



Health Canada and the Public
Health Agency of Canada

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

Évaluation des activités de prévention des maladies chroniques de l'Agence de la santé publique du Canada 2009-2010 à 2014-2015

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

Janvier 2015

Liste des acronymes

BPPN	Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition
BVG	Bureau du vérificateur général
DGPSPMC	Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques
DDISIS	Direction des déterminants sociaux et de l'intégration scientifique
DGAPC	Direction générale des affaires publiques et des communications
GECSSP	Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs
LFR	<i>Loi fédérale sur la responsabilité</i>
MNT	Maladie non transmissible
MS	Organisation mondiale de la Santé
SIMVSMC	Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques

Table des matières

Sommaire	ii
Réponse et plan d'action de la direction	vii
1.0 But de l'évaluation	1
2.0 Description du programme	1
2.1 Contexte du programme	1
2.2 Profil du programme	2
2.3 Modèle logique du programme et exposé des faits	4
2.4 Harmonisation et ressources du programme	5
3.0 Description de l'évaluation	6
3.1 Portée, approche et conception de l'évaluation	6
3.2 Limites et stratégies d'atténuation	7
4.0 Constatations	8
4.1 Pertinence : élément n° 1 – nécessité de maintenir le programme	8
4.2 Pertinence : élément n° 2 – harmonisation avec les priorités du gouvernement	11
4.3 Pertinence : élément n° 3 – harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral	15
4.4 Rendement : élément n° 4 – obtention des résultats escomptés (efficacité)	21
4.5 Rendement : élément n° 5 – démonstration d'économie et d'efficacité	45
5.0 Conclusions	50
5.1 Conclusions relatives à la pertinence	50
5.2 Conclusions relatives au rendement	52
6.0 Recommandations	53
Annexe 1 – Références	56
Annexe 2 – Modèle logique	59
Annexe 3 – Résumé des constatations	60
Annexe 4 – Rôle des intervenants	67
Annexe 5 – Description de l'évaluation	69
Annexe 6 – Schématisation des intervenants	72
Annexe 7 – Description des données de mesure du rendement	73

Liste des tableaux

Tableau 1 : Ressources du programme (\$)	5
Tableau 2 : Limites et stratégies d'atténuation	7
Tableau 3 : Profil de projet – projets de l'Approche de partenariats plurisectoriels (2012-2014)	31
Tableau 4 : Analytique Web pour les Cubes de données : de 2011-2012 à 2013-2014	33
Tableau 5 : Rapports de surveillance produits : 2009-2014	34
Tableau 6 : Coûts directs et indirects des maladies cardiovasculaires, du diabète, du cancer et des maladies pulmonaires obstructives chroniques (2008)	46
Tableau 7 : Écart entre les budgets de fin d'exercice et les dépenses 2009-2010 à 2013-2014	47

Sommaire

La présente évaluation couvre les activités touchant aux modes de vie sains et à la prévention des maladies chroniques (aux présentes, la prévention des maladies chroniques) de l'Agence de la santé publique du Canada (l'Agence) d'avril 2009 à août 2014. L'évaluation a été réalisée pour satisfaire aux exigences de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et de la Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor du Canada.

But et portée de l'évaluation

L'évaluation avait pour but de vérifier la pertinence et le rendement des activités de prévention des maladies chroniques de l'Agence. Elle a également été conçue pour aider la haute direction à planifier les programmes et à prendre des décisions à cet égard.

L'évaluation a couvert les activités financées par la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques (SIMVSMC), la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer, l'Initiative canadienne sur le cancer du sein, le Programme de la santé pulmonaire et l'Initiative nationale liée aux défibrillateurs externes automatisés. Elle s'est concentrée sur les activités de prévention des maladies chroniques exécutées par le Centre de prévention des maladies chroniques et n'a pas tenu compte des investissements de la SIMVSMC en santé mentale, du Consortium conjoint pour les écoles en santé, des investissements dans les maladies neurologiques, des initiatives fédérales sur le tabagisme et des activités traitant de sécurité alimentaire.

Description du programme

L'Agence, par l'intermédiaire du Centre de prévention des maladies chroniques, mène un éventail d'activités de prévention des maladies chroniques qui mettent l'accent sur la prévention en amont au moyen d'une approche sur les facteurs de risque et de prévention communs. Ces activités demandent notamment d'effectuer une surveillance, d'élaborer et de gérer des produits de connaissance et des plateformes, de financer des interventions portant sur les facteurs de risque communs grâce à l'Approche de partenariats plurisectoriels pour promouvoir les modes de vie sains et prévenir les maladies chroniques (aux présentes, l'Approche de partenariats plurisectoriels), d'assurer un leadership stratégique dans le cadre de tribunes nationales comme le Comité directeur pour des personnes et des communautés en santé du Réseau de santé publique et de soutenir le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP).

Bon nombre d'autres intervenants travaillent à la prévention des maladies chroniques au Canada. Les provinces et les territoires, d'autres ministères fédéraux, des organismes non gouvernementaux, des groupes communautaires locaux ainsi que des universitaires et des chercheurs exécutent tous des activités importantes dans ce secteur.

L'Agence a consacré environ 46 millions de dollars à ces activités en 2013-2014.

CONCLUSIONS – PERTINENCE

Nécessité de maintenir le programme

Il a été démontré que les intervenants doivent continuer de s'attaquer à la problématique des maladies chroniques. Les maladies chroniques demeurent un enjeu de santé publique; il est encore nécessaire de faire de la prévention étant donné que le rythme auquel de nouveaux cas de certaines maladies chroniques sont diagnostiqués continue d'augmenter. La recherche en matière de santé publique a démontré que des facteurs de risque communs, comme les mauvaises habitudes alimentaires et l'inactivité physique, contribuent aux maladies chroniques et que l'obésité augmente le risque de développer bon nombre de maladies chroniques. L'Agence a été capable de s'adapter à un milieu en évolution en modifiant ses activités pour qu'elles soient axées sur la prévention des maladies chroniques et mettent l'accent sur les facteurs de risque communs.

Harmonisation avec les priorités du gouvernement

Le gouvernement fédéral et l'Agence estiment toujours que la prévention des maladies chroniques et l'obésité sont des dossiers prioritaires. Dans les cinq dernières années, de nombreuses déclarations FPT et internationales et de nombreux documents d'établissement des priorités ont été signés; il s'agissait d'initiatives misant sur la prévention des maladies chroniques qui se penchaient sur l'obésité, les facteurs de risque et de protection communs et les écarts sur le plan de la santé.

Les activités suivent bien les priorités du gouvernement fédéral dans les domaines de la prévention des maladies chroniques et de l'obésité. Par exemple, le Centre de prévention des maladies chroniques a opté pour une approche axée sur les facteurs de risque communs pour ses activités de prévention des maladies chroniques. Il se peut que des occasions de clarifier la façon dont l'approche axée sur la santé de la population contribue à réduire les écarts en santé se présentent dans le cadre de l'exercice de rafraîchissement des politiques du Centre de prévention des maladies chroniques.

Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral

Un rôle clair a été défini pour le gouvernement fédéral dans le secteur de la prévention des maladies chroniques, surtout pour ce qui est d'effectuer de la surveillance et de la recherche, d'assurer un leadership, de soutenir des initiatives communautaires, de cibler des pratiques exemplaires et d'appuyer l'élaboration de lignes directrices sur le dépistage. Les activités de prévention des maladies chroniques que mène présentement l'Agence vont dans le même sens que les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral en matière de santé publique pour ce qui est de la lutte contre les maladies chroniques.

Le rôle du gouvernement fédéral en matière de santé publique ne semble pas chevaucher le rôle des autres intervenants. Dans les faits, les rôles ont plutôt tendance à se compléter les uns les autres. Cependant, les informateurs clés de l'extérieur – qui représentent les provinces et les territoires, les organisations non gouvernementales ou les autorités sanitaires locales – ont eu de

la difficulté à comprendre les différences entre les rôles liés à la prévention des maladies chroniques et aux modes de vie sains joués par l'Agence et d'autres ministères fédéraux, surtout Santé Canada et Patrimoine canadien (soit Sport Canada).

CONCLUSIONS – RENDEMENT

Obtention des résultats escomptés (efficacité)

Dans les cinq dernières années, on a obtenu très peu de preuves de l'intégration des activités (p. ex. activités scientifiques et de surveillance permettant d'étoffer les politiques et les programmes) à l'intérieur et à l'extérieur du Centre de prévention des maladies chroniques. Quelques initiatives tenues récemment, comme le Forum sur les questions émergentes de la Division de la surveillance de la santé et de l'épidémiologie et le Forum des idées de la Division des partenariats et des stratégies, constituent de bons mécanismes qui encouragent tous les secteurs du Centre et la DGSPMC à tirer des leçons les uns les autres et à se réunir pour traiter d'enjeux communs au besoin.

Dans le secteur de la collaboration, l'évaluation a fait ressortir que le Centre collabore fréquemment avec les intervenants pour faire avancer les projets et les priorités (p. ex. obésité et poids santé) et que ces activités sont très appréciées; cependant, des informateurs clés externes étaient d'avis qu'il serait possible d'apporter des améliorations, surtout pour ce qui est de communiquer clairement les priorités de l'Agence.

Au cours des cinq dernières années, un large éventail de projets communautaires ont eu une incidence sur la vie des Canadiens. Même s'il est relativement récent, le nouveau programme de subventions et de contributions de l'Agence, l'Approche de partenariats plurisectoriels, démontre que les projets financés peuvent adopter des approches axées sur les facteurs de risque communs, que les partenaires du secteur privé souscrivent pleinement aux projets et que, à prime abord, on observe des changements de comportement par suite des initiatives financées. Toutefois, il est possible de clarifier la façon dont le concept d'approche de partenariats plurisectoriels va dans le même sens que l'approche axée sur la santé de la population.

Des produits de connaissance ont été élaborés au cours des cinq dernières années; de plus, on continue de gérer des plateformes clés. Même si la Stratégie numérique mise en œuvre récemment au Centre vise à accroître et à faciliter l'accès, certaines difficultés demeurent. Par exemple, bon nombre d'informateurs clés de l'interne et de l'externe étaient d'avis que, en général, il n'y a pas eu de promotion des produits et des plateformes auprès des publics cibles. Des questions ont été soulevées quant à la qualité de certains des renseignements inclus dans l'une des plateformes de connaissance, soit le Portail canadien des pratiques exemplaires.

L'évaluation a fait ressortir que les intervenants utilisent fréquemment les produits de connaissance sur la surveillance. Même si l'on trouve peu d'information sur l'utilisation d'autres plateformes de connaissance (comme le Portail canadien des pratiques exemplaires et Cubes de données), il a été possible de trouver quelques exemples d'utilisation pour l'évaluation.

Démonstration d'économie et d'efficience

On a fait une démonstration d'efficience par des changements apportés récemment, comme l'orientation axée sur le rendement de l'Approche de partenariats plurisectoriels. De plus, la démonstration d'économie se poursuivra avec cette approche; la somme de 10,8 millions de dollars en subventions et en contributions affectée aux neuf projets à l'étude dans le cadre de la présente évaluation a permis à l'Agence d'aller chercher 9,3 millions de dollars du secteur privé. Même si cette approche est relativement nouvelle, elle a déjà permis d'élargir la portée et peut-être même l'incidence des projets financés.

Pour ce qui est de la structure de gouvernance, des changements apportés récemment ont permis au Centre de prévention des maladies chroniques de profiter de mécanismes et de processus de prise de décisions et d'établissement des priorités plus simples. Après avoir étudié les recommandations du vérificateur général sur *La promotion de la prévention et du contrôle du diabète*, on a élaboré récemment un système de codage financier qui vient renforcer la capacité du Centre de définir les dépenses prévues et réelles selon les différentes priorités. De plus, l'évaluation a révélé que le Centre est en voie de réussir à mettre en place une culture de mesure du rendement.

D'autres gains d'efficience pourraient s'avérer possibles si l'on intégrait davantage les activités au sein du Centre et si l'on collaborait plus avec d'autres secteurs de la DGPSPMC, au besoin.

RECOMMANDATIONS

Recommandation 1 :

Passer en revue le Portail canadien des pratiques exemplaires en se concentrant sur l'évaluation du contenu des pratiques exemplaires courantes.

Des questions ont été soulevées quant au contenu des pratiques exemplaires offertes dans le Portail canadien des pratiques exemplaires (soit par des entrevues auprès d'informateurs clés, l'analytique Web et une enquête sur la mesure du rendement). L'évaluation recommande que le Centre de prévention des maladies chroniques mène un examen externe du contenu des pratiques exemplaires courantes pour orienter un processus de révision qui rétablirait la confiance dans un rôle et une plateforme prisés offrant un beau potentiel. Il faudrait ensuite apporter des modifications pour donner suite aux recommandations découlant de l'examen externe.

Recommandation 2 :

Régler les problèmes de communication.

La communication est au cœur de certains enjeux soulevés dans le cadre de l'évaluation. Plus exactement, le Centre de prévention des maladies chroniques devrait :

- en collaboration avec d'autres ministères (p. ex. Santé Canada et Patrimoine canadien), communiquer les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral en matière de santé publique et de prévention des maladies chroniques aux intervenants externes;
- élaborer et communiquer un plan de diffusion pour les produits de surveillance;
- améliorer les efforts de promotion de la stratégie, des produits et des plateformes de prévention des maladies chroniques auprès des publics cibles;
- clarifier et faire savoir en quoi le modèle de l'Approche de partenariats plurisectoriels est conforme à ce qui est attendu d'une approche axée sur la santé de la population.

La Stratégie numérique du Centre représente un pas dans la bonne direction pour ce qui est de régler certains problèmes de communication, mais cette stratégie est encore relativement nouvelle. Une fois l'exercice de rafraîchissement des politiques terminé, le Centre devra s'assurer de transmettre les priorités aux intervenants.

Recommandation 3 :

Continuer d'intégrer les activités de prévention des maladies chroniques au sein du Centre de prévention des maladies chroniques et officialiser les mécanismes pour garantir cette même intégration.

L'intégration devrait se faire au sein du Centre de prévention des maladies chroniques. L'évaluation a fait ressortir peu d'exemples d'activités fructueuses bien intégrées au sein du Centre, mais également avec d'autres secteurs de la Direction générale, selon le cas. Le Centre reconnaît que l'intégration pourrait être meilleure; il a donc lancé, au printemps 2014, le Forum sur les questions émergentes, sous la direction de la Division de la surveillance de la santé et de l'épidémiologie, qui devrait permettre d'améliorer l'intégration.

Réponse et plan d'action de la direction

Évaluation des activités de prévention des maladies chroniques de l'Agence

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Réalisations attendues	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Ressources
1. Passer en revue le Portail canadien des pratiques exemplaires en se concentrant sur l'évaluation du contenu des pratiques exemplaires courantes.	La direction est d'accord avec cette recommandation.	Le CPMC améliorera les critères d'évaluation et le processus de sélection pour les interventions ciblées sur le Portail des pratiques exemplaires.	La version améliorée des critères d'évaluation et du processus de sélection pour les pratiques exemplaires est validée et approuvée. Le contenu du Portail canadien des pratiques exemplaires est révisé en fonction des critères d'évaluation améliorés.	31 mars 2015 31 mars 2016	Rodney Ghali, directeur général, Centre de prévention des maladies chroniques	Les ressources existantes seront utilisées.
2. Régler les problèmes de communication. En collaboration avec d'autres ministères (p. ex. Santé Canada et Patrimoine canadien), communiquer les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral en matière de santé publique et de prévention des maladies chroniques aux intervenants externes. Élaborer et communiquer un plan de diffusion pour les produits de surveillance.	La direction est d'accord avec cette recommandation.	Le CPMC passera en revue l'information se trouvant sur le site Web de l'Agence pour clarifier le rôle du gouvernement du Canada dans le sport, l'activité physique et la nutrition. Le CPMC travaillera avec la Direction générale des affaires publiques et des communications pour établir des horaires de communication communs et la liste des publications traitant de la surveillance du CPMC qui sont à venir.	Les hyperliens vers les sites de Patrimoine canadien et de Santé Canada traitant de leurs rôles respectifs au niveau du sport et de la nutrition sont ajoutés à la page Web « Partenariats pour promouvoir les modes de vie sains et prévenir les maladies chroniques ». Le calendrier des publications du CPMC traitant de la surveillance est affiché dans un sous-groupe sur GCconnex. La liste des publications à venir du CPMC traitant de la surveillance sera affichée sur une plateforme Web accessible.	30 juin 2015 30 octobre 2015 30 octobre 2015	Rodney Ghali, directeur général, Centre de prévention des maladies chroniques	Les ressources existantes seront utilisées.

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Réalisations attendues	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Ressources
<p>Améliorer les efforts de promotion de la stratégie, des produits et des plateformes de prévention des maladies chroniques auprès des publics cibles.</p> <p>Clarifier et faire savoir en quoi le modèle de l'Approche de partenariats plurisectoriels est conforme à ce qui est attendu d'une approche axée sur la santé de la population.</p>		<p>Le CPMC finalisera son Cadre stratégique 2015-2016 – 2018-2019, qui établit un lien avec d'autres stratégies connexes (p. ex. Stratégie numérique du CPMC), pour promouvoir les produits et les plateformes.</p> <p>Le CPMC révisera la page Web « Partenariats pour promouvoir les modes de vie sains et prévenir les maladies chroniques » pour clarifier en quoi l'approche est conforme à ce qui est attendu d'une approche axée sur la santé de la population.</p>	<p>La version révisée du Cadre stratégique 2015-2016 – 2018-2019 du CPMC sera affichée sur le site Web de l'Agence.</p> <p>Le contenu révisé est affiché sur la page Web « Partenariats pour promouvoir les modes de vie sains et prévenir les maladies chroniques ».</p>	<p>30 juin 2015</p> <p>30 octobre 2015</p>		
<p>3. Continuer d'intégrer les activités de prévention des maladies chroniques et officialiser les mécanismes pour garantir cette même intégration.</p>	<p>La direction est d'accord avec cette recommandation.</p>	<p>Le CPMC continuera de soutenir le Forum sur les questions émergentes sur une base trimestrielle et le Forum des idées sur une base semestrielle, notamment en allant chercher des participants dans toute la DGSPMC, au besoin. Les idées ainsi générées seront transmises au Comité de la haute direction du CPMC à des fins d'examen selon le cas.</p>	<p>Comptes rendus des décisions du Comité de la haute direction du CPMC; grandes lignes des discussions tirées du Forum sur les questions émergentes et du Forum des idées.</p>	<p>En cours</p>	<p>Rodney Ghali, directeur général, Centre de prévention des maladies chroniques</p>	<p>Les ressources existantes seront utilisées.</p>

1.0 But de l'évaluation

L'évaluation avait pour but de vérifier la pertinence et le rendement des activités relatives aux modes de vie sains et à la prévention des maladies chroniques de l'Agence (aux présentes, la prévention des maladies chroniques) pour la période allant d'avril 2009 à août 2014.

L'évaluation a été réalisée pour satisfaire aux exigences de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et de la Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor du Canada. Elle a été conçue pour aider la haute direction à planifier les programmes et à prendre des décisions à cet égard. L'évaluation était prévue dans le *Plan d'évaluation quinquennale de 2013-2014 à 2017-2018* de l'Agence et de Santé Canada.

2.0 Description du programme

2.1 Contexte du programme

Les activités de prévention des maladies chroniques de l'Agence sont dirigées par le Centre de prévention des maladies chroniques de la Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques (DGSPPMC).

Les activités de l'Agence dans le secteur des modes de vie sains et de la prévention des maladies chroniques se fondent sur la SIMVSMC. La SIMVSMC a été annoncée dans le cadre du budget fédéral de 2005; le gouvernement fédéral s'est alors engagé à verser 300 millions de dollars sur cinq ans et 66,7 millions de dollars par année en financement permanent à l'Agence. Cette stratégie visait à s'assurer que le Canada dispose d'une approche intégrée pour s'attaquer aux principales maladies chroniques, notamment par la lutte contre les facteurs de risque et la réalisation de travaux complémentaires axés sur des maladies en particulier.

Peu après la mise en œuvre de la SIMVSMC, le gouvernement du Canada et les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé et de la Promotion de la santé ou des Modes de vie sains (à l'exception de celui du Québec) ont appuyé deux initiatives axées sur la prévention des maladies, des incapacités et des blessures ainsi que sur la promotion de la santé, soit la Déclaration sur la prévention et la promotion (septembre 2010) et Freiner l'obésité juvénile : Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé (novembre 2011).

Parallèlement, le Canada a ratifié la Déclaration politique sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (septembre 2011) des Nations Unies, laquelle mise sur la prévention pour lutter contre les maladies chroniques.

Tous ces engagements, ainsi que les investissements concurrents (comme la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer en 2006, le Programme de la santé pulmonaire en 2009-2012 et l'Initiative nationale liée aux défibrillateurs externes automatisés en 2013), ont mené à une nouvelle approche de lutte contre les maladies chroniques à l'échelle nationale, soit mettre l'accent sur la prévention, plus précisément sur la prévention en amont à l'aide d'une approche axée sur les facteurs de risque communs.

Alors que ces changements étaient en cours, les dépenses ont été examinées dans l'ensemble du gouvernement fédéral. Les réaffectations budgétaires récentes ont eu une incidence sur les activités de prévention des maladies chroniques de l'Agence. Par exemple, les bureaux régionaux ont subi un processus de transformation en vertu duquel les activités devaient appuyer le travail des Centres de l'Agence au lieu de gérer et d'exécuter les programmes. Les activités scientifiques réalisées au CPMC ont été fusionnées avec les activités d'équité en santé dans une même Direction, qui assure désormais un soutien à la DGSPMC.

Un autre élément contextuel important est le rapport publié récemment par le Bureau du vérificateur général (BVG) qui s'intitule *La promotion de la prévention et du contrôle du diabète*, qui a été publié au printemps 2013. Le rapport du vérificateur général, même s'il se penchait sur la Stratégie canadienne du diabète, a découvert des points à améliorer s'appliquant à bon nombre des activités du Centre de prévention des maladies chroniques. Le Centre a alors décidé d'apporter des changements majeurs pour donner suite aux recommandations, notamment en mettant en place un système révisé de suivi des charges financières ainsi qu'un système de planification et de mesure du rendement plus robuste.

Au cours des deux dernières années, de nombreux plans stratégiques ont été élaborés au sein de l'Agence et au Centre; ils vont de la transformation de la surveillance à la mobilisation du savoir. Tous ces plans ont aussi permis d'exercer une influence sur les activités courantes de prévention des maladies.

Au moment de l'évaluation, le Centre de prévention des maladies chroniques s'affairait à vérifier la concordance entre ses activités ainsi que ses politiques et programmes pour clarifier les changements aux programmes et à l'orientation qui ont été apportés dans les dernières années.

2.2 Profil du programme

L'Agence, par l'intermédiaire du Centre de prévention des maladies chroniques, exécute un éventail d'activités pour prévenir les maladies chroniquesⁱ.

