chroniques. Nous avons constaté que ces attentes ont été respectées, mais nous avons noté certains domaines qui méritent d'être améliorés, notamment la planification, la mesure du rendement et la production de rapports opportuns.
89. **Système national de surveillance des maladies chroniques.** L'information sur les maladies chroniques est recueillie à partir d'un certain nombre de sources, y compris les suivantes : les registres de maladies comme ceux prévus pour le cancer; les données administratives comme les dossiers d'hôpital et les dossiers de facturation provinciaux concernant les services de santé; les données sur la morbidité et la mortalité que tient Statistique Canada; et les données sur la prévalence des maladies chroniques et des facteurs de risque tirées des enquêtes de Statistique Canada.
90. Une fois l'information recueillie, l'ASPC dispose d'un certain nombre de systèmes de surveillance qui intègrent, analysent et interprètent l'information sur les maladies, puis crée et diffuse les produits de surveillance en fonction de cette information.

91. Nous avons remarqué que l'ASPC dispose, pour le SNSMC, d'une structure de gouvernance visant à fournir des lignes directrices, des conseils et à appuyer la Division de la surveillance et du contrôle des maladies chroniques. Cette structure comprend le Groupe d'experts et le Groupe de travail du Réseau de santé publique; les comités consultatifs sur les maladies chroniques (ceux sur l'arthrite, les maladies respiratoires chroniques, les maladies cardiovasculaires et la maladie mentale ont été établis en 2006, celui sur le diabète a été établi en 2008 et celui sur les affections neurologiques a été établi en 2009); le Comité scientifique du SNSMC, le Groupe de travail technique du SNSMC et les groupes de travail du SNSMC portant sur des maladies précises.
92. **Cadre d'indicateurs de la surveillance des maladies chroniques.** Un système de surveillance a pour objet de recueillir des données visant à éclairer la prise de décisions concernant les politiques, les programmes et les services dans le but d'améliorer l'état de santé de la population. Donc, la sélection de ces indicateurs (ce qui sera mesuré) pour le système de surveillance doit être directement liée aux besoins en connaissances précises sur la population.
93. Le Cadre d'indicateurs des maladies chroniques contient actuellement 300 indicateurs provenant d'une vaste gamme de sources de données. Toutefois, cette liste n'est pas à jour et il existe des lacunes dans les données. La Division de la surveillance a un projet en cours visant à mettre à jour et à prioriser la liste des variables d'indicateurs qui sera utilisée dans un système de surveillance général et pratique des maladies chroniques ainsi qu'à produire des rapports annuels externes.
94. **Sources des données de surveillance.** Depuis 2005, de nouvelles données sont recueillies, analysées et interprétées pour les états prioritaires suivants : le cancer, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques, l'arthrite et d'autres affections des os et des articulations, et la maladie mentale. Selon la direction, si l'étude de faisabilité actuellement en cours détermine que c'est possible, alors la collecte des données de surveillance sur les affections neurologiques commencera en 2012-2013, dès la fin de l'Étude nationale de la santé des populations relative aux troubles neurologiques, échelonnée sur quatre ans.
95. En 2008, le Groupe de travail du Réseau de la santé publique sur la surveillance des maladies chroniques et des blessures a produit un plan visant à étendre le SNSD à d'autres maladies chroniques. Nous avons constaté que l'ASPC a élargi la portée du SNSD, qui est ainsi devenu le SNSMC. Les critères servant à déterminer quelles maladies seraient incluses dans le SNSMC ont été établis comme suit : leur importance en matière de santé publique; leur lien avec d'autres maladies déjà répertoriées dans le système, ainsi que la qualité des données et la faisabilité du projet. Il existe un processus de 17 étapes pour élaborer des recommandations consensuelles en vue de l'expansion du SNSMC; la mise en œuvre de ces recommandations pourrait prendre quelques

années avant que les données annuelles soient recueillies pour l'ensemble des maladies chroniques très importantes.

96. L'annexe C présente une mise à jour sur l'état d'avancement des travaux d'élaboration des systèmes de surveillance afférents aux diverses maladies chroniques. Au mois de novembre 2010, le SNSMC comprenait, sur l'hypertension, de nouvelles données tirées des bases de données administratives sur les services de santé des provinces et des territoires. Des études de faisabilité ou des travaux étaient en cours pour ajouter les données sur la maladie mentale, l'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique, les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, l'arthrite, l'ostéoporose et les affections neurologiques. Comme il est indiqué au tableau suivant, il y a encore certaines lacunes dont quelques-unes sont en voie d'être prises en charge. Une fois que les résultats de ces études de faisabilité seront connus et auront confirmé que d'autres maladies chroniques peuvent être ajoutées au SNSMC, le Centre sera en mesure d'élaborer un plan global assorti de dates d'échéance visant à contrôler la réalisation de toutes activités connexes et présenter des rapports à leur sujet.
97. Cette année, un système de surveillance du programme Cancer chez les jeunes au Canada (CCJC) a été mis en œuvre. Des contrats de collecte de données ont été signés avec les centres pédiatriques universitaires traitant des patients dans les services d'oncologie pédiatrique. Le système a pour objet de recueillir des données qui seront utilisées pour établir un système national de surveillance du cancer chez les enfants et les jeunes, fondé sur la population, qui peut être utilisé par des chercheurs pour examiner les tendances relatives à l'incidence, à l'utilisation des soins de santé, au traitement et aux résultats.
98. Une initiative pilote menée en 2008-2009 et en 2009-2010 a été prolongée dans le cadre d'un accord de contribution de cinq ans conclu avec le Collège des médecins de famille du Canada et neuf réseaux de recherche axée sur la pratique des soins primaires en collaboration, dans six provinces. Cette initiative a pour objectif d'établir un système de surveillance sentinelle en soins primaires pour les maladies chroniques à l'aide des dossiers médicaux électroniques. Plus de 100 médecins ont participé au projet pilote de collecte de données sur l'hypertension, l'arthrose, le diabète, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et la dépression. Le plan prévoit l'élargissement de cette initiative de manière à inclure quelque 1 000 médecins au cours des cinq prochaines années.
99. L'ASPC a également un projet appelé Alliance canadienne de surveillance régionale des facteurs de risque (ACSRFR). En collaboration avec des intervenants en santé publique au Canada, l'ASPC a créé un réseau visant à travailler en collaboration et à renforcer les capacités de surveillance des facteurs de risque de maladies chroniques à l'échelle régionale et locale, qui sera utilisé pour la prévention et la lutte contre les maladies chroniques. Il

facilitera l'élaboration et la durabilité de systèmes de collecte de données, souples et permanents, coordonnés au niveau local et régional. Ce projet est à ses tout débuts.

100. Le Cadre stratégique de la Direction générale lancé en mars 2010 comprend un certain nombre de priorités et d'initiatives clés touchant la surveillance. De plus, des orientations et priorités stratégiques concernant le CPCMC ont été présentées en novembre 2010 par la direction du Centre. Les priorités des trois prochaines années relativement à la compréhension des tendances relatives aux maladies chroniques et à leurs déterminants sont les suivantes :

- Continuer de renforcer le SNSMC.
- Mobiliser la collecte des données « en temps réel » sur les priorités de prévention des maladies chroniques par le biais du Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires.
- Utiliser les technologies de l'information et les partenariats stratégiques pour améliorer l'utilisation de la surveillance et du contrôle de l'information dans la prise de décisions (c.-à-d. systèmes de données axées sur l'utilisation) et accorder un accès accru à cette information.
- Collaborer avec la Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses à la mise en œuvre d'un programme de surveillance du virus du papillome humain dans l'ensemble de l'Agence.
- Effectuer l'Étude nationale de la santé des populations relative aux troubles neurologiques.
- Mettre au point le système national de données visant à appuyer la surveillance de l'obésité infantile.

101. Les priorités en matière de surveillance relevées dans les Orientations stratégiques du CPCMC et par le biais du Cadre stratégique de la Direction générale doivent être traduites en un plan opérationnel qui décrit de façon pertinente comment ces priorités seront abordées relativement aux autres activités de surveillance; elles doivent également indiquer clairement les résultats attendus, à quel moment, ainsi que les ressources nécessaires. Ce plan fera en sorte que les progrès réalisés par rapport à ces activités puissent être suivis, et les résultats présentés dans des rapports à des fins de prise de décisions et de responsabilisation.

102. **Qualité des données de surveillance.** L'ASPC a élaboré une nouvelle politique concernant la collecte, l'utilisation et la diffusion des données de santé publique. Cette politique est entrée en vigueur en juin 2009. Tout en assurant la conformité aux lois fédérales pertinentes ainsi qu'aux politiques du gouvernement et de l'Agence, la politique a pour objectif d'aider les employés de l'Agence :

- à recueillir, utiliser et diffuser efficacement des données de santé publique exactes, opportunes, utiles et pertinentes à des fins statistiques ou de recherche;

- à recenser, évaluer, résoudre et atténuer les risques inhérents à ces activités.
103. Nous avons noté que des procédures opérationnelles individuelles sont utilisées pour la collecte des données et la vérification de la qualité, et que des ententes qui couvrent certaines exigences de cette politique sont conclues avec des fournisseurs de données. Nous ne sommes au courant d'aucun cas de non-conformité avec la politique, mais aucun examen n'a été effectué pour vérifier si les exigences de la nouvelle politique ont été respectées.
104. **Analyse, interprétation et diffusion des données de surveillance.** La surveillance comprend l'analyse, l'interprétation des données et la diffusion de ces données aux planificateurs et décideurs en matière de santé publique afin qu'ils puissent prendre des mesures dans ces domaines.
105. Récemment, des rapports de surveillance détaillés sur le diabète (2008), sur les maladies cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux (2009), sur l'arthrite (2010), sur l'hypertension (2010) ainsi que de nombreux rapports sur le cancer ont été publiés. Des données de surveillance sont également disponibles sur le site de l'Agence. De nouveaux logiciels « Cubes de données » ont été utilisés pour mettre au point l'Infobase des maladies chroniques qui a été mise à la disposition des internautes en 2010. Elle permet à ces derniers de se servir de leur navigateur Internet pour accéder facilement à diverses données agrégées sur les indicateurs de santé (tels que les facteurs de risque et l'état de la maladie) en utilisant diverses dimensions démographiques (notamment la géographie, le groupe d'âge et le sexe).
106. Nous avons noté des retards dans la publication de certaines données de surveillance. Par exemple, la publication du Rapport de surveillance détaillé sur l'arthrite était d'abord prévue pour 2008-2009, mais ce rapport n'a été publié qu'en 2010, soit plus d'une année plus tard. Des retards et des difficultés ont également été observés dans la rédaction de la version finale du rapport sur l'arthrite. Nous avons aussi relevé des retards dans la mise à jour des données sur le site Web de l'Agence. Au moment de notre vérification, les données disponibles dans l'Infobase des maladies chroniques (cartes) n'arrivaient qu'à l'année 2005, ce qui représentait un retard de deux à trois ans par rapport aux données actuellement disponibles qui auraient pu être affichées. La direction a expliqué que l'une des principales causes de ce retard résidait dans le fait qu'on avait accordé la priorité au nouveau logiciel de Cubes de données de l'Infobase des maladies chroniques. Étant donné que l'un des principaux éléments de ce système de surveillance consiste à fournir de l'information continue et opportune sur la santé de la population, la direction doit prendre les mesures nécessaires pour corriger ces problèmes.
107. **Suivi des observations de vérification antérieures.** En 2002, le BVG a effectué une vérification de suivi afin de déterminer les progrès accomplis par Santé Canada pour donner suite aux observations et recommandations

formulées dans le rapport de 1999, chapitre 14, intitulé, *La surveillance de la santé nationale : les maladies et les blessures*.