Surveillance et épidémiologie

L'Agence assure une surveillance des maladies et des conditions chroniques chez les adultes, notamment du diabète, de l'hypertension, des maladies mentales, des troubles respiratoires (comme la MPOC et l'asthme), des maladies musculo-squelettiques (p. ex. ostéoporose et

ⁱ Il faut noter que, dans le présent rapport, toute référence à la prévention des maladies chroniques englobe également les activités rattachées à des modes de vie sains (ou aux facteurs de protection).

arthrite) ainsi que des AVC et du cancer. L'Agence vérifie également des facteurs en amont qui peuvent faire l'objet de mesures de suivi dans le cadre de programmes de prévention, comme le poids santé (obésité), l'activité physique, les comportements sédentaires, le sommeil, les moyens de transport actifs, les environnements construits et la santé mentale. L'Agence analyse des données et élabore des produits de connaissance; plusieurs sources de données sont utilisées pour ces analyses, dont des enquêtes (p. ex. Enquête canadienne sur les mesures de la santé et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada), le Registre canadien du cancer et des données administratives (p. ex. Système national de surveillance des maladies chroniques). De plus, les lacunes dans les données de surveillance sont comblées au moyen d'initiatives de surveillance ciblée qui nécessitent une collaboration avec des chercheurs (p. ex. cartes géospatiales pour cerner les environnements bâtis; scores de potentiel piétonnier).

Produits et plateformes de connaissance

Dans ce secteur d'activités, l'Agence élabore et/ou gère un éventail de produits et de plateformes de connaissance, notamment l'Infobase des maladies chroniques (p. ex. Cadre d'indicateurs des maladies chroniques et des blessures statistiques rapidesⁱⁱ et Cubes de données), le Portail canadien des pratiques exemplaires et la revue *Maladies chroniques et blessures au Canada*.

Interventions

Les interventions qui mettent l'accent sur des facteurs de risque communs, comme les mauvaises habitudes alimentaires, l'inactivité physique et le tabagisme, sont financées par l'Agence dans le cadre de l'Approche de partenariats plurisectoriels. Afin d'élargir la portée des activités, le présent programme de subventions et de contributions favorise l'établissement de partenariats plurisectoriels entre des organisations non gouvernementales et des intervenants du secteur privé. L'Agence offre également un financement pour soutenir l'installation de défibrillateurs externes automatisés dans les arénas de hockey récréatif.

De 2008 à 2012, l'Agence a accordé du financement à des programmes communautaires mettant l'accent sur les maladies chroniques (Programme de financement communautaire sur le cancer, Initiative canadienne sur le cancer du sein et Stratégie canadienne du diabète) et les modes de vie sains (Fonds pour la promotion des modes de vie sains). Elle a également financé des initiatives, dans le cadre du Programme des maladies cardiovasculaires, visant à donner suite aux recommandations tirées du document « Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire et plan d'action »ⁱⁱⁱ.

ⁱⁱ Au moment de l'évaluation, le Cadre d'indicateurs des maladies chroniques et des blessures statistiques rapides avait été lancé à l'interne (au sein de l'Agence). Le Cadre est disponible à l'externe depuis novembre 2014.

ⁱⁱⁱ La Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire et plan d'action, qui a été financée par l'Agence, était une initiative indépendante réalisée par des intervenants en partenariat avec la Fondation des maladies du cœur du Canada, la Société canadienne de cardiologie et les Instituts de recherche en santé du Canada. L'initiative a mené à la production d'un rapport, comprenant six recommandations clés, qui a servi de guide à l'ensemble des intervenants du domaine des maladies du cœur, dont l'Agence.

Leadership stratégique

À l'échelle nationale, l'Agence soutient le Comité directeur pour des personnes et des communautés en santé du Réseau de santé publique et assure un soutien scientifique au GECSSP pour l'élaboration et la révision des lignes directrices sur le dépistage. Sur le plan international, l'Agence est responsable du Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur les politiques relatives aux maladies non transmissibles; elle participe également à des comités et à des tribunes internationales.

Pour mener à bien ses activités, le Centre de prévention des maladies chroniques travaille en étroite collaboration avec un éventail d'intervenants. Voici certains des principaux intervenants :

- des ministères fédéraux, dont les Instituts de recherche en santé du Canada, Santé Canada, Patrimoine canadien (Sport Canada) et Statistique Canada;
- les provinces et les territoires, par l'intermédiaire du Comité directeur pour des personnes et des communautés en santé du Réseau de santé publique, mais également lors d'initiatives bilatérales dans différents secteurs d'activités, dont la surveillance;
- des organisations non gouvernementales du domaine des modes de vie sains et de la prévention des maladies chroniques, comme la Société canadienne du cancer et l'Association canadienne du diabète;
- des partenaires du secteur privé qui prennent part, ou pourraient prendre part, à des mesures plurisectorielles de promotion des modes de vie sains et de prévention des maladies chroniques;
- la communauté internationale par l'intermédiaire de l'Organisation panaméricaine de la santé, des Nations Unies et de l'OMS.

Prière de consulter l'Annexe 4 pour obtenir plus de détails sur les principaux partenaires.

2.3 Modèle logique du programme et exposé des faits

Selon le Cadre de mesure du rendement 2013-2014 de l'Agence, les résultats escomptés du Programme de prévention des maladies chroniques et des blessures sont les suivants :

- Les priorités en matière de prévention des maladies chroniques au Canada sont cernées et des mesures sont prises à cet égard.
- Les pratiques, les programmes et les politiques de prévention des maladies chroniques destinés aux Canadiens sont éclairés par des données probantes.

Les secteurs d'activités ainsi que les résultats immédiats, intermédiaires et à long terme sont décrits dans la Stratégie de mesure du rendement de la SIMVSMC. Trois grands secteurs sont illustrés : établissement de partenariats/collaboration plurisectorielle; production et échange de connaissances; surveillance et analyse.

Le secteur d'activités « établissement de partenariats » devrait donner comme résultat immédiat la mise en place de partenariats plurisectoriels. De tels partenariats mènent ensuite à l'élaboration d'approches sur des facteurs de risque communs pour les initiatives de prévention. À long terme, on s'attend à ce que cela permette de définir et de réaliser des priorités en matière de prévention des maladies chroniques pour le Canada.

Les secteurs d'activités « production et échange de connaissances » et « surveillance et analyse » devraient tous deux mener à un meilleur accès à des produits de connaissance pour ce qui est des résultats immédiats. Ces secteurs d'activités entraînent l'utilisation de produits de connaissance et de renseignements à moyen terme puis, à long terme, donnent des pratiques, des programmes et des politiques de prévention des maladies chroniques étoffés par des données probantes à l'intention de la population canadienne.

Le lien entre ces secteurs d'activités et les résultats escomptés est illustré dans le modèle logique (voir l'Annexe 2). L'évaluation visait à mesurer le niveau de réalisation des extrants et des résultats définis au cours de la période visée par l'évaluation.

2.4 Harmonisation et ressources du programme

Les activités faisaient partie de l'Architecture d'alignement des programmes 2013-2014 de l'Agence : programme 1.2 – Promotion de la santé et prévention des maladies; sous-programme 1.2.3 – Prévention des maladies chroniques (non transmissibles) et des blessures.

Les données financières des exercices 2009-2010 à 2013-2014 sont présentées ci-dessous (Tableau 1). Dans l'ensemble, le sous-programme disposait d'un budget de 234 millions de dollars sur cinq ans^{iv}.

Tableau 1 : Ressources du programme (\$)*

Exercice	S et C	F et E	Salaire	Total
2009-2010	15 288 132	15 554 165	12 124 073	42 966 370
2010-2011	14 132 315	18 199 241	15 843 615	48 175 171
2011-2012	16 920 673	17 240 562	17 289 603	51 450 838
2012-2013	14 724 771	16 502 874	14 164 695	45 392 340
2013-2014	17 705 733	14 651 041	13 922 686	46 279 460
Total	78 771 624	82 147 883	73 344 672	234 264 179

* Données vérifiées par le Bureau du dirigeant principal des finances

En 2013-2014, le personnel du Centre de prévention des maladies chroniques se composait au total de 175 employés à temps plein. Les employés étaient regroupés dans cinq Divisions : Division de la surveillance de la santé et de l'épidémiologie (86), Division des partenariats et des stratégies (30), Division des interventions et des pratiques exemplaires (23), Division des lignes

^{iv} Étant donné la complexité du système de codage financier de la SIMVSMC, des données financières s'appliquant aux activités de tout le Centre ont été utilisées pour l'évaluation. Les données financières présentées dans le présent rapport englobent d'autres activités menées par le CPMC et donnent une image plus précise des dépenses rattachées à la prévention des maladies chroniques.

directrices en prévention (7), Bureau exécutif (p. ex. finances, planification, mesure du rendement et politiques) (20) et Bureau du directeur général (9). L'effectif se répartit comme suit : 4 directeurs, 83 analystes des politiques, 35 épidémiologistes, 30 analystes des programmes, 10 titulaires de postes administratifs, 5 programmeurs, 5 titulaires de postes médicaux et 3 chercheurs.

3.0 Description de l'évaluation

3.1 Portée, approche et conception de l'évaluation

L'évaluation a couvert la période allant d'avril 2009 à août 2014 et englobait des activités financées par la SIMVSMC, la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer, l'Initiative canadienne sur le cancer du sein, le Programme de la santé pulmonaire et l'Initiative nationale liée aux défibrillateurs externes automatisés. Elle s'est concentrée sur les activités de prévention des maladies chroniques de la DGSPMC exécutées par le Centre de prévention des maladies chroniques et a exclu les activités scientifiques traitant des maladies chroniques menées par la Direction des déterminants sociaux et de l'intégration scientifique (DDISIS), les investissements de la SIMVSMC en santé mentale, le Consortium conjoint pour les écoles en santé, des investissements dans les maladies neurologiques, la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme et les activités traitant de sécurité alimentaire.

Les éléments évalués cadrent avec la Politique sur l'évaluation (2009) du SCT et tiennent compte des cinq éléments fondamentaux des thèmes de la pertinence et du rendement, comme l'indique l'Annexe 5. Pour chaque élément fondamental, des questions précises ont été formulées à partir d'éléments du programme; ce sont ces questions qui ont guidé le processus d'évaluation.

Une approche de développement a été adoptée étant donné que les activités ont changé considérablement au cours des deux dernières années; cette approche sert également à étoffer un exercice de rafraîchissement des politiques qui était en cours au moment de l'évaluation. Cette approche offrait une certaine flexibilité du point de vue méthodologique et permettait d'obtenir une rétroaction en temps réel. Grâce à cette approche flexible, l'évaluation a pu vérifier le rendement des programmes de subventions et de contributions, la plupart de ces programmes ayant pris fin ou étant en voie d'être supprimés, séparément de la présente évaluation plus générale.

La Politique sur l'évaluation du Conseil du Trésor (2009) a guidé la conception de l'évaluation et la détermination des méthodes de collecte de données afin que l'évaluation satisfasse aux objectifs et aux exigences de la Politique. Un modèle non expérimental a été utilisé suivant la matrice d'évaluation, ce qui a permis de décrire la stratégie d'évaluation pour ces activités.

La collecte de données s'est amorcée en mars 2014 et a pris fin à la fin d'août 2014. Les données ayant servi à l'évaluation ont été recueillies à l'aide de différentes méthodes, soit : examen de documents et de dossiers; examen des données financières; entrevues avec des informateurs clés de l'interne et de l'externe; analyse internationale des activités de prévention des maladies

chroniques d'autres pays; examen des données sur le rendement; exercice de schématisation des intervenants; enquête Web auprès des intervenants. Un examen du contenu du Portail canadien des pratiques exemplaires a également été mené. L'Annexe 5 contient plus de renseignements sur les méthodes de collecte et d'analyse des données. Les données ont été analysées par triangulation de l'information recueillie selon les diverses méthodes énumérées ci-dessus. Le recours à plusieurs sources de données et à la triangulation avait pour but d'accroître la fiabilité et la crédibilité des constatations et des conclusions de l'évaluation.

3.2 Limites et stratégies d'atténuation

La plupart des évaluations sont assujetties à des contraintes susceptibles d'avoir des répercussions sur la validité et la fiabilité des constatations et des conclusions qui en découlent. Le tableau ci-après décrit les limites auxquelles les évaluateurs se sont heurtés pendant la mise en œuvre des méthodes choisies pour l'évaluation. Les stratégies d'atténuation mises en œuvre pour que les résultats de l'évaluation puissent être utilisés en toute confiance pour orienter la planification des programmes et la prise de décisions y figurent également.

Tableau 2 : Limites et stratégies d'atténuation

Limite	Incidence	Stratégie d'atténuation
Les activités de prévention des maladies chroniques regroupent bon nombre de programmes et d'activités, y compris des programmes de subventions et de contributions.	Étant donné la multitude de programmes, il se peut que les questions d'évaluation prises séparément ne permettent pas d'aborder en détail chaque programme et activité, ce qui pourrait avoir une incidence sur le respect des exigences de la <i>Loi sur la gestion des finances publiques</i> .	Les programmes de subventions et de contributions ont été évalués en marge de l'évaluation générale pour que l'évaluation du rendement soit plus approfondie.
Les données sur le rendement des projets de subventions et de contributions sont limitées puisqu'il n'a pas été possible d'obtenir des résultats en raison du délai trop court.	Il est difficile de mesurer l'incidence des projets de subventions et de contributions au niveau des résultats intermédiaires.	On a signalé l'atteinte de résultats immédiats et la triangulation avec d'autres sources de données probantes (p. ex. données issues des entrevues auprès d'informateurs clés) pour rendre compte des progrès vers l'atteinte des résultats intermédiaires.
Le volume d'information obtenu est restreint.	Les données sont insuffisantes et ne permettent pas de bien évaluer l'utilisation des produits et des plateformes d'information.	On a eu recours aux données sur l'utilisation tirées des enquêtes sur la satisfaction des utilisateurs produites par les secteurs de programme et les entrevues auprès d'informateurs clés.
Les entrevues avec les informateurs clés sont de nature rétrospective.	Les entrevues de nature rétrospective permettent d'obtenir une perspective récente d'événements passés. Cela peut avoir une incidence sur la validité des activités ou des résultats d'évaluation liés aux améliorations dans le secteur de programme.	La triangulation avec d'autres sources de données a permis de corroborer ou de compléter les données recueillies lors des entrevues. L'examen de la documentation permet d'obtenir des renseignements sur l'organisation.

Limite	Incidence	Stratégie d'atténuation
La structure de données financières n'était pas rattachée aux extraits ni aux résultats.	La capacité de quantifier l'efficacité et l'économie est moindre.	D'autres sources d'information (entrevues avec des informateurs clés et analyse documentaire) ont été utilisées afin de pouvoir apprécier qualitativement l'efficacité et l'économie.
Il y a eu un changement récemment dans l'orientation et les activités du programme.	Bon nombre d'activités ne suivent plus les autorités de programme initiales, et la documentation se rapportant à ces mêmes activités n'est plus à jour. Le modèle logique ne tient pas parfaitement compte de l'ensemble des activités courantes (p. ex. exclusion des résultats des projets de subventions et de contributions auprès des populations cibles).	L'évaluation mettait l'accent sur les activités entreprises après le changement d'orientation. D'autres secteurs de résultats ont été ajoutés pour tenir compte de la majorité des activités.

4.0 Constatations

La présente section contient un résumé des constatations qui sont classées sous deux grandes rubriques :

- pertinence : le besoin, les priorités et le rôle fédéral en santé publique sur le plan de la prévention des maladies chroniques;
- rendement : l'efficacité, l'efficacité et l'économie des activités de l'Agence dans ce domaine.

4.1 Pertinence : élément n° 1 – nécessité de maintenir le programme

Les maladies chroniques constituent la principale cause de décès au Canada et à l'échelle mondiale. Les gouvernements et les parties intéressées doivent continuer de prendre des mesures pour lutter contre les maladies chroniques.

L'OMS définit les maladies non transmissibles, ou maladies chroniques, comme étant des maladies qui sont de longue durée et qui progressent habituellement lentement. Chaque année, les maladies chroniques causent plus de décès partout dans le monde que toutes les autres causes combinées. En 2008, sur un total de 57 millions de décès survenus à l'échelle mondiale, plus de 36 millions (63 %) étaient attribuables à des maladies chroniques, soit surtout des maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et les maladies pulmonaires chroniques¹. La situation au Canada et dans la plupart des pays développés est comparable. En 2011, le cancer était la principale cause de décès, cette maladie ayant fauché la vie de 72 476 Canadiens, ce qui représente 30 % de tous les décès. Au cours de la même année, les maladies du cœur ont causé 20 % de tous les décès; suivent les AVC avec 6 % et les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures avec environ 5 % de tous les décès².

Prévalence et incidence

Au cours de la dernière décennie, la prévalence de bon nombre de maladies chroniques a augmenté considérablement. Par exemple, entre 1999 et 2009, la prévalence du diagnostic de diabète chez les Canadiens a augmenté de 70 %. Environ 2,4 millions de Canadiens (soit 6,8 % de la population totale) vit présentement avec un diagnostic de diabète; cependant, ce taux est probablement sous-estimé, car environ 20 % des cas ne sont pas diagnostiqués³. Les progrès constants dans la prévention et le contrôle des maladies cardiovasculaires ont permis de diminuer les taux de mortalité depuis les années 1960; toutefois, les recherches menées donnent à penser que le vieillissement de la population, combiné à des taux accrus d'obésité et de diabète, pourrait accroître la prévalence et la mortalité attribuées aux maladies cardiovasculaires dans l'avenir⁴.

Le taux d'incidence des maladies chroniques affiche une légère baisse depuis quelques années. Plus de 200 000 Canadiens ont reçu pour la première fois un diagnostic de diabète en 2008-2009. La tendance générale au niveau de l'incidence du diabète faisait ressortir une légère augmentation depuis 1998-1999, mais, dans l'ensemble, elle semble diminuer depuis 2006-2007⁵. En 2010, environ 170 000 nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués au Canada. Même si l'analyse des tendances dans l'incidence globale du cancer a démontré une hausse de 11 % par comparaison avec la décennie précédente, après avoir tenu compte du vieillissement de la population, l'analyse révèle plutôt une baisse de 3,4 %⁶. Chez les personnes nouvellement diagnostiquées, plus de la moitié des gens ont un cancer du poumon, colorectal, de la prostate ou du sein⁷.

Populations vulnérables

Certains déterminants sociaux, comme le niveau d'études, l'emploi, le revenu, le sexe et la race, exercent une influence sur les facteurs de risque et les taux de maladies chroniques⁸. Les groupes vulnérables, tels que les personnes de faible statut socio-économique, les autochtones et certaines minorités ethniques, affichent des taux disproportionnellement élevés de maladies chroniques. Par exemple, les personnes connaissant des difficultés d'ordre matériel sont moins susceptibles de pratiquer des activités physiques ou d'adopter de saines habitudes alimentaires, car elles pensent surtout aux difficultés de leur vie quotidienne⁹. Elles sont également plus susceptibles de réagir au stress psychosocial en adoptant des habitudes malsaines, comme une alimentation riche en glucides, le tabagisme et la consommation d'alcool¹⁰.

Les autochtones connaissent des taux plus élevés de maladies cardiaques, de diabète, de cancer et d'asthme que le reste de la population¹¹. De plus, la prévalence des maladies chroniques chez les jeunes autochtones est considérable : l'obésité et les maladies liées à l'obésité, comme le diabète de type 2, ont augmenté chez les jeunes des Premières Nations vivant dans le Nord depuis deux décennies. Les principaux changements ayant contribué à l'incidence élevée de l'obésité sont rattachés au mode de vie sédentaire, à de faibles niveaux d'activité physique ainsi qu'à une alimentation de plus en plus influencée par les habitudes alimentaires occidentales¹².

Changements au niveau de l'environnement

Conclusions des recherches en santé publique

On a découvert qu'il est possible de prévenir bon nombre de maladies chroniques en diminuant quatre grands facteurs de risque comportementaux : l'inactivité physique; la mauvaise alimentation; le tabagisme et la consommation d'alcool. Plus de 50 % des Canadiens de 20 ans et plus consacrent plus de 14 heures par semaine à des activités sédentaires, et seulement la moitié d'entre eux disent être physiquement actifs dans leurs loisirs¹³. Seulement 7 % des enfants et des jeunes atteignent le niveau d'activité recommandé chaque jour¹⁴. Par ailleurs, moins de la moitié des individus de 12 ans et plus déclarent consommer la quantité recommandée de fruits et de légumes qui est essentielle à une saine alimentation. Même si des interventions efficaces ont réduit les taux de tabagisme chez les Canadiens de 12 ans et plus de 26 % en 2001 à 20 % en 2011, le tabagisme constitue toujours un important facteur de risque¹⁵.

Certains facteurs de risque comportementaux peuvent mener à des affections intermédiaires, comme l'obésité, l'hypertension et des taux élevés de glycémie et de lipides, qui sont des déterminants importants de bon nombre de maladies chroniques. L'obésité accroît le risque de contracter certaines maladies chroniques, comme le diabète de type 2, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires et certaines formes de cancer. Depuis 1981, l'obésité mesurée a pratiquement doublé dans la plupart des groupes d'âge et est devenue plus sévère, la hausse étant plus importante dans les fourchettes de poids supérieures. Les données de 2009-2011 démontraient que 11,7 % des enfants de 5 à 17 ans et 26,2 % des adultes de 18 ans et plus étaient obèses¹⁶.

Dans les dernières années, les recherches ont démontré de plus en plus les liens entre l'environnement physique et social et les maladies chroniques. Les effets du caractère rapide et non planifié de l'urbanisation et de la mondialisation ont entraîné une hausse de la sédentarité et des mauvaises habitudes alimentaires¹⁷. Les environnements physiques et sociaux canadiens ont connu des changements, comme une diminution du potentiel piétonnier des quartiers, des écarts dans l'accessibilité et la proximité des marchés d'alimentation et la nature sédentaire du jeu et du travail, qui peuvent avoir une incidence négative sur la santé humaine^{18 19}.

Changements au niveau de la population

La proportion d'individus obèses ou en surpoids connaît une hausse considérable partout dans le monde, surtout en milieu urbain²⁰. Depuis les années 1980, les tendances démontrent une hausse importante de la prévalence des individus obèses ou en surpoids chez les deux sexes et dans presque tous les groupes d'âge²¹. À l'heure actuelle, l'obésité infantile constitue l'un des plus grands défis en matière de santé publique sachant que les enfants obèses sont plus susceptibles de devenir des adultes obèses présentant un risque accru de maladies chroniques.

On observe un autre changement dans le contexte relatif aux maladies chroniques, soit le vieillissement accru de la population. Depuis 30 ans, la population de 65 ans et plus augmente. On s'attend à ce que cette tendance se poursuive dans les prochaines décennies; d'ici 2050, les aînés devraient former 27 % de la population canadienne²². Les Canadiens vivent de plus en plus vieux et sont donc plus susceptibles de développer des maladies chroniques et des affections connexes. En 2009, 89 % des aînés canadiens souffraient d'au moins une maladie chronique²³.

Finalement, la recherche démontre que de plus en plus de gens doivent vivre avec plusieurs maladies chroniques. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2009 a révélé que plus de 13 % des Canadiens de 20 ans et plus souffrent de plusieurs (deux ou plus) maladies chroniques concurrentes, comme les maladies cardiovasculaires, le cancer, l'asthme, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le diabète, l'arthrite, la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence²⁴. Quand le nombre de maladies chroniques chez un même individu augmente, on constate un risque accru de décès prématuré, une moins bonne qualité de vie et des coûts plus importants pour le système de santé.