108. Le BVG avait observé que très peu de progrès avait été accompli pour régler quelques-unes des lacunes relevées dans la vérification de 1999. Plus particulièrement en ce qui concerne la surveillance des maladies chroniques, le suivi a permis de constater que l'information sur la surveillance de la santé présentait d'importantes lacunes en ce qui concerne les maladies cardiovasculaires, les maladies musculo-squelettiques et les maladies respiratoires chroniques, le cancer (à l'exception du cancer du sein), les maladies mentales et les blessures. De plus, on a également constaté des lacunes pour ce qui est de la surveillance des déterminants des risques et des effets des interventions, du dépistage et des traitements sur les résultats pour la santé. Le rapport a également indiqué qu'il n'y avait pas d'accord entre Santé Canada et les provinces et territoires en ce qui concerne l'échange de données.
109. Nous avons effectué un suivi des observations et recommandations, faites par le BVG en 2002, qui s'appliquaient à tous les programmes de surveillance de l'ASPC. En ce qui concerne le CPCMC, nous avons constaté que trois des six recommandations avaient été mises en œuvre. Des progrès satisfaisants avaient été accomplis pour deux autres recommandations (l'une d'elles portait sur les lacunes constatées au niveau de l'information recueillie dans deux systèmes de surveillance du cancer, et l'autre, sur les lacunes constatées au niveau de la surveillance d'autres maladies chroniques). En ce qui concerne l'autre recommandation, nous avons constaté que peu de progrès ont été accomplis pour corriger le peu de résultats obtenus en ce qui concerne la présentation des rapports et la mesure du rendement des activités de surveillance du Centre.
110. Le Centre a désormais conclu des accords sur l'échange des données avec l'ensemble des provinces et territoires et d'autres fournisseurs de données. Le SNSD a été élargi et s'appelle désormais le SNSMC, comme il a été signalé au paragraphe 95. Le Centre recueille maintenant des données sur la santé dans les provinces et les territoires en ce qui concerne l'hypertension, et on prévoit recueillir des données sur les maladies mentales, l'asthme, les maladies cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux, l'arthrite et les affections neurologiques. Il n'y a pas encore de programme de surveillance sur les effets des interventions sur les résultats pour la santé, à l'exception du cancer en général et du cancer chez les enfants, et le Centre n'a pas encore inscrit ces besoins au nombre de ses priorités.
111. Les indicateurs de rendement ont été définis pour le volet fonctionnel de la surveillance, mais aucune cible ni aucun indicateur clé n'ont encore été établis. La collecte de données de référence sur le rendement est prévue pour 2001-2012.

112. Depuis le mois de mai 2010, le CPCMC compte dans son organigramme la Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie (DSSE). Cette division se concentre sur les activités de surveillance liées aux lésions traumatiques intentionnelles et accidentelles, aux troubles de développement ainsi qu'à la santé du nouveau-né, de l'enfant et de la mère. Bien que la DSSE ne soit pas incluse dans la portée de la vérification des maladies chroniques, il sera important de prendre en compte les travaux de cette division quand viendra le temps d'élaborer les futures orientations stratégiques en ce qui concerne la surveillance.

Recommandation

113. Le directeur de la Division de la surveillance et du contrôle des maladies chroniques devrait :

- Élaborer et mettre en œuvre un plan opérationnel intégré de surveillance des maladies chroniques qui reflète les priorités, les activités connexes, le moment propice de faire ces activités ainsi que les ressources nécessaires, afin d'indiquer clairement les résultats escomptés et le moment où ils doivent être atteints, et de s'assurer que les progrès accomplis par rapport à ces priorités peuvent être suivis et que les résultats peuvent être présentés dans des rapports à des fins de prise de décisions et de responsabilisation.
- Mettre à jour et prioriser la liste des variables des indicateurs dans le cadre d'un système complet et pratique de surveillance des maladies chroniques et appuyer la présentation de rapports annuels sur les indicateurs des maladies chroniques au Canada.
- Définir les difficultés, les possibilités et les plans visant à obtenir et à diffuser des données plus opportunes de surveillance.

Développement et échange des connaissances

114. La SIMVSMC nécessite l'élaboration d'un système global pour :

- Mieux soutenir les décideurs du secteur de la santé publique qui s'occupent des pratiques, des politiques et de la recherche.
- Comblent les lacunes dans les ressources présentement disponibles pour l'élaboration et la diffusion de pratiques exemplaires dans les interventions en matière de maladies chroniques.

115. L'objectif global du volet de développement, d'échange et de diffusion des connaissances (DEC) est d'améliorer le processus décisionnel fondé sur des données probantes concernant des politiques et des pratiques en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques. Les activités du volet fonctionnel

DEC sont axées sur l'établissement, la production, la cueillette, l'évaluation, la communication et l'utilisation des connaissances requises pour influencer la prise de décisions relativement aux politiques et aux programmes.

116. À la suite de la récente restructuration du CPCMC, la Division des interventions liées aux maladies chroniques est le chef de file des initiatives et activités du volet DEC. Les principales activités de la Division sont les suivantes :

- recherches interventionnelles et développement des connaissances en matière de maladies chroniques;
- recensement et diffusion des pratiques exemplaires en ce qui concerne la prévention et le contrôle des maladies chroniques;
- élaboration d'interventions touchant les changements des comportements liés à la santé s'adressant tant au public ainsi qu'aux fournisseurs de soins de santé;
- élaboration de stratégies d'apprentissage dans le domaine de la santé pour les programmes du CPCMC.

117. Nous nous attendions à ce que les orientations, priorités et objectifs stratégiques du volet DEC aient été clairement définis et en harmonie avec les objectifs généraux du programme, et que l'organisation ait eu des plans opérationnels lui permettant d'atteindre les objectifs stratégiques qu'elle s'était fixés. Nous avons constaté que ces attentes avaient été comblées en partie vu que les orientations et priorités stratégiques ont été définies. La direction du programme s'affairait à élaborer une approche et un plan stratégiques visant essentiellement à mettre en place des interventions efficaces afin de satisfaire intégralement ces attentes.

118. Actuellement, il y a un certain nombre d'initiatives et d'activités lancées dans le cadre des travaux du volet DEC, notamment : l'Initiative canadienne sur les pratiques exemplaires, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs et un certain nombre d'activités liées à des maladies précises qui portent essentiellement sur le développement et la synthèse de nouvelles connaissances, par exemple, une revue scientifique trimestrielle sur les maladies chroniques au Canada.

119. **Initiative canadienne sur les pratiques exemplaires.** L'Initiative canadienne sur les pratiques exemplaires (ICPE) possède trois composantes :

- un portail Web, pour aider les promoteurs de la santé à trouver et appliquer des données probantes dans leur pratique;
- le développement d'une plateforme d'échange de connaissance et de renforcement des capacités, pour accroître l'utilisation de données probantes, de la surveillance et de la science, et d'interventions efficaces;
- le suivi de l'utilisation et de l'application des pratiques exemplaires, dans le contexte canadien, de manière à établir leurs effets et à apprendre comment elles évoluent.

120. L'ICPE a été lancée publiquement en novembre 2006. Le projet comprend :
- une sélection de sites d'examen systématique mettant en lumière des pratiques exemplaires;
 - une base de données répertoriant des interventions et pouvant être interrogée;
 - des ressources aidant les usagers à atteindre leurs objectifs en matière de planification en santé publique, de prévention des maladies chroniques et de promotion de la santé.
121. L'ICPE vise à faciliter l'accès des décideurs à de l'information, publiée ou non, au sujet des « pratiques exemplaires ». On y trouve des modèles éprouvés ou récents, des théories, des méthodes, des données probantes issues de la recherche et des témoignages d'expérience pratique.
122. La plateforme d'échange des connaissances rassemble des ressources multiples traitant d'interventions, de pratiques et de ressources en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques recommandées par des experts du Canada et de l'étranger.
123. **Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.** Ce groupe de travail est un organisme indépendant composé de 15 experts en prévention et en soins primaires qui reconnaissent et appuient la nécessité des pratiques en santé basées sur les données probantes, dans le domaine des soins primaires au Canada. Le groupe de travail a été d'abord créé en 1976 puis dissout en 2005 et enfin rétabli en 2010.
124. Le groupe de travail a pour mandat d'élaborer et de diffuser des guides de pratique clinique en ce qui concerne les soins primaires et préventifs, basés sur une analyse systématique des données scientifiques.
125. Un bureau du groupe de travail au sein de l'ASPC appuie ce groupe d'étude. Un plan stratégique est en cours d'élaboration. Le groupe de travail s'est réuni au début de 2010 pour classer ses sujets par ordre de priorité et a commencé le processus d'élaboration des lignes directrices. Les sujets sur lesquels il travaille en 2010 comprennent le dépistage du cancer du sein, l'hypertension, la dépression, le diabète et le cancer du col de l'utérus.
126. **Situation du plan stratégique du volet DEC.** Le volet fonctionnel DEC de la Stratégie intégrée avait fait l'objet d'une évaluation formative en 2008-2009. Il est à souligner que cette évaluation avait mis en lumière la nécessité de définir la « théorie de changement pour le programme » (c.-à-d. la stratégie) et de clarifier et élaborer les extrants ainsi que les résultats connexes pour les initiatives de DEC. Bien que l'action de la direction à l'égard de cet élément ait été retardée à

la suite de la restructuration du Centre, on a commencé l'élaboration d'une approche stratégique globale du volet DEC.

Recommandation

127. Le directeur de la Division des interventions liées aux maladies chroniques devrait élaborer et mettre en œuvre un plan opérationnel intégré touchant le développement, l'échange et la diffusion des connaissances, qui reflète les priorités, les activités connexes, le moment propice de faire ces activités ainsi que les ressources nécessaires, afin d'indiquer clairement les résultats escomptés et le moment où ils doivent être atteints, et de s'assurer que les progrès accomplis par rapport à ces priorités peuvent être suivis et que les résultats peuvent être présentés dans des rapports à des fins de prise de décisions et de responsabilisation.

Subventions et contributions (S et C)

128. Le Centre a utilisé des programmes communautaires comme instruments pour accorder des contributions fédérales à des partenaires externes. Au moment de cette vérification, les bureaux régionaux de l'ASPC avaient des projets actifs en cours pour la Stratégie canadienne sur le diabète. Le Centre finance activement au niveau national des projets dans les domaines de programme suivants :

- Initiative canadienne sur le cancer du sein (ICCS);
- cancer;
- maladies cardiovasculaires;
- Programme pour la surveillance accrue des maladies chroniques;
- santé pulmonaire;
- Stratégie canadienne sur le diabète.

129. Le Centre et les bureaux régionaux avaient au total 107 projets communautaires actifs liés aux maladies chroniques pour l'exercice 2009-2010. Les dépenses totales pour les programmes communautaires liés aux maladies chroniques sont indiquées au tableau 1.

TABLEAU 1 – Dépenses communautaires liées aux maladies chroniques

Au plan national	Exercice 2009-2010
Contributions	8 751 385 \$
Subventions	5 949 838 \$
Au plan régional	Exercice 2009-2010
Contributions	1 439 870 \$
Subventions	92 800 \$
Total	16 233 893 \$

130. Nous nous attendions à ce que le processus de sélection et d'approbation des paiements de transfert aux bénéficiaires ait été exercé avec une diligence raisonnable et à ce que les résultats des investissements dans les programmes communautaires (c.-à-d. S et C) aient été surveillés par rapport aux objectifs, échangés et diffusés et aient servi également à éclairer les décisions prises relativement aux programmes. Un échantillon de 23 dossiers de projet a été prélevé à des fins d'examen afin de déterminer dans quelle mesure ils sont conformes aux modalités de leurs programmes respectifs.