Nouvel intervenant

En plus des nouvelles données de recherche obtenues, l'arrivée d'un intervenant important sur la scène nationale en 2007 – le Partenariat canadien contre le cancer – a également contribué à modifier le paysage puisqu'il a pris en charge les principales activités de prévention et de contrôle du cancer. Dans le cadre de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer, élaborée en 2006, le gouvernement fédéral a réuni des partenaires de partout au pays pour former le Partenariat canadien contre le cancer. Le Partenariat encourage l'intégration de solutions dans tout le continuum de la lutte contre le cancer, va chercher du financement et facilite la production et l'échange de connaissances.

Concordance entre les changements dans l'environnement et les activités courantes

Afin de s'adapter à de tels changements dans l'environnement, l'Agence, la Direction générale et le Centre de prévention des maladies chroniques ont établi un certain nombre de plans et de stratégies. En 2013, le Centre a élaboré le Plan stratégique de prévention des maladies chroniques de 2013-2016, qui énonce le rôle et les priorités stratégiques du Centre dans la lutte contre les maladies chroniques. Ces plans, étayés par les données tirées des entrevues auprès d'informateurs clés, ont indiqué une forte concordance entre les changements dans l'environnement et les activités courantes. Par exemple, le Centre axe désormais son travail sur les facteurs de risque communs. De plus, avec la création du Partenariat canadien contre le cancer, le Centre a restreint ses activités touchant la production et l'échange de connaissances sur le cancer.

4.2 Pertinence : élément n° 2 – harmonisation avec les priorités du gouvernement

La prévention des maladies chroniques et des troubles connexes, comme l'obésité, est une priorité pour le gouvernement du Canada et l'Agence.

Gouvernement du Canada

La Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains a d'abord été approuvée par les ministres FPT de la Santé en 2005 pour reconnaître l'importance de la promotion des comportements liés aux modes de vie sains par des mesures coordonnées et soutenues²⁵. Peu après, l'Agence a élaboré la SIMVSMC pour confirmer l'approche intégrée de l'Agence à

l'égard de la prévention des maladies chroniques et de la promotion des modes de vie sains. Depuis, le gouvernement du Canada n'a cessé de démontrer que la prévention des maladies chroniques et des maladies connexes est un dossier prioritaire en signant un certain nombre d'ententes internationales.

Le gouvernement du Canada a réitéré que la prévention des maladies chroniques et des maladies connexes est une priorité qui se réalise en collaborant avec ses homologues provinciaux et territoriaux pour élaborer des ententes nationales. En 2010, la Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains a été renforcée; on a misé sur les conditions et les facteurs de risque communs et on s'est tourné vers de nouveaux secteurs possibles, dont la prévention de l'obésité²⁶. À cette fin, deux initiatives ont été approuvées entre 2010 et 2011 :

- la déclaration publique « Pour un Canada plus sain : faire de la prévention une priorité – Déclaration sur la prévention et la promotion de la part des ministres canadiens de la Santé, de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain » demande que l'on travaille ensemble et avec d'autres pour faire de la question de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, des incapacités et des blessures un axe d'intervention prioritaire²⁷;
- le document « Mettre un frein à l'obésité infantile : Cadre d'action fédéral-provincial-territorial pour la promotion du poids santé » met l'accent sur la réduction de la prévalence de l'obésité chez les enfants au Canada et la proposition de stratégies pour lesquelles les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux peuvent agir en collaboration²⁸.

En 2011, la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles²⁹ a été adoptée par des chefs de file mondiaux, dont le Canada. Cette déclaration a mis en place un programme international sur les maladies chroniques et a mené à la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé, également adoptée en 2011, pendant la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, organisée par l'OMS. À titre de signataire, le Canada a fait part de son engagement à l'égard de la mise en œuvre d'une approche axée sur les déterminants sociaux de la santé pour réduire les inégalités en santé et réaliser d'autres priorités d'intérêt mondial³⁰. Ces déclarations ont donné le *Plan d'action mondial pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles*, approuvé par l'OMS, qui vise à renforcer les efforts nationaux pour s'attaquer au fardeau lié aux maladies chroniques et contribuer à l'atteinte des cibles mondiales volontaires. Ce plan a été mis à jour en 2013, mais il vise encore en grande partie les mêmes objectifs, notamment les facteurs de risque communs des maladies chroniques.

Par ailleurs, un certain nombre de stratégies nationales axées sur des maladies en particulier ont été mises en place pour contribuer à la lutte contre les maladies chroniques au Canada. Il s'agit entre autres de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer, élaborée entre 1999 et 2006 par des partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux ainsi que par un groupe formé de plusieurs intervenants des principaux organismes canadiens voués à la cause du cancer. Depuis 2007, elle a été mise en œuvre par le Partenariat canadien contre le cancer. On retrouve également la Stratégie canadienne du diabète, un élément de la SIMVSMC, qui contribue à la prévention et au contrôle du diabète par des activités de surveillance, de l'information fondée sur des données probantes et du soutien à l'égard des programmes communautaires.

Même si le discours du Trône et le Budget ne traitent pas précisément des maladies chroniques, ils viennent confirmer que l'adoption d'un mode de vie sain est une priorité, alors que des engagements précis ont été pris à l'égard de la santé pulmonaire en 2008, de l'activité physique avec PartipACTION en 2012 et d'une collaboration avec les provinces, les territoires, le secteur privé et le secteur sans but lucratif pour encourager les jeunes canadiens à être plus actifs physiquement en 2013.

Agence de la santé publique du Canada

Depuis au moins 2009, l'Agence inclut dans ses principales priorités la surveillance, les facteurs de risque communs, la production de connaissances et de travaux de recherche et, plus récemment, les partenariats plurisectoriels pour s'attaquer aux facteurs de risque communs. L'obésité (ou le poids santé) est également l'une des grandes priorités du travail de l'Agence. Ces priorités sont décrites dans le plan stratégique quinquennal de l'Agence, Horizons stratégiques, et dans le Profil de risque organisationnel.

Le plan Horizons stratégiques 2013-2018 cible les priorités suivantes en ce qui a trait à la prévention des maladies chroniques :

- renforcer la mobilisation collaborative pour favoriser l'atteinte du poids santé et prévenir l'obésité, surtout chez les enfants;
- accroître la surveillance de la santé publique au niveau des maladies non transmissibles, des facteurs de risque communs, de la santé maternelle et infantile, des blessures et des maladies infectieuses.

De plus, l'Agence indique qu'elle adoptera une approche d'analyse de la santé de la population et de l'équité pour définir le thème exact de ses grandes priorités; elle s'attend à ce que ces travaux entraînent une amélioration de la santé et du mieux-être de la population et réduisent les inégalités en santé.

Depuis 2012, le Profil de risque organisationnel de l'Agence a relevé les grandes priorités suivantes :

- mise en œuvre d'interventions de prévention en amont pour réorienter les activités, y compris la science, la surveillance de la recherche ainsi que la production et l'échange de connaissances, traitant des facteurs de risque communs;
- optimisation des partenariats plurisectoriels pour accroître l'incidence et la portée des programmes;
- efforts visant à prévenir les taux croissants d'obésité en définissant, en mettant à l'essai et en communiquant des interventions et des initiatives de marketing social et en faisant la promotion d'un leadership commun.

Les Rapports sur les plans et les priorités de l'Agence qui sont couverts par la présente évaluation (de 2009-2010 à 2013-2014) viennent également confirmer que l'Agence compte dans ses priorités les maladies chroniques, les maladies connexes ainsi que les facteurs de risque

et de protection communs. Les rapports indiquent que l'Agence cherche continuellement à renforcer les initiatives de prévention des maladies chroniques. Plus précisément, l'Agence vise à atténuer les facteurs de risque communs et à mettre en valeur les facteurs de protection, comme l'activité physique. Ces priorités vont dans le même sens que les priorités d'autres pays, comme le démontre l'analyse internationale faite par l'évaluation.

Concordance entre les priorités et les activités courantes

Afin de donner suite à ces priorités, l'Agence, la Direction générale et le Centre ont élaboré un certain nombre de plans et de stratégies. En 2013, le Centre de prévention des maladies chroniques a établi le Plan stratégique de prévention des maladies chroniques (2013-2016), qui énonce le rôle et les priorités stratégiques du Centre dans la lutte contre les maladies chroniques au Canada et à l'échelle internationale. Plus précisément, le Centre met en place des éléments de son plan stratégique parallèlement à son Plan de développement et d'échange des connaissances (2013-2016) et à sa Stratégie numérique (2013-2016), dans le but de mettre à jour ses activités de modernisation des connaissances.

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

Les plans stratégiques et opérationnels de la Direction générale et du Centre traduisent les priorités énoncées par la DGSPMC, l'Agence et le gouvernement du Canada. Ces plans, étayés par les données tirées des entrevues auprès d'informateurs clés, ont fait ressortir que la concordance entre les priorités et les activités courantes est forte. Il pourrait s'avérer possible de clarifier, avec l'exercice de rafraîchissement des politiques du Centre de prévention des maladies chroniques, la façon dont les activités de prévention des maladies chroniques de l'Agence se penchent sur les inégalités en santé, surtout dans le cadre de l'Approche de partenariats plurisectoriels.

4.3 Pertinence : élément n° 3 – harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral

Selon diverses autorités énoncées dans des lois, des politiques et des programmes, le gouvernement fédéral a un rôle et des responsabilités à assumer lorsqu'il s'agit d'effectuer de la surveillance et de la recherche, d'assurer un leadership, de financer des interventions communautaires pour prévenir les maladies chroniques, de cibler des pratiques exemplaires et de produire des lignes directrices pour le dépistage. Le rôle joué par l'Agence en matière de prévention des maladies chroniques a évolué par suite de changements dans l'environnement en place.

L'Agence se penche sur le rôle général du gouvernement fédéral dans la promotion de la santé ainsi que dans la prévention et le contrôle des maladies tel qu'il est énoncé dans les principales lois. La *Loi canadienne sur la santé* décrit l'un des principaux objectifs de la politique canadienne en matière de soins de santé, soit « protéger, promouvoir et rétablir le bien-être physique et mental des résidents du Canada ». Avec un tel mandat, la *Loi sur le ministère de la Santé* accorde au ministre de la Santé des pouvoirs et des fonctions liés à « la promotion et le maintien du bien-être physique, mental et social de la population ». Finalement, la *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada* stipule que le gouvernement du Canada peut entreprendre certaines activités notamment dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé, de l'évaluation de la santé de la population et de la surveillance de la santé.

Les études spécialisées qui ont permis de cibler les lacunes dans le système de santé publique puis qui ont finalement contribué à façonner l'Agence (p. ex. Lalonde, 1974; Kirby, 2002; Naylor, 2003; Charte d'Ottawa, 1986) abordent clairement le rôle du gouvernement fédéral au niveau de la promotion de la santé; elles indiquent que le gouvernement fédéral devrait avoir à jouer un rôle précis afin de s'assurer que les activités de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques tiennent compte des facteurs relatifs à l'équité en santé.

En plus de ces rôles plus généraux, l'Agence a des rôles plus précis à jouer sur le plan de la surveillance des maladies chroniques, de la communication des pratiques exemplaires, du leadership, du renforcement des capacités et des lignes directrices en matière de santé publique.

Surveillance

Les lois constituent l'outil de base qui permet à l'Agence de mener à bien ses activités de surveillance. La *Loi sur le ministère de la Santé* énonce clairement que le ministre a des pouvoirs et des fonctions relativement aux enquêtes et aux recherches sur la santé publique, y compris la surveillance des maladies. La *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada* réitère ce rôle en accordant au gouverneur en conseil le pouvoir d'adopter des règlements sur la collecte, l'analyse, l'interprétation, la publication et la diffusion de renseignements sur la santé publique.

Comme l'ont confirmé les autorités de politique et de programme, l'Agence doit jouer un rôle dans la surveillance des maladies chroniques. De plus, la SIMVSMC donne à l'Agence le pouvoir stratégique de mener des activités de surveillance accrue des maladies chroniques, tandis que la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer accorde le pouvoir stratégique d'assurer la surveillance du cancer (outre le Registre canadien du cancer).

L'importance du rôle de l'Agence sur le plan de la surveillance a été mise en évidence par des informateurs clés de l'interne et de l'externe; en effet, il s'agit du rôle fédéral le plus souvent mentionné. Plus exactement, les informateurs clés ont fait savoir que l'Agence devait présenter un point de vue pancanadien sur les tendances, l'incidence et les facteurs de risque des maladies chroniques. Selon les attentes, les activités devaient inclure les éléments suivants : collecte de données, rationalisation, coordination et vérification de la qualité et de la comparabilité des données. Les informateurs clés ont également souligné que ce rôle aide les provinces et les territoires à utiliser un système déjà en place et leur donne la capacité de recueillir des données et de diffuser adéquatement les connaissances en matière de surveillance.

Communication des pratiques exemplaires

Bon nombre des informateurs clés à l'interne et à l'externe ont indiqué que la communication des pratiques exemplaires est l'un des principaux rôles en santé publique du gouvernement fédéral dans le domaine de la prévention des maladies chroniques, après la surveillance. En vertu de la SIMVSMC, l'Agence a obtenu le pouvoir de mener à bien cette activité dans le cadre de l'Observatoire des pratiques exemplaires.

Rôle de chef de file

Il existe un fondement législatif derrière le rôle de chef de file de l'Agence en matière de maladies chroniques. En vertu de la *Loi sur le ministère de la Santé*, de par ses pouvoirs et ses fonctions, le ministre doit collaborer avec les autorités provinciales pour coordonner les efforts. L'Agence a été créée en vertu de la *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada* pour aider le ministre et également pour favoriser la collaboration concernant la santé publique avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, d'autres pays et des organisations internationales. Deux autorités de politique et de programme présentent plus en détail le rôle de chef de file de l'Agence en ce qui a trait à la prévention et au contrôle des maladies chroniques : la SIMVSMC et l'Initiative canadienne sur le cancer du sein. La SIMVSMC aborde aussi le rôle de chef de file de l'Agence dans les activités internationales touchant la prévention des maladies chroniques lorsque celle-ci continue de soutenir le Centre collaborateur de l'OMS sur les politiques relatives aux maladies non transmissibles, tandis que le rôle de chef de file relevé dans l'Initiative canadienne sur le cancer du sein concerne entre autres l'établissement d'un comité consultatif externe et la coordination d'activités avec d'autres ministères.

Les informateurs clés conviennent que l'Agence devrait mener de telles activités de leadership stratégique et qu'il faut réunir les groupes, notamment les provinces, les territoires, les organisations non gouvernementales et le secteur privé. Les informateurs clés ont noté que, dans le cadre de cette tâche, il faut organiser et faciliter l'élaboration de cadres de politique et de priorités, tant à l'échelle nationale qu'internationale.

Lignes directrices sur la santé publique

Plusieurs autorités de politique et de programme rapportent que le gouvernement fédéral doit jouer un rôle pour ce qui est de soutenir l'élaboration de lignes directrices nationales sur la santé et l'activité physique (SIMVSMC) et de lignes directrices sur la pratique clinique concernant le diabète et l'hypertension (SIMVSMC) ainsi que le cancer (SIMVSMC et Stratégie canadienne de lutte contre le cancer). Même si les autorités de politique et de programme voient un rôle au niveau de l'élaboration de lignes directrices sur le dépistage, les informateurs clés de l'interne et de l'externe avaient moins tendance à mentionner un tel rôle fédéral clé dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Un informateur clé de l'interne a noté qu'il ne s'agirait peut-être pas d'un rôle très reconnu sachant que l'Agence ne produit pas de lignes directrices; toutefois, depuis 2010, l'Agence a soutenu le travail du GECSSP, un organisme bénévole indépendant qui produit et met à jour des lignes directrices sur le dépistage.

Recherche

D'après les cadres légaux (*Loi sur le ministère de la Santé*), les documents de base (Naylor et Lalonde) et les autorités de politique et de programme de la SIMVSMC, le gouvernement fédéral a un rôle à jouer dans la production de nouvelles connaissances. Même si le Centre de prévention des maladies chroniques a déjà effectué des recherches par l'intermédiaire du Bureau des sciences, la plupart des activités sont maintenant dirigées par la DDSIS. Le Centre se concentre sur la recherche épidémiologique et la diffusion des résultats dans la revue *Maladies chroniques et blessures au Canada*. Il est bon de noter que les informateurs clés étaient moins portés à mentionner la recherche parmi les principaux rôles en santé publique pour la prévention des maladies chroniques par comparaison avec les rôles mentionnés précédemment.

Changement d'orientation

L'Agence doit aussi jouer un rôle au niveau du financement des interventions au moyen de subventions et de contributions. Ce rôle a toutefois évolué au fil des ans. Les autorités de la SIMVSMC ont ciblé un rôle relativement au financement d'initiatives communautaires mettant l'accent sur la prévention ou la gestion de certaines maladies en particulier. Ce rôle a évolué depuis; on parle désormais d'initiatives de financement à l'échelle nationale qui se penchent sur les facteurs de risque et de protection communs au moyen de partenariats plurisectoriels (p. ex. partenariat public-privé). Cette évolution va dans le même sens que les priorités énoncées dans les déclarations FPT. De plus, le discours du Trône et le Budget de 2013 ont fait part de l'engagement pris par le gouvernement pour travailler avec le secteur privé et le secteur sans but lucratif en vue d'encourager les Canadiens à être plus actifs physiquement.

Par ailleurs, le Centre de prévention des maladies chroniques a joué un rôle dans le secteur du contrôle et de la gestion des maladies, conformément à ce qui est énoncé dans les autorités de politique et de programme de la SIMVSMC, afin de collaborer à des modèles de gestion intégrée traitant des principales maladies chroniques. Toutefois, par suite d'une décision de réaffectation budgétaire et afin de mieux respecter le rôle du gouvernement fédéral par rapport à celui des provinces et des territoires, le Centre concentre désormais ses activités dans le domaine de la prévention des maladies chroniques, ce qui permet de traiter les priorités énoncées dans les déclarations FPT et internationales.

Concordance entre le rôle et les activités courantes

Les activités courantes de l'Agence dans le domaine de la prévention des maladies chroniques concordent bien avec les rôles qu'elle doit jouer relativement à la surveillance, aux pratiques exemplaires, au leadership stratégique et à la recherche. Dans le domaine de la surveillance, l'Agence gère le Système national de surveillance des maladies chroniques et l'Infobase des maladies chroniques, en plus de générer des produits de connaissance sur la surveillance et de collaborer avec Statistique Canada à des enquêtes sur la surveillance du cancer et sur la santé. Pour ce qui est de la communication des pratiques exemplaires, l'Agence gère le Portail canadien des pratiques exemplaires et continue d'assumer un leadership stratégique dans diverses activités, dont le GECSSP et la surveillance du Cadre sur l'obésité. Le rôle de l'Agence sur le plan de la recherche s'exprime à travers la publication de la revue *Maladies chroniques et blessures au Canada* et d'études épidémiologiques.

Les activités dans le domaine de la gestion des maladies et des projets communautaires ont changé quelque peu par suite d'une décision budgétaire qui visait à mettre l'accent sur la prévention des maladies chroniques et plus précisément sur les facteurs de risque communs. Ces changements vont dans le même sens que les priorités FPT et internationales convenues.

Le rôle de l'Agence sur le plan de la prévention des maladies chroniques vient compléter celui d'autres ministères fédéraux, des provinces et des territoires et des organisations non gouvernementales. Même s'il ne semble pas y avoir de chevauchement, la différence entre les rôles en matière de promotion de la santé de l'Agence, de Santé Canada et de Patrimoine canadien (soit Sport Canada) n'est pas claire pour les intervenants de l'extérieur.

Conformément à ce qui a été abordé dans le Contexte du programme, bon nombre d'intervenants sont engagés dans la lutte contre les maladies chroniques. Même si la présente évaluation n'a révélé aucune preuve de chevauchement, le grand nombre d'intervenants travaillant à la prévention des maladies chroniques accroît le risque de chevauchement. (Prière de consulter l'Annexe 4 pour obtenir un aperçu des rôles des autres ministères fédéraux et des provinces/territoires.)

Agence de la santé publique du Canada et autres ministères fédéraux

Un examen des lois, des plans stratégiques et des sites Web d'autres ministères fédéraux fait ressortir que le rôle joué par d'autres ministères fédéraux dans le domaine de la prévention des maladies chroniques, de la recherche et des statistiques ou de la surveillance semble venir compléter celui de l'Agence. Toutefois, pour quelques secteurs d'activités, il faut clarifier les rôles et les responsabilités à l'intention des intervenants de l'extérieur. Par exemple, des informateurs clés internes et externes ont dit être inquiets d'un chevauchement possible dans la fonction de production de rapports et d'analyse assurée par Statistique Canada puisque l'Agence mène des activités semblables. Par exemple, les deux groupes analysent des données relatives à la santé et produisent des rapports. Ces groupes règlent les différents problèmes qui surviennent en travaillant en collaboration dans le cadre d'un comité consultatif et de groupes de travail pour éviter le chevauchement des efforts.

Par ailleurs, bien que les rôles de l'Agence, du Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition (BPPN) de Santé Canada et de Sport Canada soient distincts, les informateurs clés externes ont eu de la difficulté à distinguer leurs activités dans le domaine de la nutrition et de l'activité physique, ce qui a entraîné de la confusion concernant le rôle de chef de file que l'Agence devrait assumer. Cependant, ces groupes comprennent bien les rôles de chacun et font appel aux autres au besoin.

Agence de la santé publique du Canada et provinces/territoires

Dans l'ensemble, le rôle des provinces et des territoires semble venir compléter celui de l'Agence. Un examen des plans stratégiques, des principales stratégies et des sites Web révèle que, comme l'Agence, la plupart des provinces et des territoires mènent des activités pour s'attaquer aux facteurs de risque communs. Par exemple, l'information contenue dans les sites Web provinciaux et territoriaux cible les bonnes habitudes alimentaires et l'activité physique comme moyens de prévention des maladies chroniques^{31 32 33}.

Même si les provinces et les territoires réalisent des activités de prévention des maladies chroniques, ils se concentrent surtout sur des maladies chroniques précises ainsi que sur la gestion et le traitement des maladies; l'Agence, quant à elle, a décidé récemment d'axer ses activités sur la prévention des maladies. Les informateurs clés ont convenu que les rôles étaient semblables et qu'ils se complétaient très bien, surtout depuis que les activités de l'Agence se sont déplacées en amont pour se concentrer sur la prévention des maladies chroniques; cela a donc limité le risque de chevauchement possible entre les rôles dans le secteur de la gestion et du contrôle des maladies. Même si les provinces, les territoires et l'Agence ont un rôle à jouer sur le plan de la surveillance, le rôle des provinces et des territoires est de recueillir et d'analyser des données provinciales, tandis que le rôle de l'Agence est de coordonner la collecte de données et d'analyser les données à l'échelle nationale. Il est évident que ce rôle doit être assumé par une entité fédérale de santé publique. Cet élément a été relevé par des informateurs clés à l'interne ainsi que par des informateurs clés provinciaux et territoriaux qui croyaient eux aussi que le rôle de l'Agence et celui des gouvernements provinciaux et territoriaux se complétaient très bien.

Agence de la santé publique du Canada et organisations non gouvernementales

Même si l'Agence et les organisations partenaires sont actives dans bon nombre des mêmes secteurs d'activités (p. ex. leadership national, recherche, promotion de la santé et prévention des maladies), le risque de chevauchement est atténué par le créneau que visent les organisations partenaires et par les liens entre l'Agence et les intervenants. Par exemple, les intervenants peuvent jouer un rôle de chef de file à l'échelle nationale dans certains cas (p. ex. présider un comité national; produire des lignes directrices); cependant, ce rôle est complémentaire et est reconnu par un lien de financement ou une collaboration officielle avec l'Agence.

Dans la même veine, la recherche est une activité dans laquelle l'Agence, d'autres ministères fédéraux et des intervenants ou organisations non gouvernementales ont un rôle à jouer. Par contre, les processus présentement en place à l'échelle nationale pour établir des priorités, définir des stratégies et procéder à des examens par les pairs atténuent les chevauchements au niveau des efforts de recherche. De plus, alors que le gouvernement fédéral ne participe pas activement aux activités de défense des droits, des organisations non gouvernementales assument un tel rôle sur le plan de la recherche en publiant des énoncés de principe, en faisant davantage connaître le fardeau de la maladie et en cherchant à faire connaître le point de vue des patients.

Le gouvernement fédéral regroupe des données de surveillance nationale en collaborant avec les provinces et les territoires, tandis que les organisations non gouvernementales ne mènent aucune activité significative de surveillance de la population. Toutefois, ces dernières utilisent les données de surveillance générées par l'Agence pour citer, publier et présenter des statistiques relatives à la surveillance. Par exemple, la Société canadienne du cancer appuie la production d'une série annuelle de publications sur la prévalence de différents cancers. Des organisations non gouvernementales ont également utilisé les données hébergées par l'Agence pour créer des registres plus petits ciblant des segments précis de la population (p. ex. des patients) à des fins de recherche.

Le seul secteur de chevauchement possible entre l'Agence et les intervenants est celui de l'application des connaissances; toutefois, les publics visés par ces messages répétitifs ont tendance à varier. Alors que les organisations non gouvernementales se concentrent sur les produits de connaissance visant le grand public, l'Agence produit de l'information habituellement pour des professionnels de la santé. Par exemple, les données du Registre canadien du cancer sont utilisées par l'Agence et par la Société canadienne du cancer pour produire un rapport technique annuel sur les taux de cancer au Canada. Par la suite, la Société canadienne du cancer utilise l'information pour élaborer des produits ciblant le public à l'échelle communautaire. Les informateurs clés ont fait savoir que, même si plusieurs intervenants transmettent des messages de prévention, il n'y a aucun mal à répéter ces messages tant qu'ils ne sont pas contradictoires. Il est bon d'adapter ces messages répétitifs en fonction des différents publics pour qu'ils profitent davantage à ces derniers.

4.4 Rendement : élément n° 4 – obtention des résultats escomptés (efficacité)

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

Résultat immédiat n° 1 : intégration

Les exemples d'intégration des activités de prévention des maladies chroniques au sein du Centre de prévention des maladies chroniques sont limités; toutefois, certains changements apportés récemment devraient faciliter l'intégration.

L'intégration, ou la science du continuum stratégique des activités (soit la science et la surveillance qui étoffent les politiques et les programmes), était l'une des principales caractéristiques de la SIMVSMC. Même si certains efforts ont été faits pour intégrer les activités de prévention des maladies chroniques, des améliorations pourraient être apportées.

Intégration au modèle antérieur

Les informateurs clés à l'interne n'avaient pas l'impression que les activités étaient intégrées au modèle antérieur. Ils ont noté que l'on avait tenté de communiquer les activités, mais que l'intégration organisationnelle n'était pas forte. Selon les informateurs clés à l'interne, des mécanismes ont été mis en place pour assurer la coordination entre les volets fonctionnels et les volets de programme, mais ces structures favorisaient davantage l'échange d'information que l'intégration dans le continuum d'activités. Par exemple, des groupes de travail ont été formés pour les volets de programme traitant de maladies en particulier; ces groupes comptent des représentants de divers volets fonctionnels de la SIMVSMC, comme la surveillance, la production et l'échange de connaissances et les programmes communautaires.

Le processus d'élaboration et de mise en œuvre de l'initiative CANRISK a été cité par des informateurs clés à l'interne comme un exemple fructueux d'intégration; en effet, des données scientifiques ont permis d'étoffer les programmes, et le secteur privé est devenu partie intégrante de programmes de santé publique^v. Le projet a d'abord été élaboré par la Division de l'intégration scientifique de la DDSIS (qui relevait auparavant du Centre de prévention des maladies chroniques). Des scientifiques ont mis au point un outil élaboré en Finlande en l'adaptant pour qu'il convienne au contexte canadien. Un article révisé par des pairs a ensuite été publié pour valider la méthodologie. Une fois l'outil approuvé, il a été distribué par l'entremise de pharmacies de détail; la Division des partenariats et des stratégies a conclu un accord de contribution avec l'Association des pharmaciens du Canada pour faire la promotion de l'outil auprès des pharmaciens ainsi que pour évaluer l'utilisation que l'on fait de l'outil.

^v CANRISK est un questionnaire sur les risques de diabète qui vise à aider les Canadiens à détecter leurs risques de prédiabète ou de diabète de type 2. On a produit une série de produits de connaissance pour aider les professionnels de la santé publique à comprendre et à diagnostiquer le diabète.

Certains informateurs clés à l'interne ont relevé comme autre exemple d'intégration des activités le processus d'élaboration et de surveillance continue du Cadre sur l'obésité. Selon des informateurs clés à l'interne, le Centre de prévention des maladies chroniques et la DDSIS ont travaillé en collaboration à l'élaboration de l'approche de lutte contre l'obésité de l'Agence; les activités ont ensuite été coordonnées par les analystes des politiques du Centre avec l'aide d'épidémiologistes.

Intégration au nouveau modèle

Des informateurs clés à l'interne ont remarqué que l'absence d'une structure de communication de l'information au niveau du personnel avait limité les occasions d'intégration à travers le Centre de prévention des maladies chroniques. Ces informateurs clés estimaient que l'intégration s'était surtout faite sur une base ponctuelle en fonction des projets. Cependant, le Centre de prévention des maladies chroniques a récemment pris des mesures pour faciliter l'intégration.

Depuis juin 2014, à deux occasions, la Division de la surveillance de la santé et de l'épidémiologie a convoqué les membres du Comité de la haute direction élargie du Centre pour discuter de certaines constatations relatives à la surveillance. Le premier Forum trimestriel sur les questions émergentes a présenté des documents de travail portant sur trois sujets, dont le diabète pendant la grossesse. Les résultats de l'enquête démontrent que les participants ont apprécié la séance (86 % des participants étaient satisfaits ou très satisfaits de la séance). Les points qui sont ressortis des résultats de l'enquête ont été corrigés pour le deuxième Forum. Par exemple, au lieu d'avoir des présentations sur trois sujets, on a présenté deux sujets et on a accordé plus de temps aux discussions.

Des représentants de tous les secteurs du Centre de prévention des maladies chroniques ont assisté aux deux événements, tandis que l'on comptait également des participants d'autres secteurs de la DGPSPMC (soit de la DDSIS et du Centre pour la promotion de la santé) lors du deuxième Forum. Les informateurs clés ont reconnu l'importance de telles tribunes pour faciliter l'intégration dans tout le Centre et au sein de la DGPSPMC. Le Centre est en voie de déterminer comment il maximisera ces possibilités et comment il s'assurera que les mesures de suivi sont intégrées aux processus de planification et de prise de décisions.

En ce qui a trait aux projets, la plupart des informateurs clés du Centre ont mentionné que le projet de recherche sur le comportement sédentaire était un exemple parfait de la façon dont l'information tirée de la surveillance a influé sur les programmes (comme le financement au moyen de subventions et de contributions). La Division des partenariats et des stratégies a demandé des données à la Division de la surveillance de la santé et de l'épidémiologie pour cibler un secteur du domaine de l'activité physique qui pourrait être visé davantage dans une campagne de marketing social. Le personnel de la Division de la surveillance de la santé et de l'épidémiologie a mené des recherches pour le compte de la Division des partenariats et des stratégies et a été en mesure de déterminer un lien étroit entre les comportements sédentaires – sans égard à l'activité physique – et les maladies chroniques. Les deux groupes ont convenu qu'il serait bon d'examiner davantage ce domaine.

Les données probantes ont fait l'objet d'une analyse plus poussée; par la suite, dans le cadre d'une réunion Forum des idées, des participants de tout le Centre de prévention des maladies chroniques et de la DDSIS ont pris part au processus de mise au point de l'approche. Les deux groupes continueront de collaborer lors de la phase de mise en œuvre du projet à venir. En plus de renforcer le projet, cela a contribué à solidifier les liens entre la surveillance et l'établissement de programmes.

Même si l'on semble consacrer davantage d'efforts à l'intégration des activités dans tout le Centre de prévention des maladies chroniques, à ce jour, la participation de la Division de l'intégration scientifique de la DDSIS aux activités du Centre a été restreinte. À l'exception de l'initiative CANRISK et de la participation au Cadre sur l'obésité, les informateurs clés n'ont pu donner d'autres exemples de la façon dont la science a contribué aux activités de prévention des maladies chroniques du Centre. Comme l'ont constaté les informateurs clés à l'interne, le fait de ne pas intégrer les activités a pour conséquence que les membres du personnel continuent de travailler en silos et ne profitent peut-être pas des connaissances et du savoir-faire d'autres secteurs du Centre et de la DGPSPMC.

Résultat immédiat n° 2 : collaboration à l'interne et à l'externe

Conformément à ce qui a été noté précédemment dans le rapport, de nombreuses organisations travaillent à la prévention des maladies chroniques à l'échelle nationale et internationale. Il est essentiel de collaborer si l'on veut s'assurer que les organisations travaillent ensemble à l'atteinte de résultats communs. Même si des améliorations sont nécessaires, surtout au niveau de la communication des priorités, dans l'ensemble, l'Agence collabore bien et souvent avec ses partenaires, surtout lorsque l'on procède projet par projet.

La section qui suit donne un aperçu de certaines des principales activités et réalisations qui découlent d'un certain nombre de projets de collaboration de l'Agence dans le secteur de la prévention des maladies chroniques. Prière de noter qu'il ne s'agit pas d'un examen exhaustif de chaque relation de collaboration. Cela représente plutôt les grandes lignes de certaines des principales relations que l'Agence a établies et entretenues au cours des cinq dernières années.

Même s'il existe déjà une collaboration au sein de l'Agence, il serait encore possible d'apporter des améliorations.

Opérations régionales

Depuis l'initiative de transformation régionale de l'Agence en avril 2012, les Opérations régionales de l'Agence soutiennent le travail des Centres de l'Agence au moyen d'accords conclus avec les Centres. L'Accord 2014-2017 conclue entre le Centre de prévention des maladies chroniques et les Opérations régionales présente certaines améliorations par comparaison avec l'Accord 2013-2014. La version antérieure ne tenait pas suffisamment compte des priorités du Centre de prévention des maladies chroniques, ce que fait l'actuel Accord en plus d'indiquer l'usage prévu pour chaque réalisation attendue. L'Accord comprend également une liste de vérification pour le modèle de gestion opérationnelle, tandis que les activités concordent davantage avec le savoir-faire régional.

Les informateurs clés à l'interne sont satisfaits du soutien fourni par les Opérations régionales; toutefois, il semble possible d'harmoniser davantage l'Accord conclu avec le Centre avec les priorités actuelles du Centre de prévention des maladies chroniques. Des informateurs clés à l'interne ont noté que certaines formes de soutien accordées à l'Approche de partenariats plurisectoriels dans le domaine de l'établissement et du courtage de partenariats et dans d'autres secteurs prioritaires du Centre pourraient être renforcées afin de miser sur le savoir-faire du personnel des Opérations régionales. Toutefois, il est bon de noter que le Centre n'est que l'un des nombreux Centres que les Opérations régionales doivent desservir depuis 2012; par conséquent, ce ne sont pas toutes les activités de l'Agence qui peuvent être desservies à l'échelle régionale.

Direction des déterminants sociaux et de l'intégration scientifique

Même si le Centre de prévention des maladies chroniques et la DDSIS collaborent à de nombreux projets, les personnes interviewées étaient d'avis qu'il est possible d'augmenter la collaboration et de faciliter l'intégration, au besoin, étant donné le savoir-faire de la Direction dans le domaine de l'équité en santé (p. ex. Division des déterminants sociaux de la santé) et de la science (p. ex. Division de l'intégration scientifique).

La Division des déterminants sociaux de la santé collabore avec le Centre à diverses activités, notamment la définition et l'évaluation des nouvelles pratiques exemplaires axées sur l'équité en santé pour le Portail canadien des pratiques exemplaires. La Division offre également son savoir-faire en matière d'analyse de l'incidence des maladies chroniques au sein des populations plus vulnérables. Les informateurs clés ont remarqué que la participation de la Division à l'Approche de partenariats plurisectoriels s'est faite sur une base ponctuelle.

La Division de l'intégration scientifique offre un soutien scientifique aux Centres de la DGSPMC. L'une des principales activités de la Division consiste à passer en revue les publications scientifiques sur la PSPMC. Au cours des cinq dernières années, à part les quelques exemples mentionnés dans la section Intégration ci-dessus, on ignore dans quelle mesure la Division de l'intégration scientifique a soutenu les activités du Centre de prévention des maladies chroniques.

Direction générale des affaires publiques et des communications

Le Centre de prévention des maladies chroniques et la DGAPC collaborent bien aux annonces en matière de financement. Cependant, il serait possible d'améliorer la collaboration entre le Centre et les Communications électroniques si l'on renforçait et clarifiait davantage les communications stratégiques et les exigences des Communications électroniques.

La Division des partenariats et des stratégies et la DGAPC collaborent fréquemment, au moyen de téléconférences et de réunions tenues sur une base régulière et de partage des locaux à temps partiel, pour faciliter l'annonce de projets grâce à l'Approche de partenariats plurisectoriels. Une telle façon de faire a permis au personnel de comprendre les exigences entourant les annonces ministérielles, mais aussi l'importance de planifier ces annonces et leurs éventuels messages clés.

Il serait toutefois possible d'améliorer la collaboration en ce qui a trait à l'affichage en ligne des produits de connaissance sur les maladies chroniques. La majorité des informateurs clés à l'interne ont fait part de certaines préoccupations concernant les multiples niveaux d'approbation et les exigences ambiguës relativement à l'affichage en ligne de produits. Cette ambiguïté pourrait être attribuée au fait que, même si la fonction Communications électroniques de la DGAPC avait adopté des exigences précises en matière de publication sur le Web, le Centre gère ses propres processus de codage Web et de publication Web et autres processus connexes pour bon nombre de ses plateformes en ligne. Il convient de noter que cette confusion possible pourrait être atténuée si le Centre poursuivait le processus de transfert de cette fonction à la DGAPC dans le cadre de l'exercice sur l'efficacité des services partagés de Santé Canada et de l'Agence. Selon des informateurs clés, les difficultés rattachées à l'affichage de produits ont nui à la capacité du Centre d'accroître l'accès aux produits de connaissance et d'améliorer le caractère opportun de ceux-ci (voir la Section 4.4 pour obtenir plus de détails). Même s'il existe une Stratégie des communications de la DGPSPMC pour 2013-2016, qui fait ressortir les secteurs prioritaires en matière de communication et vient confirmer certains des enjeux touchant les processus de publication, il pourrait s'avérer possible de renforcer la collaboration entre le Centre et la fonction Communications électroniques de la DGAPC pour s'assurer que toutes les parties connaissent bien les priorités et les activités de chacun et profitent du savoir-faire des autres.

À l'échelle fédérale, l'Agence collabore fréquemment avec Santé Canada et Statistique Canada.

Santé Canada

Même si les intervenants de l'extérieur ne comprennent pas bien la différence entre les rôles du BPPN de Santé Canada et du Centre de prévention des maladies chroniques, il faut savoir que les deux groupes communiquent régulièrement et collaborent fréquemment dans le cadre de diverses initiatives.

Le BPPN offre son savoir-faire en matière de santé publique et de nutrition à divers projets de l'Agence, notamment en contribuant au Portail canadien des pratiques exemplaires, en examinant les lettres d'intention relevant de l'Approche de partenariats plurisectoriels, en élaborant des produits conjoints, comme la Trousse éducative Mangez bien et soyez actif, et en participant à divers groupes de travail pour soutenir les activités permanentes de l'Agence. Le BPPN a pris part au processus d'élaboration du Cadre sur l'obésité dirigé par l'Agence et continue de jouer un rôle clé en participant à diverses équipes de travail pour soutenir le Cadre.

Le BPPN fait également participer l'Agence à l'élaboration de politiques nationales sur la nutrition. Toutefois, au cours des cinq dernières années, on s'est surtout concentré sur des lignes directrices sur la nutrition prénatale et sur des lignes directrices sur la nutrition du nourrisson. Au-delà de la collaboration au niveau des projets, le BPPN et l'Agence communiquent fréquemment dans divers comités, dont le groupe de travail sur la surveillance alimentaire et nutritionnelle, qui vise à maintenir une approche coordonnée crédible pour la surveillance alimentaire et nutritionnelle au sein du portefeuille de la Santé. Des informateurs clés ont noté que les employés savent quand ils peuvent prendre part au travail et que tant l'Agence que le BPPN sont très satisfaits du soutien reçu de l'autre partenaire.

Statistique Canada

L'Agence et Statistique Canada collaborent fréquemment puisque l'Agence dépend des données de Statistique Canada pour exécuter certaines de ses activités de surveillance. Des mécanismes ont été mis en place récemment pour régler les problèmes de coordination et de communication, dont un comité de directeurs généraux sur les statistiques relatives à la santé.

Au sein de l'Agence, le Programme d'accès et coordination des données établit les besoins en matière d'acquisition de données, acquiert des données pour le compte de l'Agence, gère les ententes relatives aux données, fournit des services de contrôle de la qualité des données et sert de point d'accès unique entre l'Agence et Statistique Canada. Des informateurs clés ont constaté que cette nouvelle fonction s'est avérée très efficace pour faire le suivi des demandes, gérer les ententes et, dans l'ensemble, s'assurer que Statistique Canada a un seul point d'accès. Avant la mise en place du Programme d'accès et coordination des données, des informateurs clés de l'externe avaient mentionné avoir eu de la difficulté à trouver la bonne personne avec qui ils devaient faire affaire et à recevoir une rétroaction opportune de l'Agence concernant les réalisations attendues.

En plus du comité des directeurs généraux sur les statistiques relatives à la santé qui aborde et transmet les priorités pour l'année, les groupes responsables de chaque enquête de Statistique Canada sur la santé comptent tous des représentants (au niveau des employés et de la direction) de l'Agence. Ces deux niveaux de comités/groupes de travail permettent à l'Agence de donner une rétroaction sur le contenu et les objectifs des questionnaires. Comme l'a observé un informateur clé, il est très important pour l'Agence et Statistique Canada d'établir une bonne relation de collaboration étant donné que seuls l'Agence, Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé ont accès aux données d'enquête pour une période de 10 à 12 mois. Après cette période, les données deviennent « publiques », ce qui signifie que tout intervenant a le droit de produire une publication sur un sujet donné se rapportant à l'ensemble de données.

Des informateurs clés de l'extérieur ont souligné l'importance des activités de l'Agence lorsqu'il s'agit de réunir des intervenants provinciaux et territoriaux et de favoriser la collaboration; ils étaient d'avis que l'Agence pourrait renforcer les activités dans ce domaine.

Par l'intermédiaire du Comité directeur pour des personnes et des communautés en santé du Réseau de santé publique, l'Agence a mobilisé les provinces et les territoires ainsi que d'autres ministères fédéraux pour prendre part à diverses initiatives, dont l'élaboration du Cadre sur l'obésité et la surveillance de sa mise en œuvre. Le cadre a été cité à titre de document stratégique clé qui exerce toujours une influence sur le travail des intervenants lorsque ces derniers doivent déterminer leurs plans et priorités. Les intervenants clés de l'extérieur et ceux des provinces et des territoires ont dit apprécier le leadership et les activités de l'Agence dans ce domaine.

Depuis l'adoption d'une approche fondée sur les facteurs de risque communs, les informateurs clés de l'extérieur se disent plus intéressés à recevoir davantage de lignes directrices sur la nutrition et l'activité physique de la part de l'Agence ainsi que sur la promotion d'environnements bâtis sains. Les informateurs clés étaient d'avis que l'Agence devrait jouer un rôle plus actif dans l'établissement des priorités, notamment en travaillant avec les intervenants pour se pencher sur les questions relatives à la teneur en sodium et en gras trans des aliments; cependant, ce rôle conviendrait peut-être davantage à Santé Canada étant donné son mandat relatif à la santé publique et à la nutrition. Conformément à ce qui a été noté dans la section sur le rôle, cela pourrait être révélateur de la nécessité de clarifier les différences entre le rôle joué par l'Agence et celui de Santé Canada dans le domaine des modes de vie sains et de la prévention des maladies chroniques.

Sur le plan de la surveillance, l'Agence collabore étroitement avec les provinces et les territoires lorsqu'il s'agit de la mise en œuvre et du suivi des systèmes de surveillance. En plus de collaborer au moyen des systèmes de surveillance continue ainsi que des enquêtes et du registre de Statistique Canada, l'Agence, les provinces et les territoires ont collaboré efficacement pour soutenir le travail de l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie en établissant le Sondage indicateur de l'activité physique et l'ÉAPJC. Au cours des cinq dernières années, on a produit quelque 22 bulletins en se fondant sur les données des enquêtes, qui étaient tous disponibles sur le site Web de l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie.

Dans l'ensemble, les informateurs clés de l'interne et de l'externe ont constaté qu'il était difficile d'établir des priorités concernant les produits de connaissance sur la surveillance à l'échelle nationale. L'organe FPT présentement en place pour prendre des décisions et établir les priorités ne réussira peut-être pas à aider de façon utile l'Agence à obtenir des directives et des commentaires de la part des provinces et des territoires concernant les plans de surveillance. Le comité en place se compose d'employés techniques qui, même s'ils connaissent très bien les problèmes relatifs aux systèmes, ne sont pas nécessairement conscients des besoins en information de leur propre province ou territoire et ne sont pas en mesure de prendre des décisions pour le compte de cette dernière ou de ce dernier. Il devient difficile pour l'Agence de classer ses activités de surveillance par priorité et pour les provinces et les territoires de comprendre les plans de surveillance à venir.