131. **Processus de sélection et d'approbation.** Le processus de sollicitation de contributions est utilisé pour déterminer quels projets communautaires seront choisis à des fins de financement. Les principales étapes de ce processus sont notamment :

- détermination des objectifs et des priorités;
- appel pour des propositions de projets (selon une approche ouverte, ciblée ou dirigée);
- évaluation de chaque proposition de projet;
- obtention des approbations nécessaires.

132. Nous avons relevé que des améliorations avaient été apportées au processus d'approbation de projet de l'ASPC depuis la dernière fois que nous avons effectué une vérification interne du volet S et C en 2009. Nous avons constaté l'adoption d'une approche « conférence » visant à rationaliser le processus d'approbation de projet. Bien qu'on ait réussi à raccourcir ce processus grâce à l'approche conférence, en réunissant un certain nombre de personnes dont l'approbation est nécessaire, le processus demeure un sujet de préoccupation.

133. **Opportunité du financement au moyen de subventions et de contributions.** Dans notre examen des récents processus de sollicitation de contributions, nous avons constaté que l'opportunité du processus de sollicitation et les retards dans le processus d'approbation de l'Agence ont contribué à l'augmentation des exigences administratives pour l'Agence et les bénéficiaires des subventions. Dans certains cas, ces retards ont influé sur la date de début des projets, de sorte que les bénéficiaires ont dû modifier les plans de travail et les budgets établis pour leurs projets.

134. Voici deux facteurs principaux qui contribuent à cette situation :

- Le fait de ne pas commencer le cycle de processus de sollicitation assez tôt pour s'assurer que les accords de projet se terminent dans les délais fixés pour respecter la date de début de projet prévue indiquée dans la sollicitation.
- L'examen de projet et le processus d'approbation de l'Agence ont pris en moyenne six mois dans le cas des dossiers examinés.

135. **Financement de projets pluriannuels.** Nous avons constaté que le CPCMC cherche à mettre en œuvre un plus grand nombre d'ententes pluriannuelles. Ce virage vers un plus grand nombre de financements pluriannuels diminue le fardeau administratif et l'incertitude pour les bénéficiaires. Il permet aussi à l'Agence d'étudier des projets de plus grande envergure.
136. **Évaluations des risques des projets.** Dans une vérification interne antérieure qui portait sur les outils d'évaluation des risques des projets, nous avons remarqué que le niveau de surveillance et de rapports présentés dans le cas des projets n'était pas toujours relié au niveau des risques. L'Agence a depuis adopté un nouvel outil d'évaluation des risques appelé Outil d'évaluation des risques associés à l'entente ou aux bénéficiaires (OEREB). Selon cet outil, l'information doit être saisie dans l'outil électronique qui lui attribue des valeurs pondérées pour plusieurs catégories de risque. La cote totale est ensuite évaluée par rapport à une échelle correspondante des niveaux de risque (faible, moyen, élevé). Le guide de l'utilisateur de l'OEREB donne des lignes directrices sur le niveau de surveillance et de rapport nécessaire selon le niveau de risque du projet évalué.
137. **Échange des résultats et des leçons apprises.** La SIMVSMC précise que les objectifs du mécanisme S et C appuient non seulement les programmes communautaires, mais aussi les activités du volet surveillance et du volet DEC.
138. L'Agence demande aux bénéficiaires de présenter une évaluation de projet à des intervalles convenus. Dans certains cas, le bénéficiaire est tenu d'effectuer lui-même une évaluation et, dans d'autres, l'Agence demande au bénéficiaire de remplir un outil d'évaluation qu'elle a élaboré, par exemple, l'Outil de cueillette de données de projets.
139. Nous avons constaté que même si le Centre a communiqué certains résultats des programmes communautaires, il n'a pas encore établi un processus efficace pour communiquer les résultats et les leçons apprises (pratiques exemplaires) à partir de ses programmes communautaires avec des volets fonctionnels ou de programmes pertinents afin de mieux éclairer les décisions prises en matière de programmes et d'améliorer la responsabilisation.

Recommandation

140. Le directeur général du Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques devrait :
- Examiner l'opportunité du cycle de sollicitation de subventions et de contributions afin de permettre d'approuver un plus grand nombre de projets en temps utile et d'alléger le fardeau administratif;
 - Établir un processus efficace afin de communiquer les résultats et les leçons apprises à partir des programmes communautaires.

Conclusion

141. Nous avons conclu que même si des progrès ont été accomplis dans le domaine de la surveillance et dans celui des subventions et contributions relativement au Programme de prévention et de contrôle des maladies chroniques, il faudrait encore une intervention de la direction pour :
- Établir un plan stratégique intégré pour l'ensemble des plans opérationnels de programme et de soutien par volet important (p. ex., volet de la surveillance, volet du développement et de l'échange des connaissances) et mettre en œuvre un système de mesure du rendement afin de mieux appuyer la prise de décisions et la présentation de rapports sur les résultats par la haute direction.
 - Établir une approche plus structurée de la gestion des programmes et des projets pour s'assurer que les activités d'exécution des programmes sont adéquatement planifiées, dotées en ressources, suivies et présentées sous forme de rapport.
 - Examiner l'opportunité du cycle de sollicitation de subventions et de contributions afin de permettre d'approuver un plus grand nombre de projets dans les délais prévus et d'établir un processus efficace pour communiquer l'information et les leçons apprises sur les résultats des projets.
142. L'absence d'une planification efficace, d'une saine gestion de projets et d'une bonne surveillance des résultats a limité la capacité générale de la direction de mesurer les progrès accomplis par le Centre pour atteindre les objectifs du Programme de prévention et de contrôle des maladies chroniques visant à diminuer le fardeau des maladies chroniques au Canada.