L'Agence soutient le travail du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

La Division des lignes directrices en prévention du Centre de prévention des maladies chroniques soutient le travail du GECSSP en coordonnant les activités, en menant de la recherche en son nom et en accordant du financement pour appuyer les activités d'application des connaissances et d'évaluation. Le GECSSP a été rétabli en 2010; depuis, il a mené des examens des données probantes et produit des lignes directrices sur le dépistage de six problèmes de santé ou maladies. Il travaille présentement à cinq autres examens des données probantes et lignes directrices. Le GECSSP a également réalisé des évaluations de six autres lignes directrices élaborées par d'autres organisations.

En collaborant avec l'Agence et d'autres intervenants clés, le GECSSP a réussi à élaborer et à diffuser les lignes directrices sur la pratique clinique et a mis en place les fondements nécessaires aux partenariats et aux collaborations. Selon un rapport d'évaluation interne, le niveau de connaissance et de compréhension des médecins varie; il va d'élevé à modéré selon les lignes directrices. De plus, même si des recherches évaluent que le cycle global de production de nouvelles recherches et lignes directrices en vue d'apporter des changements à la pratique clinique peut prendre de 17 à 25 ans^{34 35}, on observe les premiers signes de changements dans la pratique suivant les lignes directrices sur le dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus. Des informateurs clés de l'évaluation interne ont indiqué avoir déjà adopté les recommandations des deux lignes directrices en réduisant les initiatives de dépistage.

La collaboration avec les organisations non gouvernementales et le milieu universitaire se fait au niveau des projets.

Au cours des cinq dernières années, le Centre de prévention des maladies chroniques a informé et consulté des organisations non gouvernementales et le milieu universitaire en plus de collaborer avec ceux-ci au niveau de différents projets. De plus, en tant que membre du Propel Centre for Population Health Impact de l'Université de Waterloo (ci-après le Propel Centre), le Centre a collaboré avec plus de 400 collègues du milieu des politiques, de la pratique et de la recherche partout au Canada.

Les informateurs clés représentant des organisations non gouvernementales ont noté que l'Agence avait fait un très bon travail de liaison avec elles à de nombreux niveaux, de la liaison pour la mise en œuvre du Cadre sur l'obésité à la transmission d'information à leur intention concernant la nouvelle Approche de partenariats plurisectoriels. Toutefois, ces informateurs clés étaient d'avis que l'Agence n'a pas défini clairement ses priorités, que ce soit pour la prévention des maladies chroniques en général ou pour le financement des priorités dans le cadre du nouveau programme de subventions et de contributions, même si les priorités ont été énoncées sur le site Web de l'Agence et dans le Plan stratégique du Centre.

En plus d'informer ou de consulter des organisations non gouvernementales et le milieu universitaire, le Centre de prévention des maladies chroniques collabore avec des intervenants à des activités ou à des projets précis. Voici quelques exemples relevés par certains informateurs clés :

- La Division des interventions et des pratiques exemplaires a collaboré fréquemment avec des intervenants pour ajouter du contenu nouveau au Portail canadien des pratiques exemplaires. Au fil des ans, elle a également réuni des intervenants du milieu de l'application des connaissances dans le cadre de conférences annuelles sur la mobilisation des connaissances portant sur les maladies chroniques.
- La collaboration se fait sur une base continue entre la Division de la surveillance de la santé et de l'épidémiologie et la Société canadienne du cancer relativement à l'analyse et à la publication des rapports annuels sur les statistiques relatives au cancer. Les intervenants sont très satisfaits de cette collaboration. Des employés ont établi une relation solide avec la Société canadienne du cancer qui lui permet de pousser l'analyse des données et de rédiger en collaboration des articles dans la revue *Maladies chroniques et blessures au Canada*.
- La Division de la surveillance de la santé et de l'épidémiologie collabore également avec d'autres organisations non gouvernementales et avec le milieu universitaire pour trouver de nouvelles maladies ou des maladies émergentes qui feront l'objet d'un suivi dans un système de surveillance ainsi que pour analyser et diffuser les résultats. Elle collabore aussi régulièrement avec des organisations non gouvernementales et le milieu universitaire à la fois pour fournir des données techniques sur des indicateurs de surveillance, des mesures et des méthodes d'analyse ainsi que pour diffuser ou réviser les messages contenus dans les produits de connaissance.

L'Agence collabore avec des partenaires internationaux en dirigeant le Centre collaborateur de l'OMS sur les politiques relatives aux maladies non transmissibles et en participant à de multiples tribunes.

Centre collaborateur de l'OMS

Depuis 2005, le Centre de prévention des maladies chroniques contribue aux efforts visant à établir une base de connaissances internationales sur la prévention des maladies chroniques en dirigeant le Centre collaborateur de l'OMS sur les politiques relatives aux maladies non transmissibles (Centre collaborateur de l'OMS). En vertu du Cadre de collaboration, le Centre collaborateur de l'OMS a d'abord eu un mandat axé sur les politiques et les recherches lui demandant de diriger l'organisation d'événements, de produire des ressources et des rapports techniques, de participer à des réseaux régionaux et de servir de point d'accès pour l'échange de connaissances spécialisées sur les politiques relatives aux maladies chroniques.

L'une des principales réalisations du Centre a été sa contribution à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un questionnaire normalisé, qui a été utilisé par des pays pour faire le Profil des pays pour les maladies non transmissibles. Le Centre collaborateur de l'OMS a également contribué à la base de connaissances internationales en élaborant et en communiquant des produits d'information sur la prévention des maladies chroniques et la promotion de la santé en plus de soutenir divers sommets et tribunes de portée internationale traitant des maladies chroniques. De plus, le Centre a offert une aide supplémentaire à des partenaires de l'Organisation panaméricaine de la santé. Il a notamment aidé des pays membres de l'Organisation panaméricaine de la santé à se préparer pour le Sommet des Nations Unies sur les maladies non

transmissibles de 2011. Cela englobait une chronologie des événements internationaux entourant la prévention des maladies chroniques ainsi qu'un guide offrant une introduction aux fonctions et aux processus relatifs à un Sommet des Nations Unies; ces outils étaient disponibles dans quatre langues.

Plus récemment, on a modifié le mandat du Centre collaborateur pour qu'il concorde avec les priorités actuelles de l'Agence. En plus de fournir de l'aide à la communauté internationale, l'un des principaux secteurs d'activités dirigé par le Centre après sa redésignation pour la période 2013-2016 sera la réalisation de travaux de recherche sur des mesures plurisectorielles. Pour ce faire, le Centre collaborateur a produit des études de cas, comme l'initiative ActNow BC et l'approche pangouvernementale du Québec en matière de santé publique. Ces deux études de cas ont été ou sont en voie d'être transmises à des partenaires internationaux et sont disponibles dans quatre langues. Des informateurs clés à l'interne étaient d'avis que cette nouvelle optique est appropriée et devrait mener à des activités et à des produits utiles.

Tribunes internationales

L'Agence a représenté le Canada dans un certain nombre de tribunes internationales au cours des cinq dernières années. L'Agence a joué un rôle important puisqu'elle a fait part de ses commentaires pendant la phase de négociation de la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur les maladies non transmissibles. Pour donner suite à la Déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les maladies non transmissibles, l'Agence a offert son savoir-faire technique aux initiatives de l'OMS visant à élaborer le Cadre mondial de suivi et le Plan d'action mondial pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles 2013-2020. Certains informateurs clés à l'interne et à l'externe ont commenté le leadership de l'Agence (en tant qu'entité représentant le Canada) et son ouverture face à la possibilité de collaborer pendant ces importantes discussions internationales; une organisation non gouvernementale a fait part de son évaluation de façon officielle.

Plus récemment, l'Agence a participé à la Réunion de haut niveau des Nations Unies de 2014 afin d'entreprendre un examen et une évaluation des progrès réalisés en matière de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles. En tant qu'entité représentant le Canada, le Centre de prévention des maladies chroniques de l'Agence a été invité à s'adresser à un groupe d'intervenants internationaux pour décrire les progrès du Canada au niveau des initiatives plurisectorielles et démontrer l'engagement du Canada à l'égard de l'établissement et du renforcement des relations avec des intervenants non gouvernementaux en vue de renforcer la prévention des maladies chroniques. Le Centre a également participé au processus d'examen de la Déclaration politique de 2011 au cours duquel on a discuté des progrès et on s'est entendu sur des recommandations pour aller de l'avant.

Résultat immédiat n° 3 : partenariats plurisectoriels

Des partenariats plurisectoriels ont été mis en place et ont permis de recourir dans une mesure importante à des partenaires du secteur privé.

L'Agence a adopté une nouvelle approche de financement de ses subventions et contributions pour encourager l'établissement de partenariats publics-privés au moyen du financement symétrique et pour remplir les engagements pris par le gouvernement fédéral en matière de prévention des maladies chroniques en mettant l'accent sur les facteurs de risque communs. Afin d'avoir le droit de recevoir du financement de l'Agence, les organisations sont tenues d'établir des partenariats publics-privés dans le secteur non gouvernemental ou privé pour aller chercher du financement que l'Agence viendra égaliser. Par ailleurs, les bénéficiaires reçoivent les fonds après avoir produit des résultats (ce que l'on appelle aussi la « rémunération au rendement »). Les informateurs de l'interne et de l'externe ont également fait part de leur évaluation de ces aspects novateurs du programme de subventions et de contributions.

Depuis 2012-2013, 11 projets ont obtenu du financement dans le cadre de cette nouvelle approche. Neuf de ces projets cadrent avec le mandat de la présente évaluation^{vi}. Comme le montre le Tableau 3 ci-dessous, au moment de l'évaluation, en moyenne, les projets devaient recevoir, selon ce qui a été approuvé, 1,2 million de dollars de la part de l'Agence, qui est allée chercher en moyenne 1 million de dollars en financement symétrique auprès de partenaires.

Tableau 3 : Profil de projet – projets de l'Approche de partenariats plurisectoriels (2012-2014)

Titre du projet	Responsable du projet	Nbre de partenaires	Financement de l'ASPC (\$)	Financement symétrique (\$)	Financement total (\$)
Stratégie sur la santé des seins	Fondation canadienne du cancer du sein	5	500 000 \$	485 000 \$	985 000 \$
Play for Prevention	Right to Play Canada	3	475 625 \$	394 375 \$	870 000 \$
Lifestyle Prescriptions and Supports	Lawson Health Research Institute	1	1 146 840 \$	406 500 \$	1 553 340 \$
C-CHANGE	University Health Network	3	154 500 \$	162 000 \$	316 500 \$
Programme d'activité physique Air Miles-YMCA	Loyalty One	2	1 613 075 \$	455 063 \$	2 068 138 \$
ACTIVE-toi	Clubs garçons et filles du Canada	2	225 964 \$	200 000 \$	425 964 \$
Enfant actif et S'amuser grâce au sport	Olympiques spéciaux Canada	3	468 416 \$	480 519 \$	948 935 \$
Build Our Kids' Success	Reebok Canada	2	4 882 236 \$	5 272 269 \$	10 154 505 \$
Jeu d'échange	Partenaires philanthropes LIFT	2	1 326 459 \$	1 200 000 \$	2 526 459 \$
TOTAL (approuvé)		23	10 793 115 \$	9 055 726 \$	19 848 841 \$

^{vi} Deux projets ont été financés par l'entremise de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme, qui ne relève pas du mandat de la présente évaluation.

L'Agence reconnaît qu'il est possible d'utiliser les points de vue de plusieurs secteurs pour améliorer les solutions à des enjeux complexes touchant à la santé. Cela va dans le même sens que les ententes FPT et internationales qui stipulent qu'il faut prendre des mesures plurisectorielles pour lutter contre les maladies chroniques. En vertu de l'Approche de partenariats plurisectoriels, tous les projets doivent aller au-delà des partenariats traditionnels dans le secteur des soins de santé et établir de nouvelles relations avec des partenaires d'autres secteurs, y compris le secteur privé et le secteur sans but lucratif. Les projets passés en revue comptaient en moyenne 2,3 partenariats et ont reçu du financement à la fois de partenaires du secteur privé (p. ex. Shopper's Drug Mart et Reebok) et de partenaires non gouvernementaux (p. ex. Les diététistes du Canada et Producteurs laitiers du Canada).

Même si l'Approche de partenariats plurisectoriels a fait l'objet d'une rétroaction positive de la part des intervenants (bon nombre d'entre eux ayant indiqué que d'autres programmes de subventions et de contributions pourraient ou devraient suivre cette voie), un certain nombre de problématiques ont été soulevées. Certains informateurs clés et répondants aux enquêtes destinées aux intervenants ont noté que cette nouvelle approche avait entraîné des difficultés pour les organisations non gouvernementales plus petites puisque ces dernières ont de la difficulté à obtenir du financement de partenaires du secteur privé. On a réglé dans une certaine mesure ce problème en accordant un nouveau rôle au personnel du Centre de prévention des maladies chroniques, soit celui de courtier de partenariats, une ressource qui jumelle des intervenants ayant des idées de projets avec d'éventuels bailleurs de fonds qui sont disponibles et qui appartiennent au secteur privé ou à des organisations non gouvernementales.

De nombreux informateurs clés de l'externe et quelques informateurs de l'interne avaient l'impression que l'on travaillait à l'établissement de partenariats sans avoir reçu de lignes directrices de l'Agence sur la portée et sur le type de partenaire du secteur privé convenant le mieux. Le Centre de prévention des maladies chroniques a produit récemment un Guide de partenariats pour aider le personnel à évaluer d'éventuels partenariats dans le cadre du processus d'évaluation des lettres d'intention de l'Approche de partenariats plurisectoriels. Le guide se fonde sur un certain nombre de politiques gouvernementales en matière de valeurs et d'éthique et comporte des stratégies d'efficacité, notamment la façon d'évaluer d'éventuels partenaires et de régler les problèmes à mesure qu'ils surviennent. Le guide souligne que, dans certaines circonstances, le personnel du Centre de prévention des maladies chroniques peut également jouer un rôle d'animateur ou de modérateur pour ainsi servir d'intermédiaire dans les relations entre différents partenaires. De plus, et ce point est peut-être plus important encore, le guide compte un cadre d'évaluation des partenariats, qui est utilisé par le personnel du Centre de prévention des maladies chroniques pour évaluer et documenter les difficultés, les risques et les possibilités se rapportant aux éventuels partenariats. Ce guide n'a pas encore été diffusé à l'externe, mais il devrait permettre de répondre à quelques-uns des enjeux soulevés par les informateurs clés.

Résultat immédiat n° 4 : accès à des produits et à des plateformes de connaissance

Depuis cinq ans, on a rendu accessible bon nombre de produits de connaissance et de plateformes clés. On observe toutefois certaines difficultés, comme la pertinence des produits de surveillance et le faible niveau de connaissance des produits et des plateformes. Alors que les publics visés ont accédé au Portail canadien des pratiques exemplaires, le nombre de visites a diminué depuis quelques années; certaines préoccupations ont été soulevées par rapport à l'exhaustivité et à la fiabilité de son contenu.

Cubes de données

Le Centre de prévention des maladies chroniques produit et gère une plateforme de partage de données, Cubes de données, qui se trouve sur l'Infobase des maladies chroniques. Les Cubes de données contiennent divers types de données sur les maladies chroniques et la santé, comme la mortalité, la morbidité, les facteurs de risque et les variables démographiques connexes (âge, sexe et géographie). Ils permettent aux utilisateurs d'utiliser des rapports prédéfinis ou de créer des tableaux, des graphiques et des cartes pouvant être imprimés, téléchargés et analysés. Le principal public cible des Cubes de données se compose des chercheurs du domaine de la santé publique.

Comme le montre le Tableau 4 ci-dessous, l'analytique Web de 2011-2012 à 2013-2014 fait état d'une utilisation soutenue des Cubes de données. Le nombre de séances, d'utilisateurs et de consultations de pages est demeuré relativement constant, tout comme la durée moyenne d'une séance, qui va de 1 minute 26 secondes à 1 minute 45 secondes.

Tableau 4 : Analytique Web pour les Cubes de données : de 2011-2012 à 2013-2014

Type	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Séances	10 400	11 000	10 800
Utilisateurs	7 800	8 700	8 600
Consultations de pages	15 600	16 100	16 400
Durée moyenne d'une séance	1 min 45 sec	1 min 26 sec	1 min 39 sec

Les informateurs clés à l'interne ont indiqué que les activités de promotion, comme les stands de conférence, les présentations et les listes de diffusion, génèrent une hausse temporaire du nombre de visites dans les sites; toutefois, le nombre de visites sur un site revient lentement à la normale par suite de telles activités de promotion.

Publications traitant de la surveillance

Comme l'indique le Tableau 5 ci-dessous, depuis 2009, l'Agence a produit, en collaboration avec d'autres intervenants, 15 rapports de surveillance sur le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'arthrite, l'obésité et le cancer. Il est bon de noter que, depuis 2011, les

activités d'application des connaissances ont changé. On parle désormais d'ensembles de produits plus petits faisant appel à de multiples approches (p. ex. médias sociaux, publications faisant l'objet d'un examen par les pairs, fiches de renseignements et résumés graphiques) pour joindre différents publics.

Tableau 5 : Rapports de surveillance produits : 2009-2014

Titre du rapport	Année de publication
Le diabète au Canada : Rapport du Système national de surveillance du diabète, 2009	2009
Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada	2009
Statistiques canadiennes sur le cancer 2010	2010
Vivre avec l'arthrite au Canada : Un défi de santé personnel et de santé publique	2010
Atlas des facteurs de risque des maladies chroniques	2010
Rapport du Système national de surveillance des maladies chroniques : L'hypertension au Canada, 2010	2010
Statistiques canadiennes sur le cancer 2011	2011
Le diabète au Canada : perspective de santé publique sur les faits et chiffres	2011
Obésité au Canada	2011
Statistiques canadiennes sur le cancer 2012	2012
L'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé (EVAS) au Canada	2012
Statistiques canadiennes sur le cancer 2013	2013
Répartition géographique de l'incidence du cancer, volume 2, 2000-2006	2014
Le cancer au Canada – Aperçu épidémiologique : Rapport basé sur la publication <i>Répartition géographique de l'incidence du cancer, volume 2, 2000-2006</i>	2014
Statistiques canadiennes sur le cancer 2014	2014

Les rapports produits ont été diffusés par différents moyens, dont des courriels directs, Internet, des listes de diffusion, des bulletins d'information et des bulletins électroniques. Les rapports visent à fournir de l'information à un large public, dont les professionnels de la santé, les chercheurs, les responsables de l'élaboration de politiques, les planificateurs du domaine de la santé, le grand public et les défenseurs des droits des communautés pour les aider à élaborer des politiques, à établir des priorités et à élaborer des programmes.

L'enquête menée par le Centre de prévention des maladies chroniques sur la satisfaction des intervenants à l'égard du rapport *Le diabète au Canada* a permis de savoir que le rapport avait été consulté par des répondants à l'enquête et que le pourcentage de satisfaction était élevé parmi les personnes l'ayant consulté. Plus précisément, le rapport a été lu par 71 % des répondants à l'enquête; les personnes l'ayant lu ont indiqué qu'elles étaient très satisfaites du contenu et de la qualité de l'analyse (89 %). Selon les répondants, le rapport était opportun (83 %); toutefois, certains répondants ont avancé qu'il faudrait mettre à jour régulièrement le rapport et les données. On a également accédé à ce produit de connaissance; en effet, entre décembre 2011 et octobre 2014, la page Web du rapport a été vue quelque 75 000 fois^{vii}.

^{vii} Pour en savoir plus sur les enquêtes de mesure du rendement utilisées dans le présent rapport d'évaluation, prière de consulter l'Annexe 7.

D'autres rapports de surveillance ont contribué à un meilleur accès aux produits de surveillance, comme le démontre l'analytique Web couvrant la période entre la date de leur publication et le 26 octobre 2014 :

- le *Rapport du système national de surveillance des maladies chroniques : L'hypertension au Canada 2010* a totalisé quelque 19 000 consultations de pages;
- le rapport *Vivre avec l'arthrite au Canada : Un défi de santé personnel et de santé publique* a comptabilisé plus de 24 500 consultations de pages.

En plus de publier des rapports de surveillance, le Centre a élaboré des produits de connaissance sous d'autres formes. Le personnel a rédigé 27 fiches de renseignements/bulletins et a préparé 40 articles à des fins de publication dans des revues faisant l'objet d'un examen par les pairs. D'après l'enquête de 2014 menée auprès des intervenants pour évaluer les produits de connaissance jugés prioritaires, les répondants ont indiqué qu'ils préféreraient les sommaires exécutifs, les articles de revue et les fiches de renseignements pour recevoir de l'information traitant de la surveillance. Les participants à l'enquête ont mentionné qu'ils utilisaient « souvent » les articles de revue (60 %), cette réponse étant suivie des sommaires exécutifs (60 %) et des fiches de renseignements (52 %). De plus, le sondage sur l'application des connaissances du Centre de prévention des maladies chroniques traitant des *Points saillants de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Réponse rapide sur l'ostéoporose* a révélé que la majorité (94 %) des répondants avaient lu et compris la fiche de renseignements.

L'analytique Web fournie ci-dessous, qui couvre la période entre la date de publication et le 26 octobre 2014, présente différents niveaux d'accès à d'autres produits de connaissance traitant de la surveillance.

- Pour le document *L'arthrite : Faits saillants de l'enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada 2009* qui a été publié il y a plus longtemps, on a comptabilisé plus de 1 100 consultations de pages.
- *Faits saillants sur le diabète 2011* totalise plus de 5 900 consultations de pages.
- On compte plus de 11 500 consultations de pages pour *Suivi des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux (AVC) au Canada – Faits saillants sur les AVC 2011*.
- Plus récemment, on a comptabilisé plus de 14 000 consultations de pages pour le document *Faits saillants sur la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) 2011*.

L'analytique Web démontre que les rapports de surveillance ont obtenu un plus grand nombre de consultations que les fiches de renseignements, qui sont plus courtes. On ignore si cela s'explique par les activités de promotion ou par l'intérêt des intervenants.

En général, l'enquête Web menée auprès des intervenants dans le cadre de l'évaluation a fait ressortir que moins de la moitié (49 %) des répondants à l'enquête, qui disaient faire partie d'un groupe de travail sur la surveillance, étaient d'accord pour dire que l'information de l'Agence est opportune. Des informateurs clés de l'interne et de l'externe ont également mentionné des problèmes au niveau de la pertinence de produire des rapports contenant des données de surveillance. Même si des protocoles d'entente ont été conclus avec chaque province et territoire,

le personnel à l'interne a reconnu qu'il est difficile de recevoir des présentations de données opportunes de la part de certaines provinces ou de certains territoires dont les capacités techniques sont déficientes. Cette situation nuit à la capacité du Centre de prévention des maladies chroniques d'analyser les données, de générer des produits de connaissance et de diffuser ceux-ci de façon opportune. Les informateurs clés ont également fait part de retards dans l'affichage de rapports en raison du processus d'approbation à l'interne de l'Agence; ils ont ajouté que les règles entourant les publications qui sont supervisées par la Direction générale des affaires publiques et des communications ne sont pas claires et sont mal comprises.