Remerciements

143. Nous souhaitons exprimer notre reconnaissance aux membres de la direction et du personnel pour la collaboration et l'aide qu'ils ont fournies à l'équipe de vérification au cours de la présente vérification.

Annexe A : Critères de vérification

Les critères de vérification sont tirés du *Cadre des contrôles de gestion de base et des critères de vérification* préparé par le Bureau du contrôleur général.

Critères
Gouvernance <ul style="list-style-type: none">L'organisation a clairement défini les structures de gouvernance en place pour appuyer la mise en œuvre par rapport aux objectifs de programme et incorporer tous les partenaires clés de l'exécution des programmes.
Planification stratégique <ul style="list-style-type: none">L'organisation a clairement défini et diffusé les orientations et les objectifs stratégiques en harmonie avec son mandat.L'organisation a mis en place un processus pour prendre des décisions rationnelles basées sur des données probantes afin d'établir les priorités et/ou des champs d'action en tenant compte des priorités du gouvernement, des risques recensés et des besoins des clients et des intervenants.
Établissement de relations et coordination <ul style="list-style-type: none">Il existe des voies de communication entre l'organisation, ses clients et les autres intervenants externes pour appuyer l'échange de données opportunes, pertinentes et fiables.L'organisation met à profit, au besoin, des possibilités de travailler en collaboration avec ses partenaires afin de mieux atteindre ses objectifs.
Planification et gestion opérationnelle <ul style="list-style-type: none">L'organisation a mis en place des plans et des objectifs opérationnels visant à atteindre ses objectifs stratégiques.L'organisation a les procédés et pratiques nécessaires pour s'assurer que les initiatives de changement sont mises en œuvre convenablement.
Mesure du rendement <ul style="list-style-type: none">Des données pertinentes sur les résultats sont recueillies et utilisées afin de prendre des décisions éclairées et de renforcer la responsabilisation.
Exécution des programmes <ul style="list-style-type: none">Les activités de surveillance sont en harmonie avec les priorités et les objectifs généraux des programmes, et l'Agence a mis en place un processus pour s'assurer que l'information qu'elle recueille est pertinente, fiable et opportune pour la prise de décisions.L'Agence a analysé et diffusé l'information nécessaire pour appuyer les politiques et les programmes liés aux maladies chroniques.Les priorités en matière de développement des connaissances sont en harmonie avec les objectifs généraux de programmes.

Subventions et contributions

- La direction fait preuve de diligence raisonnable dans les choix et l'approbation des bénéficiaires de paiements de transfert.
- Les résultats des investissements dans les programmes communautaires (c.-à-d. S et C) sont suivis par rapport aux objectifs et servent à éclairer les décisions relatives au programme.

Annexe B : Plan d'action de la direction

Recommandation	Plan d'action de la direction	Cadre de première responsabilité	Date cible
<p>Gouvernance</p> <p>49. La sous-ministre adjointe déléguée (SMAD), Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, devrait s'assurer que les améliorations que l'on se propose d'apporter à la gouvernance de programme permettent une approche plus structurée à l'égard de la gestion de programme, et ce, en vue d'une structure de gouvernance plus efficace.</p>	<p>Cette recommandation est acceptée. La vérification a permis de constater les complexités de la gestion matricielle de la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques (SIMVSMC), tout en permettant de voir que la Direction générale a mis en place les mécanismes de gouvernance nécessaires. Nous reconnaissons que cette structure de gouvernance n'est pas pleinement efficace et, pour cette raison, la Direction générale, sous la direction du CPCMC, s'affaire à réexaminer la SIMVSMC.</p> <p>Le Comité exécutif de la Direction générale (CEDG) assurera la surveillance de la gouvernance pour la SIMVSMC et étudiera les résultats de l'examen de la SIMVSMC. Cette initiative comprendra l'élaboration d'un mandat qui expliquera clairement le rôle et la responsabilité du CEDG à l'égard de la SIMVSMC ainsi que des mécanismes améliorés en matière de coordination et d'intégration.</p>	<p>SMAD et les DG de la DGPSPMC</p>	<p>Août 2011</p>

Recommandation	Plan d'action de la direction	Cadre de première responsabilité	Date cible
<p>Planification stratégique et opérationnelle</p> <p>74. Le directeur général du Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques devrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terminer l'élaboration d'un plan stratégique détaillé afin d'expliquer clairement comment les objectifs stratégiques et le programme du Centre seront atteints en fait d'activités et d'initiatives menées par le Centre. Ce plan stratégique doit également indiquer les principaux risques liés à la mise en œuvre et les plans d'atténuation de ces risques; • Lancer un processus de gestion visant à passer en revue périodiquement ce plan stratégique afin d'analyser les réalisations en fonction des objectifs établis et de déterminer les améliorations nécessaires pour les futures planifications et prises de décisions; 	<p>Cette recommandation est acceptée. Le Rapport de vérification signale l'importance d'un plan stratégique dans la présentation des objectifs stratégiques d'une organisation en ce qui concerne l'orientation du processus décisionnel et l'affectation des ressources. Le Centre a élaboré et diffusé récemment une vision stratégique qui fournit le cadre essentiel du CPCMC.</p> <p>Pour donner suite à cette recommandation et tirer profit du document de vision stratégique, la direction élaborera un plan stratégique de trois ans pour le CPCMC afin de déterminer des priorités appuyées par des activités accompagnées des risques connexes pour la mise en œuvre et des stratégies permettant d'atténuer ces risques.</p> <p>Cette initiative comprendra le lancement d'un processus de surveillance axé sur les résultats pour le Plan stratégique. Elle servira de base à toute modification apportée au plan et à l'affectation connexe des ressources.</p>	<p>DG-CPCMC</p> <p>DG-CPCMC</p> <p>DG-CPCMC</p>	<p></p> <p>30 juin 2011</p> <p>Mars 2012</p>