Même si des problèmes de pertinence et de sensibilisation demeurent, la voie suivie avec la Stratégie numérique et le processus de transformation des activités de surveillance du Centre semble prometteuse. La Stratégie tient compte de ces problèmes et favorise la collaboration au niveau de la diffusion des rapports auprès des intervenants, comme le travail de collaboration de l'Agence avec la Société canadienne du cancer concernant les publications annuelles sur les statistiques relatives au cancer. Les intervenants de l'externe ne sont pas assujettis aux mêmes exigences d'affichage qui sont établies par le gouvernement du Canada; de plus, ils sont parfois davantage en mesure de joindre les publics cibles. La Stratégie cherche également à adopter différents modèles de présentation pour que les plateformes novatrices puissent faire participer les intervenants et les citoyens à la prévention des maladies chroniques en utilisant les médias sociaux, en publiant des rapports plus courts et en diffusant des données (p. ex. Données ouvertes).

Portail canadien des pratiques exemplaires

Le Portail canadien des pratiques exemplaires, d'abord lancé en 2006 puis élargi en 2012, est une ressource destinée aux professionnels de la santé et aux décideurs du secteur de la santé publique qui fournit de multiples sources d'information, dont des pratiques exemplaires et des solutions, pour planifier les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies auprès des populations et des communautés. Le Portail compte six différents onglets, soit : maladies chroniques; interventions (anciennement pratiques exemplaires); ressources; sujets de santé; politiques; événements, publications et avis d'intérêt. La majeure partie de l'information se retrouve dans l'onglet interventions, qui regroupe plus de 250 descriptions d'interventions.

Pour faire suite à une enquête menée à l'interne en 2009 sur la satisfaction des utilisateurs, des travaux ont été menés concernant la rétroaction reçue, notamment l'amélioration de l'accessibilité et la validation de la pertinence du Portail. Voici quelques-uns des travaux menés :

- examen de l'infrastructure et du contenu;
- définition de nouvelles interventions;
- examen du protocole permettant de faire de certaines interventions des pratiques exemplaires;
- établissement d'un protocole de sélection des interventions qui sont des pratiques exemplaires;
- établissement de priorités afin d'améliorer le contenu des pratiques exemplaires.

Plus récemment, en 2013, on a amorcé des travaux visant à s'assurer de la tenue d'un examen de la qualité pour toutes les nouvelles interventions ajoutées au Portail canadien des pratiques exemplaires; on travaille présentement à l'élaboration de plans ciblés pour soutenir les activités de marketing et de promotion du Portail dans les bureaux régionaux de l'Agence.

Il est possible d'accéder au Portail canadien des pratiques exemplaires à partir d'appareils mobiles. Les interventions qui se trouvent dans le Portail ont été diffusées par d'autres mécanismes, dont des causeries près du feu qui sont tenues par le Réseau de recherche sur l'amélioration de la santé de la population de l'Université d'Ottawa, les médias sociaux, les articles de revue, des ateliers et des affiches de conférence et d'autres articles de promotion comme les brochures. Même si le Portail et son contenu font l'objet de diverses activités de promotion, les informateurs clés de l'externe, comme les représentants locaux de la santé publiques et les représentants provinciaux et territoriaux, connaissaient peu le Portail.

On a récolté d'autres preuves d'accès au Portail canadien des pratiques exemplaires. Dans l'ensemble, entre le 3 avril 2009 et le 3 avril 2014, on a comptabilisé 234 200 visiteurs dans le Portail, dont 155 442 visiteurs originaires du Canada. L'analytique Web fait ressortir une période de croissance dans les consultations de pages entre 2009-2010 et 2010-2011, suivie d'une légère baisse dans les années subséquentes. Une tendance semblable ressort d'autres analytiques. Par exemple, la durée des séances est demeurée relativement stable entre 2009-2010 et 2010-2011 avant de connaître une baisse de la durée moyenne des séances; le nombre de pages consultées par séance était également relativement stable entre 2009-2010 et 2010-2011, mais a depuis diminué. Au total, 57 % de toutes les visites ont duré moins de 10 secondes, et près des trois quarts (72 %) de tous les visiteurs étaient de nouveaux visiteurs, ce qui démontre que, après avoir accédé au Portail, les utilisateurs le quittent et n'y reviennent habituellement pas. Cela illustre peut-être les problèmes au niveau de la promotion du Portail auprès des publics cibles qui ont été soulevés par des informateurs clés à l'interne et à l'externe.

Par ailleurs, parmi les informateurs clés qui connaissaient le Portail, bon nombre ont soulevé des inquiétudes quant à la qualité et à l'exhaustivité des pratiques exemplaires. Les résultats de l'enquête sur la satisfaction des utilisateurs du Centre de prévention des maladies chroniques viennent appuyer cette conclusion : les répondants ont indiqué qu'il est nécessaire d'avoir plus d'information sur la qualité des données probantes et ont recommandé que les allégations d'efficacité soient clairement corroborées par des faits. Dans le cadre de l'évaluation, pour vérifier ces énoncés, on a mené un examen des pratiques exemplaires affichées sur le Portail (voir l'Annexe 4 pour obtenir une description). L'examen a révélé que l'information se rapportant aux 34 pratiques exemplaires était incomplète. Pour près de la moitié des interventions, il manquait au moins trois ou quatre sections d'information, tandis que 41 % (n = 14) des interventions affichaient des liens périmés vers des sites Web. Ces éléments démontrent que le Centre n'a pas été en mesure de régler tous les problèmes soulevés dans son enquête sur la satisfaction des utilisateurs menée en 2009.

Une enquête sur la satisfaction des intervenants menée en juin 2014 par le Centre de prévention des maladies chroniques a révélé que les gens consultent le Portail canadien des pratiques exemplaires pour explorer son contenu, trouver des interventions et soutenir la recherche. Alors que les répondants à l'enquête ont souligné que le Portail fournit de l'information que l'on ne retrouve pas ailleurs, ils ont également signalé des problèmes avec le Portail, dont l'accessibilité, la disponibilité et la qualité du contenu ainsi que le marketing et le niveau de connaissance. Malgré tout cela, certains répondants ont également signalé être très satisfaits de la qualité et du caractère opportun de l'information et ont reconnu que l'information était pertinente pour leur travail.

Pour la suite des choses, on s'attend à ce que le Portail devienne la présence Web du Centre de prévention des maladies chroniques qui fait suite à l'initiative Renouvellement des sites Web du gouvernement du Canada^{viii}. En plus d'ajouter plus de contenu, comme des initiatives prometteuses et novatrices (p. ex. information sur des projets financés par l'Agence qui ont réussi à produire des résultats, mais qui ne satisfont pas aux critères permettant d'en faire une pratique exemplaire), on pourrait s'assurer que le contenu actuel est de bonne qualité.

Revue *Maladies chroniques et blessures au Canada*

La revue *Maladies chroniques et blessures au Canada*, d'abord publiée en 1980, est l'autre plateforme clé utilisée pour produire et diffuser de l'information sur les maladies chroniques (et les blessures). Il s'agit d'une revue trimestrielle qui se penche sur les données probantes actuelles relatives au contrôle et à la prévention des maladies chroniques et des blessures au Canada. Cette revue publie des articles révisés par des pairs provenant d'auteurs qui représentent différents domaines du secteur public ou du milieu universitaire, dont l'épidémiologie, la santé publique et communautaire, la biostatistique, les sciences comportementales, les services de santé et l'économique. La revue est hébergée au Centre de prévention des maladies chroniques; l'équipe de la revue se compose de réviseurs, de pairs examinateurs, d'un comité de rédaction et d'auteurs qui travaillent ou non au gouvernement. Depuis 2009, 26 numéros, y compris des numéros supplémentaires, ont été publiés, ce qui donne un total de 199 articles. Il s'agit d'une combinaison de conclusions de recherche, de comptes rendus de livres, de fiches de renseignements, de renseignements tirés de conférences, de rapports sommaires, etc.

Des preuves donnent à penser que la revue est accessible. En décembre 2013, on comptait plus de 1 200 abonnés à la version numérique, dont des épidémiologistes, des praticiens en santé publique, des responsables de l'élaboration des politiques, des universités et des bibliothèques scientifiques. Jusqu'en novembre 2014, environ 300 abonnés recevaient également des copies imprimées de la revue.

Certaines données probantes démontrent que le nombre d'abonnements à la revue *Maladies chroniques et blessures au Canada* a augmenté entre 2009 et 2011 et est depuis demeuré relativement stable. Une enquête sur la satisfaction des intervenants (n = 192) menée en 2012 par

^{viii} L'initiative Renouvellement des sites Web du gouvernement du Canada est une initiative pangouvernementale dans le cadre de laquelle les renseignements et les pages Web du Ministère/de l'Agence seront regroupés dans un seul site Web et classés par thèmes, tâches et sujets.

le Centre de prévention des maladies chroniques a fait ressortir un niveau élevé de satisfaction à l'égard de la revue *Maladies chroniques et blessures au Canada*. Parmi les répondants qui se rappelaient avoir lu la revue (n = 165), 92 % étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que la revue leur avait permis d'améliorer leurs connaissances, 82 % étaient satisfaits de la qualité de l'analyse et 78 % des répondants ont indiqué que cette publication avait répondu à leurs besoins pour ce qui est d'obtenir des renseignements fondés sur des données probantes. Alors que la plupart des répondants à l'enquête semblaient satisfaits, certains ont signalé que, si la revue était connue davantage et que l'on utilisait les médias sociaux pour faire connaître le contenu, ce produit ferait l'objet d'une meilleure promotion.

L'analytique Web a démontré une hausse du nombre de visites sur le site Web de la revue sur une période de quatre ans. De novembre 2010 à novembre 2011, on a comptabilisé quelque 55 000 séances et 36 000 utilisateurs différents. Ces nombres ont augmenté chaque année par la suite pour donner quelque 80 000 séances et 54 000 utilisateurs entre octobre 2013 et octobre 2014.

La revue *Maladies chroniques et blessures au Canada* met présentement en place plusieurs changements en vue d'accroître l'accessibilité et l'utilisation des connaissances. Plus précisément, le calendrier de publication passera d'une fréquence trimestrielle à une fréquence mensuelle; il sera utilisé par le Centre comme principal moyen de communication pour présenter ses travaux de science, de recherche et d'analyse examinés par des pairs. De plus, la revue continuera de présenter les travaux d'auteurs de l'extérieur qui mettent en évidence une collaboration en matière de recherche avec l'Agence grâce à une corédaction avec des employés du portefeuille de la Santé, à un financement de l'Agence ou de Santé Canada ou à l'utilisation des données de l'Agence ou de Santé Canada. De tels changements pourraient contribuer grandement à régler les problèmes relatifs à la pertinence, surtout en ce qui a trait à l'affichage de certaines données de surveillance, étant donné que la publication dans une revue scientifique n'est pas assujettie aux mêmes exigences que la publication sur le site Web de l'Agence. Même si cela ne relève pas du mandat de la présente évaluation, l'affichage dernièrement du Cadre d'indicateurs des maladies chroniques et des blessures est un bon exemple d'utilisation de la revue pour promouvoir les conclusions tirées et les travaux à venir. Le Cadre a fait l'objet d'un numéro spécial de la revue.

En général, même si l'on a généré un grand nombre de produits de connaissance, il semble difficile d'accroître l'accès aux produits et aux plateformes et d'en faire la promotion auprès des publics cibles. Les répondants à l'enquête Web menée auprès des intervenants et les informateurs clés à l'interne et à l'externe ont indiqué que l'Agence pourrait améliorer sa visibilité. Certains informateurs ont mentionné que l'Agence pourrait y parvenir notamment en faisant un meilleur usage des médias sociaux. Le Centre de prévention des maladies chroniques doit composer avec quelques contraintes, notamment le fait qu'il doit présentement utiliser le compte Twitter générique de l'Agence; ce compte sert aussi à communiquer de nombreux autres messages, dont des avis de santé voyage et des mises à jour sur les maladies infectieuses. Cela limite la visibilité des messages sur les modes de vie sains et la prévention des maladies chroniques; de plus, on ignore la mesure dans laquelle l'initiative Renouvellement des sites Web du gouvernement du Canada aura une incidence sur les communications gouvernementales passant par Twitter. L'analyse internationale menée dans le cadre de l'évaluation a fait ressortir que le National

Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion des États-Unis possède son propre compte Twitter suivi par plus de 7 900 abonnés et diffuse en moyenne cinq messages par jour traitant de maladies chroniques.

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

Résultat intermédiaire n° 1 : facteurs de risque communs et changements dans les comportements

Des approches axées sur les facteurs de risque communs ont été adoptées pour presque tous les projets. De plus, les projets financés permettent d'informer les Canadiens sur les avantages que procure un mode de vie sain. Toutefois, il est possible de clarifier les liens qui existent entre l'Approche de partenariats plurisectoriels et le modèle de l'approche axée sur la santé de la population. Les premiers résultats démontrent des changements dans les comportements des participants aux projets.

Facteurs de risque communs

En vertu de l'Approche de partenariats plurisectoriels, le Centre de prévention des maladies chroniques exige que les projets mettent l'accent sur au moins un des éléments suivants :

- favoriser les modes de vie sains et le poids santé au moyen d'une initiative de prévention primaire;
- aborder les facteurs de risque communs (p. ex. mauvaises habitudes alimentaires, inactivité physique et tabagisme).

Huit des neuf projets examinés avaient adopté une approche fondée sur les facteurs de risque communs. La plupart des projets traitaient à la fois de l'alimentation et de l'activité physique, un projet (programme Air Miles) était axé uniquement sur l'activité physique et un projet appliquait une approche plus générale et soutenait l'adoption d'un mode de vie sain en produisant et en diffusant de l'information sur les modes de vie sains et les facteurs de risque des maladies chroniques directement à la population canadienne. Le projet C-CHANGE, qui porte sur la promotion et l'application de la version à jour des lignes directrices sur le dépistage des maladies cardiaques, ne semble pas avoir adopté une approche axée sur les facteurs de risque communs. Toutefois, il est bon de noter que, à l'origine, ce projet suivait l'ancien modèle et relevait du Programme des maladies cardiovasculaires; il s'agit de l'un des premiers projets mis en œuvre en vertu de la nouvelle Approche de partenariats plurisectoriels.

Non seulement les projets actuels sont-ils en train de modifier leurs activités de prévention pour qu'elles soient axées sur les facteurs de risque communs, mais ils contribuent également à informer les Canadiens en général sur les avantages d'adopter un mode de vie sain. Le programme Jeu d'échange, lancé par le ministère de la Santé en février 2014 pendant la couverture des Jeux olympiques d'hiver de 2014 par la SRC, devrait permettre de faciliter ce dialogue. Le programme Jeu d'échange est essentiellement un concours qui invitait tous les

Canadiens à soumettre des idées et des projets novateurs de promotion des modes de vie sains et de prévention des maladies chroniques. Ce processus qui dure un an se terminera avec l'annonce d'un gagnant en janvier 2015 sur les ondes de la SRC; par la suite, le projet gagnant sera mis en œuvre dans le cadre de l'Approche de partenariats plurisectoriels de l'Agence.

Réduction des inégalités en santé parmi les groupes composant la population

Conformément à ce qui a été rapporté à la Section 4.1, les groupes vulnérables sont touchés de façon disproportionnée par les maladies chroniques et sont plus susceptibles d'adopter des comportements à risque. Tout comme les autres programmes de subventions et de contributions de l'Agence, les anciens programmes communautaires de subventions et de contributions de la SIMVSMC de l'Agence utilisaient une approche axée sur la santé de la population. Le but de l'« approche axée sur la santé de la population » est double : améliorer la santé de toute la population et réduire les inégalités en santé entre les segments de la population. Dans le cas de l'Approche de partenariats plurisectoriels, le Centre de prévention des maladies chroniques fait savoir que ses programmes suivent une approche fondée sur la population dans son ensemble. On ignore si ladite approche fondée sur la population dans son ensemble est identique à l'approche axée sur la santé de la population, ni si cette approche est systématiquement utilisée pour tous les projets financés.

À l'heure actuelle, quatre des neuf projets de l'Approche de partenariats plurisectoriels qui ont été examinés (44 %) ciblaient au moins un des segments les plus à risque (ou vulnérables) de la population :

- le projet Olympiques spéciaux cible les enfants handicapés;
- le projet Right to Play cible les enfants autochtones;
- le projet Lawson Prescriptions cible une communauté rurale;
- le projet ACTIVE-toi cible les familles à faible revenu.

En plus de réaliser des projets ciblant certaines populations plus à risque (ou vulnérables) dans leurs programmes, certaines organisations ont établi des partenariats avec des groupes qui travaillent auprès de ces populations. Par exemple, le projet Air Miles a établi un partenariat avec YMCA, un organisme sans but lucratif, qui offre à des personnes défavorisées un programme d'aide financière pour les aider à payer les frais d'adhésion à un centre d'entraînement.

L'exercice de rafraîchissement des politiques devrait permettre de clarifier et de communiquer le modèle de programme qui permettra de réduire les inégalités en santé parmi les différents segments de la population.

Changements dans les comportements

Comme l'ont noté des répondants à l'enquête menée sur le Web auprès d'intervenants dans le cadre de la présente évaluation ainsi que des informateurs clés à l'interne, les anciens programmes communautaires de subventions et de contributions ne finançaient pas les projets sur une période assez longue pour que l'on puisse observer des changements dans les

comportements des participants. En vertu du nouveau programme de financement, les projets sont financés pendant au moins deux ans, avec une possibilité de prolongation pour une période maximale de cinq ans. Ce changement a été bien accueilli par les intervenants.

En plus d'allonger la durée des ententes de financement par rapport aux anciens programmes communautaires de la SIMVSMC, selon les modalités s'appliquant aux programmes de santé de la population, on s'est éloigné du modèle de « remboursement des dépenses admissibles » et opté pour le versement des paiements en fonction de « la réalisation d'attentes en matière de rendement ou de jalons prédéterminés ». En vertu de l'entente de rémunération au rendement, les organisations doivent mesurer et déclarer des résultats définis préalablement qui se rapportent aux changements attendus dans les comportements. Ces changements devraient mener à une amélioration de la mesure et de la déclaration des résultats.

Au moment de l'évaluation, deux projets étaient en mesure de faire rapport sur certains résultats :

- Le projet Air Miles, dans le cadre duquel certaines installations YMCA pilotes accordaient des Air Miles aux personnes qui s'abonnaient à un YMCA et qui fréquentaient un YMCA, a observé deux résultats positifs : plus de gens font de l'exercice et ceux qui venaient déjà s'entraîner viennent plus souvent.
- Le projet ACTIVE-toi, dans le cadre duquel le Club garçons et filles du Canada offrait un programme de mentorat à des jeunes plus âgés pour qu'ils dirigent et conseillent des plus jeunes dans des activités traitant de l'activité physique et des bonnes habitudes alimentaires et fournissait des services d'approche aux parents et aux familles, a également obtenu plusieurs résultats positifs, dont les suivants : les enfants disent qu'ils passent moins de temps devant un écran (comme la télévision ou l'ordinateur) qu'avant leur participation au programme; les enfants rapportent qu'ils font plus d'activités physiques qu'avant leur participation au programme; les enfants font montre de plus grandes connaissances relativement aux modes de vie sains.

Incidence des partenariats plurisectoriels

Il est trop tôt pour déterminer l'incidence à plus long terme de l'Approche de partenariats plurisectoriels. Les projets ont le potentiel qu'il faut pour contribuer grandement à la santé de la population canadienne, notamment le projet Jeu d'échange, qui a fait l'objet d'une couverture intéressante étant donné qu'il a été annoncé pendant les Jeux olympiques d'hiver de 2014. Lorsque la première cohorte de projets aura terminé ses activités, il sera possible de mener une analyse plus approfondie des résultats pour déterminer si ces partenariats ont été bénéfiques pour les participants aux projets, mais également pour la société en général. Par exemple, cette analyse pourrait tenir compte du potentiel d'autres partenariats plurisectoriels dans le domaine de la santé qui sont en cours d'élaboration – hors du cadre des programmes de l'Agence – mais qui profitent du leadership de l'Agence dans ce secteur.

Résultat intermédiaire n° 2 : utilisation des produits et des plateformes de connaissance

Même si l'on ne disposait pas de suffisamment de renseignements sur le rendement pour pouvoir bien évaluer l'utilisation des produits et des plateformes d'information, certaines indications donnent à penser que des produits et des plateformes ont été utilisés par des intervenants pour les aider dans leur pratique ou pour adapter des interventions.

Cubes de données

Aucune information n'est disponible actuellement sur l'utilisation des Cubes de données. Parmi les activités de mesure du rendement à venir, on compte l'élaboration d'une méthodologie pour évaluer l'utilisation.

Publications traitant de surveillance

Certaines preuves démontrent que les produits de surveillance sont utilisés par un large public cible. Voici quelques exemples d'utilisation qui ont été relevés :

- L'enquête menée par le Centre de prévention des maladies chroniques sur la satisfaction des intervenants à l'égard du rapport *Le diabète au Canada* de 2011 a démontré que les deux tiers des répondants ont utilisé ou prévoyaient utiliser l'information contenue dans le rapport dans le cadre des activités de leur organisation. On pourrait citer en exemple les activités de recherche puisqu'une analyse des citations sur le même rapport a révélé que le rapport avait été cité 89 fois (deux auto-citations) dans d'autres publications comme des articles de revue, des blogues et des pages Web.
- Le sondage sur l'application des connaissances du Centre de prévention des maladies chroniques traitant des *Points saillants de l'ESCC – Réponse rapide sur l'ostéoporose* a fait savoir que l'information contenue dans la fiche de renseignements avait exercé une influence sur le processus d'élaboration des décisions, des lignes directrices, des politiques ou des programmes selon le quart des répondants (25 %).
- L'évaluation du partenariat relatif à la publication *Statistiques canadiennes sur le cancer* a révélé les trois principales utilisations que l'on fait des publications : recherche (61 %); enseignement ou formation du personnel (38 %); sensibilisation du public (34 %). Les statistiques relatives au cancer ont également permis d'obtenir de l'information et du soutien pour des analyses de situation, des communications, des collectes de fonds et des activités de défense des droits.

En général, les intervenants confirment qu'ils utilisent des données probantes tirées de produits de surveillance et reconnaissent que les activités de surveillance constituent habituellement une source de données qui vient étayer le processus décisionnel d'un programme. Par exemple :

- Les résultats de l'enquête de 2014 menée auprès des intervenants pour évaluer les produits de connaissance jugés prioritaires ont permis de savoir que 46 % des répondants représentant des organismes d'ordre local, provincial ou territorial, national ou international ont mentionné qu'ils utilisent « souvent » les rapports de surveillance.
- L'enquête Web menée auprès des intervenants dans le cadre de l'évaluation a révélé que les trois quarts (76 %) des répondants, qui représentaient un éventail de secteurs (comme le gouvernement, le milieu universitaire, les organisations non gouvernementales et le secteur des soins de santé) et qui avaient pris part à des activités de surveillance de l'Agence, utilisent l'information de l'Agence, tandis que 37 % des répondants étaient d'accord pour dire que cette information avait exercé une influence sur les programmes, les politiques ou les interventions de leurs organisations.
- Les provinces et les territoires prenant part à des activités de surveillance des maladies chroniques ont indiqué, dans leurs Rapports sur les capacités soumis chaque année à l'Agence, qu'ils avaient utilisé des données de surveillance pour produire des rapports, planifier, élaborer et gérer des programmes et des initiatives et étoffer des politiques et des lois.

Portail canadien des pratiques exemplaires

Les intervenants semblent avoir utilisé les pratiques exemplaires du Portail pour les aider dans leur pratique ou pour adapter des interventions. L'enquête sur la satisfaction des intervenants menée en 2014 par le Centre de prévention des maladies chroniques a fait ressortir que, parmi les utilisateurs qui ont accédé au Portail (n = 109), 66 % ont utilisé ou prévoient utiliser l'information, 39 % ont discuté de l'information tirée du Portail avec d'autres personnes et 32 % ont indiqué que l'information obtenue leur avait permis d'étoffer les décisions, les programmes, les politiques ou les pratiques. Par exemple, un répondant a fait savoir que sa clinique utilisait de l'information pour créer un nouveau programme de réduction des risques vasculaires et mettre en place un programme de dépistage du diabète auprès des patients atteints de troubles chroniques.

Revue *Maladies chroniques et blessures au Canada*

Certains signes donnent à penser que la revue *Maladies chroniques et blessures au Canada* est utilisée par des intervenants pour faciliter l'élaboration de programmes et de politiques ou pour améliorer les pratiques. L'enquête sur la satisfaction des intervenants menée en 2012 par le Centre de prévention des maladies chroniques a fait ressortir que, parmi les personnes qui se rappelaient avoir lu la revue (n = 165), 73 % avaient utilisé ou prévoyaient utiliser l'information tirée de la revue à des fins professionnelles. On a signalé que l'information avait été utilisée pour des présentations, des propositions de financement et des articles de revue, avait été diffusée à des collègues et avait servi de ressource ou de référence générale. De plus, le facteur d'impact^{ix} 2013 de la revue se chiffrait à 1,22, ce qui est une hausse considérable par rapport à l'année antérieure (0,68). L'analyse internationale menée dans le cadre de l'évaluation a révélé que ce résultat est légèrement inférieur au facteur d'impact obtenu par *Preventing Chronic Disease* (1,956), la revue publiée par les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis.

^{ix} Le facteur d'impact mesure le nombre moyen de citations d'articles de revue publiés récemment.

Par ailleurs, la revue compte un certain nombre de citations, ce qui démontre que l'information tirée des différents numéros est utilisée par d'autres intervenants pour approfondir la recherche dans ce secteur. Plus précisément, on comptabilise 520 citations d'articles publiés entre 2009 et 2014, dont six articles datés de 2014. Comme prévu, la plupart des citations proviennent d'articles de 2009, de 2010 et de 2011^x.

Incidence des produits et des plateformes de connaissance

L'incidence prévue sur la population canadienne est la suivante : la prise de décisions fondées sur des données probantes qui sont uniformes partout au pays sera avantageuse pour les Canadiens. L'évaluation ne cherchait pas à examiner ce résultat à plus long terme; toutefois, la prochaine évaluation des activités de prévention des maladies chroniques pourrait être en mesure d'approfondir davantage ce résultat si l'on continue de mettre en œuvre des initiatives de mesure du rendement.

4.5 Rendement : élément n° 5 – démonstration d'économie et d'efficience

En général, la prévention des maladies chroniques est plus rentable que le traitement de ces mêmes maladies. Même si des gains d'efficience ont été réalisés grâce aux mesures prises par le Centre de prévention des maladies chroniques pour améliorer la prestation des programmes et la mesure du rendement, il serait possible d'accroître encore l'efficience.

Fardeau économique des maladies chroniques et des troubles connexes

La prévention des maladies chroniques est une activité rentable. Le fardeau économique des maladies chroniques et des troubles connexes constitue un facteur important dont il faut tenir compte pour comprendre l'incidence des maladies dans les systèmes plus vastes de santé publique et de soins de santé et dans le contexte social.

Par l'entremise de l'étude *Le fardeau économique de la maladie au Canada*, l'Agence a élaboré une méthode d'évaluation des coûts directs et des coûts indirects pour la société^{xi}. Comme le montre le Tableau 6 ci-dessous, on évalue que les maladies cardiovasculaires ont coûté 11,8 milliards de dollars à la société en 2008, tandis que les coûts sont d'environ 4 milliards de dollars pour le cancer et de 2 milliards de dollars pour le diabète. Les coûts directs et les coûts indirects associés aux maladies chroniques sont élevés, et les coûts liés aux troubles connexes, comme l'obésité, sont également considérables. Par exemple, on estime que l'obésité a coûté à l'économie canadienne quelque 4,6 milliards de dollars en 2008, ce qui représente une hausse de 19 % par rapport au total de 3,9 milliards de dollars en 2000.

^x Étant donné que le délai de publication d'un article examiné par des pairs peut être long, il arrive souvent que le nombre de citations n'augmente pas avant un certain temps.

^{xi} Les coûts directs sont les dépenses directement attribuables aux soins médicaux, aux hospitalisations, aux procédures de jour, aux médicaments sur ordonnance et aux services en clinique externe, tandis que les coûts indirects représentent la valeur perdue en raison d'une maladie, d'une incapacité ou d'un décès prématuré.

Tableau 6 : Coûts directs et indirects des maladies cardiovasculaires, du diabète, du cancer et des maladies pulmonaires obstructives chroniques (2008)

Catégorie de coûts	MCV	Diabète	Cancer	MPOC
Médicaments	4 272 675 500 \$ (36,25 %)	1 198 208 800 \$ (54,7 %)	467 077 300 \$ (11,7 %)	305 009 700 \$ (24,13 %)
Soins hospitaliers	5 068 039 500 \$ (43 %)	492 736 500 \$ (22,5 %)	2 329 384 600 \$ (58,30 %)	791 294 600 \$ (62,61 %)
Soins médicaux	2 352 012 100 \$ (20 %)	487 271 700 \$ (22,24 %)	1 031 721 700 \$ (28,82 %)	161 105 600 \$ (12,75 %)
Mortalité	92 660 600 \$ (0,78 %)	12 276 700 \$ (0,56 %)	166 485 800 \$ (4,16 %)	6 283 900 \$ (0,49 %)
Tous les coûts	11 785 387 700 \$	2 190 493 700 \$	3 994 669 400 \$	1 263 693 800 \$

Source : Agence de la santé publique du Canada. *Le fardeau économique de la maladie au Canada*. 2008.

L'incidence économique des maladies chroniques donne à penser que la prévention pourrait être un secteur d'intervention rentable³⁶. Une étude a révélé qu'une intervention liée au mode de vie mettant l'accent sur les facteurs de risque communs était plus rentable qu'une intervention pharmaceutique lorsqu'il est question de prévenir le diabète³⁷. Dans le cadre d'une autre étude, qui se penchait sur la rentabilité de sept interventions de santé publique visant à réduire les risques de maladies chroniques en augmentant les niveaux d'activité physique, on a observé que l'activité physique avait contribué à réduire l'incidence de la maladie et à améliorer les résultats pour la santé de façon rentable par comparaison avec l'absence d'intervention³⁸.

En 2012, pendant un exercice de réaffectation budgétaire, on a changé l'orientation des activités sur les maladies chroniques de l'Agence en les axant sur la prévention – et même davantage sur la prévention suivant une approche fondée sur les facteurs de risque communs – et en éliminant ainsi les activités mettant l'accent sur le contrôle des maladies chroniques (p. ex. production de produits de connaissance traitant de la gestion des maladies). Cette réorientation va dans le même sens que les conclusions de la recherche sur le rapport coût-efficacité de la prévention des maladies chroniques; conformément à ce qui a été souligné à la section sur le rôle, elle a été bien accueillie par les intervenants du milieu des maladies chroniques. Cette réorientation est également conforme aux priorités et aux engagements FPT et internationaux (voir la Section 4.2 pour obtenir plus de détails).

Financement

Au cours de la période évaluée, on a observé un léger écart entre les budgets de fin d'exercice et les dépenses réelles. Comme le démontre le Tableau 7 ci-dessous, l'écart le plus important est relevé en 2012-2013 pendant l'exercice de réaffectation budgétaire de l'Agence. Parmi les activités prévues qui n'ont pas été réalisées pendant cet exercice, on compte la mise en œuvre de certains protocoles d'entente en matière de surveillance, une campagne de marketing social et des réductions dans les dépenses de publication et de réunions.

Tableau 7 : Écart entre les budgets de fin d'exercice et les dépenses 2009-2010 à 2013-2014

Exercice	Budgets de fin d'exercice (\$)				Dépenses (\$)				Écart (\$)	% du budget prévu dépensé
	S et C	F et E	Salaires	TOTAL	S et C	F et E	Salaires	TOTAL		
2009-2010	15 288 132	15 554 165	12 124 073	42 966 370	14 701 224	13 873 327	11 351 759	39 926 309	3 040 061	93 %
2010-2011	14 132 315	18 199 241	15 843 615	48 175 171	12 615 507	17 514 642	15 232 637	45 362 786	2 812 385	94 %
2011-2012	16 920 673	17 240 562	17 289 603	51 450 838	16 642 880	17 120 338	17 068 370	50 831 587	619 250	99 %
2012-2013	14 724 771	16 502 874	14 164 695	45 392 340	14 724 768	11 007 142	14 080 076	39 811 986	5 580 354	88 %
2013-2014	17 705 733	14 651 041	13 922 686	46 279 460	17 506 854	12 826 295	13 622 470	43 955 618	2 323 842	95 %

*Données vérifiées par le Bureau du dirigeant principal des finances

Depuis 2013-2014, le Centre a amélioré considérablement le suivi et la déclaration de ses charges financières, notamment par une structure qui rattache les coûts directs et indirects aux autorisations de financement et par l'harmonisation des activités prévues avec les codes financiers. Par conséquent, toute évaluation subséquente des activités du Centre devrait permettre une analyse plus approfondie des dépenses et des charges prévues.

Pour ce qui est de la concordance entre le budget et les priorités, l'évaluation a fait ressortir que la majeure partie du budget du Centre de prévention des maladies chroniques est affectée à des activités qui sont conformes aux priorités de la DGPSPMC ou du Centre. Depuis 2013-2014, les ressources font l'objet d'un suivi et sont rattachées au secteur prioritaire abordé – que ce soit pour donner suite aux priorités de planification opérationnelle de l'Agence ou aux priorités de la DGPSPMC. Pour 2013-2014, 73 % des fonds ont été affectés aux principales réalisations attendues du plan opérationnel du Centre, tandis que 18,4 % des fonds ont été accordés à d'autres réalisations attendues (p. ex. subventions et contributions pour des activités de surveillance, lignes directrices et leçons tirées de projets de subventions et de contributions). Le reste (8,6 %) des fonds a été versé à des bureaux de gestion.

En ce qui a trait à l'économie, l'investissement de 10,8 millions de dollars de l'Approche de partenariats plurisectoriels dans les neuf projets examinés dans le cadre de la présente évaluation a permis à l'Agence d'aller chercher 9,3 millions de dollars du secteur privé. Même si cette approche est relativement nouvelle, elle a déjà permis d'élargir la portée et peut-être même l'incidence des projets financés. Par exemple, au lieu d'offrir leur programme ACTIVE-toi à 10 endroits, les Clubs garçons et filles du Canada ont pu joindre 22 lieux à l'échelle du pays.

Gains d'efficience

En plus de la réorientation des activités vers la prévention des maladies chroniques, d'autres changements apportés récemment aux activités du Centre de prévention des maladies chroniques ont généré des gains d'efficience encore plus grands. Voici des exemples :

- Conformément à ce qui a été mentionné dans la section ci-dessus, pour donner suite aux recommandations du BVG sur le suivi financier, le Centre a apporté des changements considérables à la fonction de suivi et de déclaration de ses charges financières. La pratique

en place au Centre de prévention des maladies chroniques est la suivante : assurer le suivi continu des dépenses et faire des rajustements au besoin. Étant donné ces changements apportés récemment, on s'attend à ce que les évaluations à venir mènent à une analyse plus approfondie de l'économie.

- La SIMVSMC était dotée d'une structure très complexe comptant de nombreux niveaux de gouvernance. Des changements apportés récemment ont permis au Comité de la haute direction du Centre de prévention des maladies chroniques de devenir un organe chargé de l'établissement des priorités et de la prise de décisions au niveau du Centre. De plus, au lieu d'avoir une multitude de comités ou de groupes de travail qui dirigent le travail du Centre, on compte deux comités faisant rapport au Comité de la haute direction : le Comité de la Stratégie numérique et le Comité de la gestion des talents. Le Centre a ainsi pu simplifier ses organes et ses processus d'établissement des priorités et de prise de décisions.
- L'Approche de partenariats plurisectoriels a permis à l'Agence de réaliser des gains d'efficacité, qui devraient se transposer en résultats améliorés selon les attentes. Les bénéficiaires obtiennent désormais les fonds après avoir produit les résultats. Le Centre cherche présentement une façon de passer à un modèle selon lequel les bénéficiaires financés obtiennent leurs versements une fois les résultats prévus obtenus. Peu importe le modèle final, que le paiement soit rattaché à la production d'extrants ou à l'obtention des résultats, on s'assure ainsi que les projets sont sur la bonne voie et respectent les objectifs fixés.
- L'approche de prévention des maladies chroniques a été déplacée en amont et est désormais axée sur les facteurs de risque et de protection communs. Une telle approche pourrait renforcer l'incidence et l'efficacité de l'investissement. Comme l'ont démontré des données probantes (voir la section Nécessité de maintenir le programme) et l'ont relevé des informateurs clés, la transition vers une approche fondée sur les facteurs de risque communs constitue le moyen le plus rentable de s'attaquer aux maladies chroniques sachant que, par exemple, une saine alimentation réduit le risque qu'un individu développe le diabète, certaines formes de cancer et des troubles liés aux maladies cardiovasculaires, comme l'hypertension³⁹.

Secteurs de pratiques potentiellement inefficaces

Malgré les gains d'efficacité, certains secteurs pourraient être améliorés.

- Au moment de l'évaluation, la dernière version du rapport sur la qualité des données du Centre de prévention des maladies chroniques se fondait sur les données recueillies en 2009-2010 par le Système national de surveillance du diabète. À l'époque, on avait relevé des problèmes au niveau de la pertinence et de la qualité des données reçues des provinces et des territoires. On a soumis des recommandations visant à améliorer les outils de contrôle de la qualité des données pour que les provinces et les territoires puissent mieux vérifier les données avant de soumettre leurs ensembles de données à l'Agence. Le dernier rapport sur la qualité des données, qui était en voie d'être approuvé au moment de l'évaluation, n'a pas fait d'observations quant à la qualité des données du Système national de surveillance des maladies chroniques par suite des nouvelles mesures mises en œuvre par le Centre. Toutefois, la question de la pertinence est toujours problématique.

- Il semble possible de poursuivre l'intégration des activités entre les Divisions du Centre de prévention des maladies chroniques et, selon le cas, au sein de la DGPSPMC. À ce jour, même si l'on a fait quelques tentatives d'intégration des activités, il serait possible d'élargir encore plus le processus d'intégration. Par exemple, on pourrait faire participer davantage les scientifiques travaillant à la DDSIS au processus de planification et de développement des produits et des initiatives.

Mesure du rendement

Le Centre de prévention des maladies chroniques a apporté plusieurs changements pour pouvoir mettre en œuvre un système de mesure du rendement qui soutiendra la prise de décisions et la reddition de comptes au niveau de la direction, conformément à ce qui était recommandé dans le Rapport de 2013 du BVG. Le système se compose de deux volets :

- Affiches Points saillants en matière de rendement : par suite de chaque initiative de collecte de données pour la mesure du rendement, y compris l'enquête sur la satisfaction et les enquêtes sur l'utilisation des connaissances du Centre, on produit une affiche Points saillants en matière de rendement. Chaque affiche contient des renseignements généraux sur le produit/l'activité mesuré ainsi qu'une description de la méthodologie, les constatations, les leçons tirées ou un aperçu de l'analyse des données. Au total, sept affiches ont été produites et diffusées au sein du Centre de prévention des maladies chroniques concernant des produits et des plateformes qui cadrent avec le mandat de la présente évaluation.
- Répertoire des données sur le rendement : tous les fonds de données sur le rendement du Centre de prévention des maladies chroniques sont inscrits à ce répertoire tout comme les activités de collecte de données pour la mesure du rendement qui sont à venir. Le répertoire est mis à jour chaque année afin qu'il suive les activités prioritaires ciblées pendant le cycle de planification, de déclaration, de suivi et de gestion financière; le Comité de la haute direction du Centre doit ensuite discuter du répertoire et l'approuver sur une base semestrielle.

En plus d'assurer la mesure du rendement de certains de ses produits et plateformes, le Centre de prévention des maladies chroniques suit le rendement de ses projets de subventions et de contributions. Les projets financés qui relèvent de l'Approche de partenariats plurisectoriels doivent mettre en place un plan d'évaluation qui montre la façon dont des données probantes seront recueillies pour produire trois des quatre résultats attendus, qui suivent tous le Modèle logique des partenariats. De plus, les projets doivent mesurer un ensemble correspondant d'indicateurs à court terme (données démographiques de groupes cibles), à moyen terme (niveau de connaissance accru) et à long terme (changements dans les comportements – à l'aide d'éléments composant les facteurs de risque communs). Les projets financés sont tenus de produire un rapport de référence dans les douze mois suivant le début des activités et des rapports annuels de mesure des résultats pour démontrer les progrès réalisés au niveau de l'obtention des résultats escomptés.

Certaines indications donnent à penser que le Centre de prévention des maladies chroniques commence à utiliser des données de mesure du rendement pour faciliter la prise de décisions. Par exemple, on a amélioré la conception et la prestation de la revue *Maladies chroniques et*

blessures au Canada en se fondant sur certaines conclusions tirées d'une enquête sur la satisfaction des intervenants. Étant donné les changements relativement récents apportés à la fonction de mesure du rendement au Centre, les informateurs clés s'attendent à utiliser de plus en plus les données de mesure du rendement dans l'avenir pour prendre des décisions relatives aux programmes.

Certains éléments nuisent aux activités de mesure du rendement du Centre de prévention des maladies chroniques, notamment les listes d'intervenants qui sont incomplètes. Pour mener correctement ses activités de mesure (c'est-à-dire sonder les bonnes personnes), la Section du rendement des programmes du Centre utilise les listes d'intervenants. Il semble que ces listes sont parfois incomplètes ou ne sont plus à jour, ce qui peut ensuite nuire à la capacité du Centre de recevoir une rétroaction utile et d'évaluer avec précision les activités et les produits.

Étant donné que le Centre de prévention des maladies chroniques fait présentement l'objet d'un exercice visant à harmoniser ses autorités de politique et de programme, on s'attend à ce que les activités de mesure du rendement (y compris les modèles logiques) soient adaptées pour tenir compte des changements à venir.

5.0 Conclusions

5.1 Conclusions relatives à la pertinence

5.1.1 Nécessité de maintenir le programme

Les maladies chroniques demeurent un enjeu de santé publique. Il est encore nécessaire de faire de la prévention étant donné que le rythme auquel de nouveaux cas de certaines maladies chroniques sont diagnostiqués continue d'augmenter (comme le cancer et le diabète) en raison du vieillissement de la population, tandis que le taux de diagnostics d'autres maladies, comme l'hypertension, s'est stabilisé. Par ailleurs, le nombre de personnes vivant avec une maladie chronique continue d'augmenter en raison des améliorations apportées sur le plan des diagnostics et des traitements, et l'on compte de plus en plus de personnes vivant avec de multiples maladies chroniques.

Les facteurs de risque communs, soit l'inactivité physique, les mauvaises habitudes alimentaires, le tabagisme et la consommation d'alcool, contribuent aux maladies chroniques tant chez les hommes que chez les femmes. L'obésité augmente également le risque de développer bon nombre de maladies chroniques. Certains facteurs, comme les conditions de vie et de travail et le statut socio-économique, sont associés à l'obésité, à l'inactivité physique et, indirectement, à de nombreuses maladies chroniques.

L'Agence a été en mesure de s'adapter à l'environnement politique en évolution en réorientant ses activités dans le domaine de la prévention et en misant surtout sur les facteurs de risque communs.

5.1.2 Harmonisation avec les priorités du gouvernement

Le gouvernement fédéral et l'Agence estiment toujours que la prévention des maladies chroniques et l'obésité sont des dossiers prioritaires. Dans les cinq dernières années, de nombreuses déclarations FPT et internationales et de nombreux documents d'établissement des priorités ont été signés. De plus, la question de la prévention des maladies chroniques continue d'être prise en compte dans divers documents de politiques stratégiques et de planification du gouvernement du Canada et de l'Agence, y compris le discours du Trône fédéral et le document Horizons stratégiques de l'Agence.

Les activités courantes de prévention des maladies chroniques suivent bien les priorités. Par exemple, le Centre de prévention des maladies chroniques a opté pour une approche axée sur les facteurs de risque communs pour ses activités de prévention des maladies chroniques. Il se peut que des occasions de clarifier la façon dont l'approche axée sur la santé de la population contribue à réduire les écarts en santé se présentent dans le cadre de l'exercice de rafraîchissement des politiques du Centre de prévention des maladies chroniques.

5.1.3 Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral

Différentes autorités énoncées dans des lois, des politiques et des programmes stipulent que le gouvernement fédéral doit assumer un rôle et des responsabilités dans la lutte contre les maladies chroniques en effectuant de la surveillance et de la recherche, en assurant un leadership, en soutenant des interventions, en ciblant des pratiques exemplaires et en appuyant l'élaboration de lignes directrices sur le dépistage. Les activités de prévention des maladies chroniques que mène présentement l'Agence vont dans le même sens que le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral en matière de santé publique pour ce qui est de la lutte contre les maladies chroniques.

Pour ce qui est de la prévention des maladies chroniques, le rôle du gouvernement fédéral en matière de santé publique ne semble pas chevaucher le rôle des autres intervenants. Dans les faits, les rôles ont plutôt tendance à se compléter les uns les autres. Même s'il n'y a pas de chevauchement, le rôle joué par l'Agence ne semble pas très clair par comparaison avec le rôle d'autres ministères fédéraux, surtout Santé Canada et Sport Canada. Les informateurs clés de l'extérieur – qui représentent les provinces et les territoires, les organisations non gouvernementales ou les autorités sanitaires locales – ont eu de la difficulté à comprendre les différences entre les rôles du gouvernement fédéral liés à la prévention des maladies chroniques et aux modes de vie sains.

5.2 Conclusions relatives au rendement

5.2.1 Obtention des résultats escomptés (efficacité)

Dans les cinq dernières années, on a obtenu très peu de preuves de l'intégration des activités au sein du Centre de prévention des maladies chroniques. Cependant, quelques initiatives tenues récemment, comme le Forum sur les questions émergentes de la Division de la surveillance de la santé et de l'épidémiologie, constituent de bons mécanismes qui encouragent le personnel du Centre, et même la DGSPMC, à tirer des leçons les uns les autres et à se réunir pour traiter d'enjeux communs. Dans le secteur de la collaboration, l'évaluation a fait ressortir que le Centre collabore fréquemment avec les intervenants et que ces activités sont très appréciées des intervenants; cependant, il serait possible d'apporter des améliorations, surtout pour ce qui est de communiquer clairement les priorités.