Recommandation	Plan d'action de la direction	Cadre de première responsabilité	Date cible
<ul style="list-style-type: none"> Mettre en œuvre une approche structurée en gestion de programmes et de projets pour s'assurer que les activités professionnelles liées aux programmes du Centre sont planifiées, dotées en ressources, surveillées et présentées sous forme de rapports de manière appropriée, de façon continue et selon les délais établis. 	<p>Le Plan stratégique sera opérationnalisé par le truchement du processus de planification opérationnelle intégrée de l'Agence afin de prévoir, de doter en ressources et de surveiller nos activités opérationnelles prévues et de présenter des rapports sur ces activités sur une base trimestrielle à l'aide du Tableau de progression du Rapport sur les plans et priorités de la Direction générale. La direction tiendra également un exercice de « leçons apprises » à la suite de la mise en œuvre à l'essai (2010-2011) de la base de données sur la planification du travail afin de déterminer les secteurs où il importe d'apporter des améliorations relativement à l'outil et à son adoption.</p>	<p>DG-CPCMC</p>	<p>Septembre 2011 et après</p>
<p>Mesure du rendement</p> <p>81. Le directeur général du Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, de concert avec le contrôleur ministériel, devrait :</p>	<p>Cette recommandation est acceptée. Nous miserons sur les progrès accomplis dans l'élaboration des cadres de mesure du rendement (CMR) axé sur les résultats pour les volets fonctionnels de la SIMVSMC en accordant une attention toute particulière à la mise en œuvre. Ces CMR sont aux derniers stades d'achèvement (approbation prévue en janvier 2011). La direction mettra en œuvre les CMR qui sont terminés pour décrire le rendement des volets fonctionnels et des volets de programme. Au niveau de la</p>		

Recommandation	Plan d'action de la direction	Cadre de première responsabilité	Date cible
	<p>relativement à la SIMVSMC.</p> <p>Le CPCMC utilise les Codes des volets fonctionnels, tels qu'ils sont créés par la Division des finances de l'ASPC, pour suivre les dépenses par volet de programme et volet fonctionnel de la SIMVSMC. La direction établira un examen semestriel des pratiques de codage avec les agents administratifs et corrigera toute incohérence. Les conclusions des examens seront présentées au Comité de la haute direction du Centre.</p>		
<p>Surveillance des maladies chroniques</p> <p>113. Le directeur de la Division de la surveillance et du contrôle des maladies chroniques devrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> Élaborer et mettre en œuvre un plan opérationnel intégré de surveillance des maladies chroniques qui reflète les priorités, les activités connexes, le moment propice de faire ces activités 	<p>Cette recommandation est acceptée. Nous comprenons l'importance de la planification stratégique pour la surveillance, comme l'indique l'appui que nous accordons aux priorités, en matière de surveillance, du Plan de surveillance de l'ASPC et du Cadre stratégique de la Direction générale.</p> <p>Le Centre a lancé un examen de la surveillance par des experts indépendants qui fourniront des conseils sur d'éventuelles mesures visant à améliorer l'efficacité de la surveillance en faisant la promotion de la</p>	<p>Directeurs de la DSCMC, de la DSSE et de la DIS</p>	<p>Juin 2011</p>

Recommandation	Plan d'action de la direction	Cadre de première responsabilité	Date cible
<p>ainsi que les ressources nécessaires, afin d'indiquer clairement les résultats escomptés et le moment où ils doivent être atteints, et de s'assurer que les progrès accomplis par rapport à ces priorités peuvent être suivis et que les résultats peuvent être présentés dans des rapports à des fins de prise de décisions et de responsabilisation.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre à jour et prioriser la liste des variables des indicateurs dans le cadre d'un système complet et pratique de surveillance des maladies chroniques et appuyer la présentation de rapports annuels sur les indicateurs des maladies chroniques au Canada. • Définir les difficultés, les possibilités et les plans visant à obtenir et à diffuser des données plus opportunes sur la surveillance. 	<p>prévention des maladies chroniques au Canada.</p> <p>En se fondant sur l'Examen de la surveillance, la direction élaborera un plan opérationnel de surveillance du CPCMC qui comportera une approche stratégique de la surveillance et éclairera la prise de décisions. Ce plan opérationnel sera harmonisé avec le Plan stratégique du Centre.</p> <p>Des travaux sont en cours au CPCMC pour mettre à jour le Cadre d'indicateurs des maladies chroniques, et la direction veillera à sa réalisation et établira un processus pour la mise à jour du Cadre tous les trois ans.</p> <p>En ce qui concerne les données de surveillance, le CPCMC n'a pas le plein contrôle de leur publication, qui peut accuser des retards et qui dépend des partenaires, notamment Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé.</p> <p>La question de l'amélioration de la promotion et de la diffusion opportune des produits de surveillance sera abordée dans le Plan opérationnel de surveillance du CPCMC.</p>	<p>Directeurs de la DSCMC, de la DSSE et de la DIS</p> <p>Directeur de la DSCMC</p> <p>Directeur de la DSCMC</p>	<p>Décembre 2011</p> <p>Septembre 2011 et après</p> <p>Mars 2012</p>

Recommandation	Plan d'action de la direction	Cadre de première responsabilité	Date cible
<p>Développement et échange des connaissances</p> <p>127. Le directeur de la Division des interventions liées aux maladies chroniques devrait élaborer et mettre en œuvre un plan opérationnel intégré touchant le développement, l'échange et la diffusion des connaissances, qui reflète les priorités, les activités connexes, le moment propice de faire ces activités ainsi que les ressources nécessaires, afin d'indiquer clairement les résultats escomptés et le moment où il doivent être atteints, et de s'assurer que les progrès accomplis par rapport à ces priorités peuvent être suivis et que les résultats peuvent être présentés dans des rapports à des fins de prise de décisions et de responsabilisation.</p>	<p>Cette recommandation est acceptée. Le rapport de vérification a permis de constater que, grâce à la restructuration du CPCMC, d'importants progrès ont été accomplis dans le domaine du développement et de l'échange des connaissances (DEC). Il s'agit maintenant de déterminer les priorités et d'adopter une approche intégrée à l'égard du DEC dans l'ensemble du Centre par l'élaboration d'un plan opérationnel en matière de DEC. Les fonctions de développement, d'échange et de diffusion des connaissances seront donc réunies à l'intérieur du Centre dans le but de mettre en pratique des interventions efficaces. Le Plan opérationnel du DEC sera harmonisé avec le Plan stratégique du CPCMC.</p>	<p>Directeur de la DIMC</p>	<p>Mars 2012</p>
<p>Subventions et contributions</p> <p>140. Le directeur général du Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques devrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> Examiner l'opportunité du cycle de sollicitation de subventions et de contributions afin de permettre d'approuver un plus grand nombre de 	<p>Cette recommandation est acceptée. Le Rapport de vérification reconnaît que des améliorations globales ont été apportées au processus de subventions et contributions de l'Agence. Toutefois, d'une manière générale, l'Agence continue de faire face à des difficultés en ce qui concerne l'échéancier et l'opportunité des approbations normales du</p>		

Recommandation	Plan d'action de la direction	Cadre de première responsabilité	Date cible
	<p>par la direction des Opérations régionales, portant essentiellement sur l'échange des connaissances issues des programmes reliés aux subventions et contributions. Le Centre s'engagera à créer un mécanisme visant à analyser les résultats du Groupe de travail de la Direction générale afin d'améliorer l'échange des résultats et des enseignements tirés des programmes communautaires. Les prochaines étapes proposées seraient approuvées par le Comité de la haute direction du Centre.</p>		

Annexe C : Systèmes de surveillance des maladies chroniques de l'ASPC

Situation au mois de novembre 2010

Maladies	Indicateurs de la surveillance					
	Mortalité	Incidence	Prévalence	Facteurs de risque	Déterminants	Inégalités
Diabète	4	4	4	4	3	3
Maladies cardiovasculaires *						
Maladies cardiaques	4	4	4	4	3	3
Hypertension	4	4	4	4	3	3
Accident vasculaire cérébral (AVC) et infarctus aigu du myocarde (IAM)	4	1	s.o.	4	3	3
Cancer **	4	4	s.o.	0	0	0
Maladies musculo-squelettiques						
Arthrite ***	4	1	4	4	3	3
Ostéoporose *	4	1	3	2	2	2
Maladies mentales ****	4	1	4	3	3	3
Maladies respiratoires						
MPOC * et asthme	4	1	4	3	3	0
Apnée du sommeil	4	0	3	4	2	1
Affections neurologiques						
Maladie d'Alzheimer * et maladie de Parkinson *	4	0	1	1	1	1
Obésité	s.o.	0	4	4	3	3

(Source : ASPC-Division de la surveillance et du contrôle des maladies chroniques)

Situation ou degré d'élaboration du programme de surveillance des maladies chroniques :

- 0- Aucun programme de surveillance
- 1- En cours d'élaboration (étude de faisabilité/validation)
- 2- Programme de surveillance limité
- 3- Il existe un programme de surveillance, mais il accuse des lacunes
- 4- Programme de surveillance bien élaboré
- s.o. – sans objet

Définition des indicateurs de surveillance

Mortalité	Quantifier le nombre de décès qui ont été répertoriés durant une période donnée
Incidence	Quantifier combien de nouveaux cas ont été répertoriés au cours d'une période donnée
Prévalence	Quantifier le nombre total de cas à un moment donné
Facteurs de risque	Recenser les facteurs (biologiques [p. ex., âge, sexe, niveau de cholestérol, pression sanguine, poids, etc.] et comportementaux) qui influent sur la maladie
Déterminants	Recenser les déterminants (environnement social et culturel, etc.) qui influent sur la maladie
Inégalités	Recenser les disparités qui contribuent à la vulnérabilité de sous-populations spécifiques

IAM – infarctus aigu du myocarde

MPOC – maladie pulmonaire obstructive chronique

*Sans objet pour les enfants et les jeunes

** Le **cancer** comprend les formes suivantes : le cancer du sein, le cancer pulmonaire, le cancer du colon, le cancer de la prostate, le cancer du col de l'utérus et autres – un programme de dépistage est bien élaboré pour le cancer du sein et en cours d'élaboration pour les cancers du colon, de la prostate et du col de l'utérus

*** En cours d'élaboration pour les enfants et les jeunes

******Maladie mentale** comprend les troubles de l'humeur et les troubles anxieux, les psychoses et les troubles liés à la consommation de drogue et autres troubles

Annexe D : Liste des acronymes

Agence	Agence de la santé publique du Canada
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BVG	Bureau du vérificateur général du Canada
CMR	Cadre de mesure du rendement
CPCMC	Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques
CPS	Centre pour la promotion de la santé
DEC	Développement et échange des connaissances
DSSE	Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie
ETP	Effectifs à temps plein
ICPE	Initiative canadienne sur les pratiques exemplaires
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
OEREB	Outil d'évaluation des risques associés à l'entente ou aux bénéficiaires
PCCC	Partenariat canadien contre le cancer
POI	Plan opérationnel intégré
RPP	Rapport sur les plans et priorités
S et C	Subventions et Contributions
SIMVSMC	Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques
SNSD	Système national de surveillance du diabète
SNSMC	Système national de surveillance des maladies chroniques