Le nouveau programme de subventions et de contributions de l'Agence sur la prévention des maladies chroniques et les modes de vie sains, l'Approche de partenariats plurisectoriels, démontre que les projets financés adoptent des approches axées sur les facteurs de risque communs, que les partenaires du secteur privé souscrivent pleinement aux projets et que, à prime abord, on observe des changements de comportement par suite des initiatives financées. Toutefois, il est possible de clarifier la façon dont l'approche de partenariats plurisectoriels va dans le même sens que l'approche axée sur la santé de la population.

De nombreux produits de connaissance ont été élaborés au cours des cinq dernières années; de plus, on continue de gérer des plateformes clés. On s'attend à ce que la Stratégie numérique du Centre, qui a été mise en œuvre récemment, permette d'accroître et de faciliter davantage l'accès. L'évaluation a fait ressortir que les intervenants utilisent fréquemment les produits de connaissance sur la surveillance. Bon nombre d'informateurs clés de l'interne et de l'externe étaient d'avis que, en général, il n'y a pas eu de promotion des produits et des plateformes auprès des publics cibles, ce qui peut restreindre leur utilisation. Une plateforme en particulier, le Portail canadien des pratiques exemplaires, était soit inconnue des informateurs clés de l'externe ou soit considérée comme n'étant pas une bonne source d'information fiable. Un examen d'un échantillon aléatoire de pratiques exemplaires affichées sur le Portail a révélé que le contenu des 34 pratiques exemplaires était incomplet, tandis que l'analytique Web a démontré par la suite que les utilisateurs qui accèdent à la plateforme la quittent rapidement et n'y retournent pas.

5.2.2 Démonstration d'économie et d'efficacité

En ce qui a trait à l'efficacité, des changements apportés récemment ont permis à l'Agence de réaliser des gains d'efficacité, comme l'adoption, avec l'Approche de partenariats plurisectoriels, du principe de rémunération au rendement selon lequel les bénéficiaires reçoivent désormais les fonds après avoir démontré que les résultats ont été atteints. On s'assure ainsi que les projets sont sur la bonne voie et qu'ils respectent les objectifs visés. Cependant, l'évaluation a révélé qu'il serait possible de réaliser d'autres gains d'efficacité si l'on intégrait davantage les activités avec d'autres secteurs de la DGSPMC, selon le cas.

Le Centre de prévention des maladies chroniques a connu quelques difficultés au niveau de la prestation des activités planifiées par suite des décisions de réaffectation budgétaire. Par ailleurs, même si les fonds ont été dépensés au Centre, il s'est avéré difficile de coder systématiquement les dépenses à l'aide du système de codage complexe de la SIMVSMC. Le système de codage financier nouvellement élaboré rattache les coûts aux autorités du Conseil du Trésor et est conforme aux activités planifiées du Centre. Ces changements ont renforcé considérablement la capacité du Centre de cibler et de suivre les dépenses prévues et réelles selon les différentes priorités de la DGSPMC et du Centre.

On continuera de réaliser des économies avec l'Approche de partenariats plurisectoriels; en effet, la somme de 10,8 millions de dollars en subventions et en contributions affectée aux neuf projets examinés dans le cadre de la présente évaluation a permis à l'Agence d'aller chercher 9,3 millions de dollars du secteur privé. Même si cette approche est relativement nouvelle, elle a déjà permis d'élargir la portée et peut-être même l'incidence des projets financés.

Finalement, après avoir étudié les recommandations du vérificateur général sur *La promotion de la prévention et du contrôle du diabète*, le Centre de prévention des maladies chroniques a apporté de nombreuses améliorations à ses processus de gestion, de planification et de production de rapports. Les activités de mesure du rendement sont désormais parfaitement conformes aux priorités du Centre et englobent une série d'outils bien documentés faisant partie intégrante du processus de planification.

6.0 Recommandations

Le Centre de prévention des maladies chroniques a accompli un travail considérable en réorientant ses activités dans le domaine de la prévention et en les faisant concorder avec les engagements internationaux et FPT. En ce qui a trait au rendement, au cours des cinq dernières années, les intervenants ont bien aimé les produits de connaissance sur la surveillance générés par le Centre ainsi que les efforts de collaboration et le leadership dont le Centre a fait montre à de nombreux égards, surtout dans le secteur de l'obésité et du poids santé. Le Centre a également apporté de nombreuses améliorations à ses processus de gestion, de planification et de production de rapports.

Même si l'on a accompli de nombreuses réalisations, trois recommandations sont mises de l'avant pour aider l'Agence à améliorer continuellement ses activités de prévention des maladies chroniques.

Recommandation 1 :

Passer en revue le Portail canadien des pratiques exemplaires en se concentrant sur l'évaluation du contenu des pratiques exemplaires courantes.

Des questions ont été soulevées quant au contenu des pratiques exemplaires offertes dans le Portail canadien des pratiques exemplaires de différentes façons (soit par des entrevues auprès d'informateurs clés, l'analytique Web et une enquête sur la mesure du rendement). Sachant que la question de la définition et de la communication de pratiques exemplaires a été relevée par la plupart des informateurs clés à l'interne et à l'externe comme étant un rôle fédéral clé en santé publique qui est bien apprécié et qu'il n'existe présentement aucune autre plateforme comparable au Canada, l'évaluation recommande que le Centre de prévention des maladies chroniques mène un examen externe du contenu des pratiques exemplaires courantes pour rétablir la confiance dans un rôle et une plateforme prisés offrant un beau potentiel. Il faudrait ensuite apporter des modifications pour donner suite aux recommandations découlant de l'examen externe.

Recommandation 2 :

Régler les problèmes de communication.

Plus précisément :

- en collaboration avec d'autres ministères (p. ex. Santé Canada et Patrimoine canadien), communiquer les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral en matière de santé publique et de prévention des maladies chroniques aux intervenants externes;
- élaborer et communiquer un plan de diffusion pour les produits de surveillance;
- améliorer les efforts de promotion de la stratégie, des produits et des plateformes de prévention des maladies chroniques auprès des publics cibles;
- clarifier et faire savoir en quoi le modèle de l'Approche de partenariats plurisectoriels est conforme à ce qui est attendu d'une approche axée sur la santé de la population.

La communication est au cœur de certains enjeux soulevés dans le cadre de l'évaluation. D'une part, les intervenants ont de la difficulté à comprendre le rôle de l'Agence par comparaison avec celui de Santé Canada ou de Sport Canada (Patrimoine canadien) lorsqu'il est question de prévention des maladies et de promotion de la santé. De plus, les intervenants ne connaissent pas les priorités ni les produits et les plateformes de l'Agence, ce qui a par la suite une incidence sur le niveau d'utilisation de ces produits ou plateformes. Même si les activités et les produits de surveillance sont clairs ou bien connus des intervenants, en général, les plans de diffusion à venir des produits ne sont pas connus. La Stratégie numérique du Centre représente un pas dans la bonne direction pour ce qui est de régler certains problèmes de communication, mais cette stratégie est encore relativement nouvelle. L'évaluation a également fait savoir que le Centre devrait clarifier les liens qui existent entre l'Approche de partenariats plurisectoriels et le modèle de l'approche axée sur la santé de la population.

Recommandation 3 :

Continuer d'intégrer les activités de prévention des maladies chroniques au sein du Centre de prévention des maladies chroniques et officialiser les mécanismes pour garantir cette même intégration.

Afin d'offrir un ensemble efficace de programmes fondés sur des données probantes, le Centre de prévention des maladies chroniques doit intégrer davantage ses activités. Dans l'ensemble, l'évaluation a fait ressortir peu d'exemples d'activités fructueuses bien intégrées au sein du Centre, mais également avec d'autres secteurs de la Direction générale, qui pourraient contribuer à étoffer les activités de programme ou à les mettre en œuvre, en fonction des priorités du Centre de prévention des maladies chroniques.

Le Centre reconnaît que l'intégration pourrait être meilleure; il a donc lancé, au printemps 2014, le Forum sur les questions émergentes, sous la direction de sa Division de la surveillance de la santé et de l'épidémiologie, dans le cadre duquel les employés chargés de la surveillance présentent les nouvelles tendances qu'ils observent au niveau des données et prennent part à des discussions avec d'autres secteurs du Centre et avec la DGSPMC.

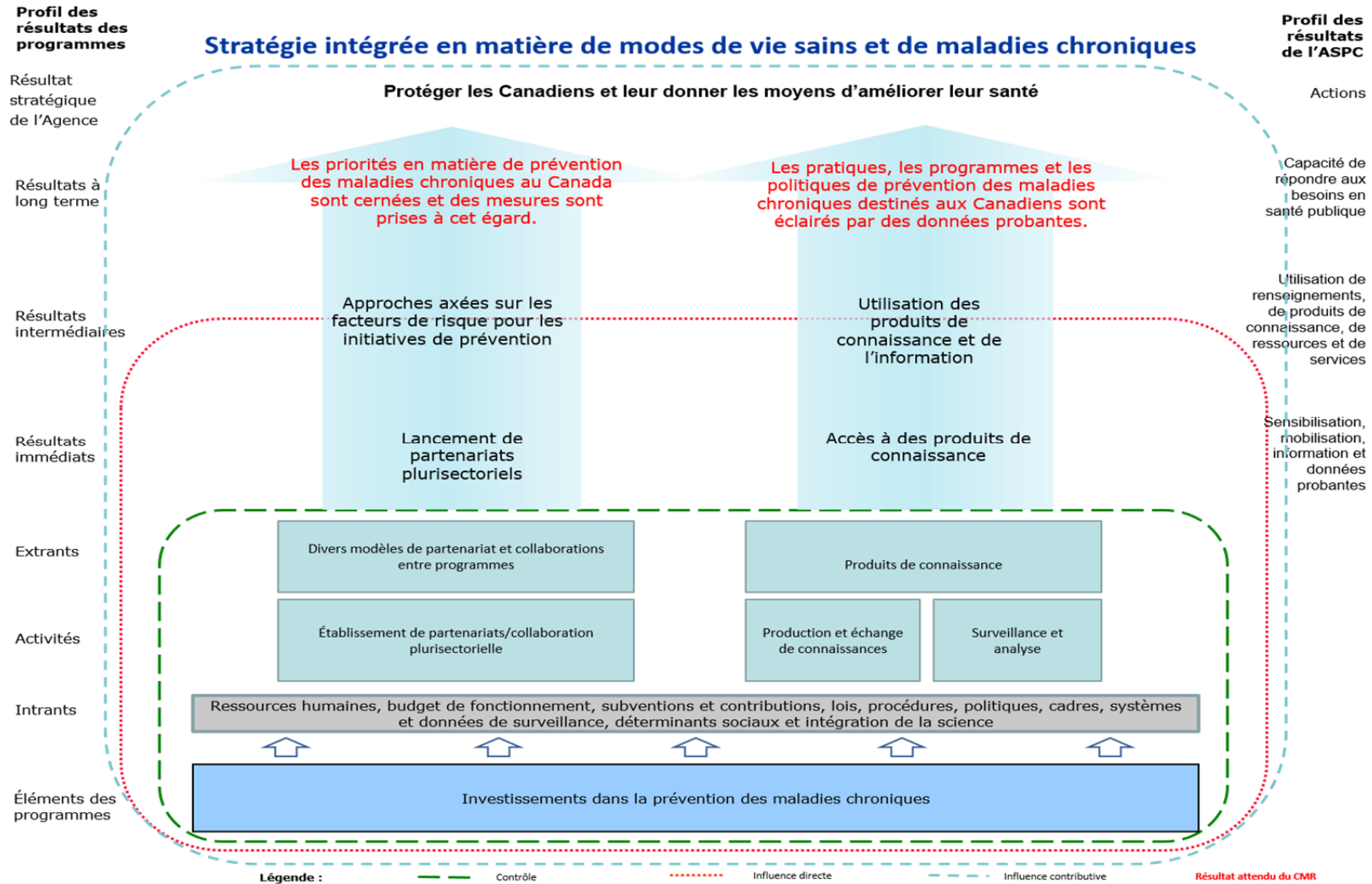
Annexe 1 – Références

- Agence de la santé publique du Canada. *2009 Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*, 2009. Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/cvd-avc/index-fra.php>
- Agence de la santé publique du Canada. *Aperçu de la Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains*, 2010. Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ipchls-spimmvs-fra.php>
- Agence de la santé publique du Canada. *Cadre d'indicateurs des maladies chroniques*, sans date. Sur Internet : <http://infobase.phac-aspc.gc.ca/cdif/>
- Agence de la santé publique du Canada. *Cadre d'indicateurs des maladies chroniques - ÉAPJC 2009-2011*, sans date. Sur Internet : <http://infobase.phac-aspc.gc.ca/cdif/>
- Agence de la santé publique du Canada. *Cadre d'indicateurs des maladies chroniques - ESCC 2009-2010*, sans date. Sur Internet : <http://infobase.phac-aspc.gc.ca/cdif/>
- Agence de la santé publique du Canada. *Freiner l'obésité juvénile : Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé*, 2010. Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/framework-cadre/index-fra.php>
- Agence de la santé publique du Canada. *Infobase des maladies chroniques*, sans date. Sur Internet : <http://infobase.phac-aspc.gc.ca/>
- Agence de la santé publique du Canada. *Investir en prévention – la perspective économique : Principales conclusions d'un examen des données récentes*, 2009. Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/preveco-index-fra.php>
- Agence de la santé publique du Canada. *Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres*, 2011. Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/index-fra.php>
- Agence de la santé publique du Canada. *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 2005-2008*, 2008. Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ebic-femc/2005-2008/assets/pdf/ebic-femc-2005-2008-fra.pdf>
- Agence de la santé publique du Canada. *Partenariats plurisectoriels pour promouvoir les modes de vie sains et prévenir les maladies chroniques*, 2013. Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/fo-fc/msp-phl-pppmvs-fra.php#a3>
- Agence de la santé publique du Canada. *Portail canadien des pratiques exemplaires*, sans date. Sur Internet : <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr>
- Agence de la santé publique du Canada. *Pour un Canada plus sain : faire de la prévention une priorité – Déclaration sur la prévention et la promotion de la part des ministres canadiens de la Santé, de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain*, 2010. Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/declaration/pdf/dpp-fra.pdf>
- Agence de la santé publique du Canada. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, sans date. Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcbc/index-fra.php>
- Agence de la santé publique du Canada. *Rapport annuel sur l'état de la santé publique au Canada, 2010*, 2010. Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcaesp/2010/fr-rc/index-fra.php>
- Agence de la santé publique du Canada. *Rapport sur l'état de la santé publique au Canada 2009*, 2009. Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcaesp/2009/fr-rc/index-fra.php>
- Agence de la santé publique du Canada. *Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains*, 2005. Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ipchls-spimmvs/pdf/ipchls-spimmvs-fra.pdf>
- Agence de la santé publique du Canada et Institut canadien d'information sur la santé. *L'obésité au Canada*, 2011. Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/index-fra.php>
- Agence de la santé publique du Canada, Statistique Canada et Société canadienne du cancer. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2012*, 2012. Sur Internet :

- <https://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2012---French.pdf>
- Aglukkaq, L. *Agence de la santé publique du Canada - 2009-2010 - Rapport sur les plans et les priorités*, 2009. Sur Internet : <http://www.tbs-sct.gc.ca/rpp/2009-2010/inst/ahs/ahs-fra.pdf>
- Aglukkaq, L. *Agence de la santé publique du Canada - 2010-2011 - Rapport sur les plans et les priorités*, 2010. Sur Internet : <http://www.tbs-sct.gc.ca/rpp/2010-2011/inst/ahs/ahs-fra.pdf>
- Aglukkaq, L. *Agence de la santé publique du Canada - 2011-2012 - Rapport sur les plans et les priorités*, 2011. Sur Internet : <http://www.tbs-sct.gc.ca/rpp/2011-2012/inst/ahs/ahs-fra.pdf>
- Aglukkaq, L. *Agence de la santé publique du Canada - 2012-2013 - Rapport sur les plans et les priorités*, 2012. Sur Internet : <http://www.tbs-sct.gc.ca/rpp/2012-2013/inst/ahs/ahs-fra.pdf>
- Aglukkaq, L. *Agence de la santé publique du Canada - 2013-2014 - Rapport sur les plans et les priorités*, 2013. Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/rpp/2013-2014/assets/pdf/rpp-2013-2014-fra.pdf>
- Canada. *Discours du Trône 2008 : protéger l'avenir du Canada*, 2008. Sur Internet : <http://www.parl.gc.ca/Parlinfo/documents/thronespeech/40-1-f.html>
- Canada. *Discours du Trône : Saisir le moment pour le Canada. Prospérité et opportunité dans un monde incertain*, 2013. Sur Internet : http://speech.gc.ca/sites/sft/files/sft-fr_2013_c.pdf
- Canada, ministère des Finances. *Emplois, croissance à long terme et prospérité : le plan d'action économique de 2012*, 2012. Sur Internet : <http://www.budget.gc.ca/2012/plan/pdf/Plan2012-fra.pdf>
- Canada, ministère des Finances. *Emplois, croissance à long terme et prospérité : le plan d'action économique de 2013*, 2013. Sur Internet : <http://www.budget.gc.ca/2013/doc/plan/budget2013-fra.pdf>
- Cancer Care Nova Scotia, Capital Health Cancer Care Program at the QEII Health Sciences Centre. *Cancer Care: A Guide for Patients, Families and Caregivers*, 2011. Sur Internet : [http://www.cancercare.ns.ca/site-cc/media/cancercare/CCNS_CH_Guide_05_11\(1\).pdf](http://www.cancercare.ns.ca/site-cc/media/cancercare/CCNS_CH_Guide_05_11(1).pdf)
- Conseil de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer. *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer : un plan canadien de lutte contre le cancer*, 2006. Sur Internet : <http://www.partnershipagainstcancer.ca/wp-content/uploads/reportFRsm1.pdf>
- Conseil du Trésor du Canada. *Politique sur l'évaluation*, 2009. Sur Internet : <http://www.tbs-sct.gc.ca/pol/doc-fra.aspx?id=15024§ion=HTML>
- Elmslie, K. *Against the Growing Burden of Disease*, 2012. Sur Internet : <http://www.ccgh-csih.ca/assets/Elmslie.pdf>
- Gouvernement de l'Ontario, Comité d'experts pour la santé des enfants. *L'urgence d'agir : Stratégie pour des enfants en santé*, 2013. Sur Internet : http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/healthy_kids/healthy_kids.pdf
- Gouvernement de la Saskatchewan. *The Diabetes Provincial Plan*, 2004. Sur Internet : <http://www.health.gov.sk.ca/provincial-diabetes-plan>
- Haman, F., B. Fontaine-Bisson, M. Batal, P. Imbeault, J.M. Blais et M.A. Robidoux. *Obesity and type 2 diabetes in Northern Canada's remote First Nations communities: the dietary dilemma* dans *International Journal of Obesity*, 34(2), S24-31, 2010.
- Herman, W.H., T.J. Hoerger, M. Brandle, K. Hicks, S. Sorensen, P. Zhang [...] et R.E. Ratner. *The cost-effectiveness of lifestyle modification or Metformin in preventing Type 2 diabetes in adults with impaired glucose tolerance* dans *Annals of Internal Medicine*, 142(5), p. 323-332, 2005.
- Kirby, M. *La santé des Canadiens : le rôle du gouvernement fédéral*, 2002. Sur Internet : <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/372/soci/rep/repoct02vol6-f.pdf>
- Lalonde, M. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : un document de travail* (n° de catalogue : H31-1374), 1974. Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-fra.pdf>
- Loi canadienne sur la santé*, Lois révisées du Canada (1985, ch. C-6). Sur Internet : <http://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/C-6.pdf>
- Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada*, Lois du Canada (2006, ch. 5). Sur Internet : <http://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/P-29.5.pdf>
- Loi sur la gestion des finances publiques*, Lois révisées du Canada (1985, ch. F-11). Sur Internet : <http://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/F-11.pdf>

- Loi sur le ministère de la Santé, Lois du Canada (1996, ch. 8). Sur Internet : <http://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/H-3.2.pdf>
- Mikkonen, J. et D. Raphael. *Les déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*, 2010. Sur Internet : http://www.thecanadianfacts.org/the_canadian_facts.pdf
- Nations Unies. *Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles*, 2011. Sur Internet : http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1
- Naylor, D. *Leçons de la crise du SRAS : Renouveau de la santé publique au Canada* (n° de catalogue : H21-220/2003E), 2003. Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/naylor/index-fra.php>
- Organisation mondiale de la Santé. *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé*, 2011. Sur Internet : http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_French.pdf?ua=1
- Organisation mondiale de la Santé. *Faits marquants sur le vieillissement*, 2014. Sur Internet : <http://www.who.int/ageing/about/facts/fr/>
- Organisation mondiale de la Santé. *Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020*, 2013. Sur Internet : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf
- Organisation mondiale de la Santé. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*, 2010. Sur Internet : http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf
- Organisation mondiale de la Santé. *Projet de cadre mondial de suivi et cibles pour la lutte contre les maladies non transmissibles*, 2013. Sur Internet : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-fr.pdf?ua=1
- Organisation mondiale de la Santé. *The Ottawa Charter for Health Promotion*, 1986. Sur Internet : <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- Raphael, D., I. Daiski, B. Pilkington, T. Bryant, M. Dinca-Panaitescu et S. Dinca-Panaitescu. *A toxic combination of poor social policies and programmes, unfair economic arrangements and bad politics: The experiences of poor Canadians with Type 2 Diabetes* dans *Critical Public Health*, 22(2), p. 127-145, 2012.
- Roux, L., M. Pratt, T.O. Tengs, M.M. Yore, T.L. Yanagawa, J. Van Den Bos [...] et D.M. Buchner. *Cost Effectiveness of Community-based Physical Activity Interventions* dans *American Journal of Preventative Medicine*, 35(6), p. 578-588, 2008.
- Statistique Canada. *Incidence du cancer au Canada, 2010*, 2014. Sur Internet : <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/140710/dq140710b-fra.htm>
- Statistique Canada. *Les dix principales causes de décès, 2011*, 2014. Sur Internet : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2014001/article/11896-fra.htm>
- Vérificateur général du Canada. *Rapport du vérificateur général du Canada de l'automne. Chapitre 5 - La promotion de la prévention et du contrôle du diabète*, 2013. Sur Internet : http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/docs/parl_oag_201304_05_f.pdf

Annexe 2 – Modèle logique



Annexe 3 – Résumé des constatations

Cotation des constatations

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

Symboles de Cotation de la pertinence et signification

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

Tableau 1 : Symboles de cotation de la pertinence et signification

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
1. Nécessité de maintenir le programme			
Quel est le fardeau actuel et prévu des maladies chroniques au Canada? À quel niveau l'environnement a-t-il changé?	<ul style="list-style-type: none"> Preuves du fardeau actuel, du fardeau prévu et du nouvel environnement ou des nouvelles tendances Preuves et perception des activités et des résultats liés aux changements dans le contexte scientifique, social et/ou politique dans lequel évolue le programme 	Élevée	<p>Les maladies chroniques demeurent un enjeu de santé publique. Il est encore nécessaire de faire de la prévention étant donné que le rythme auquel de nouveaux cas de certaines maladies chroniques sont diagnostiqués continue d'augmenter (comme le cancer et le diabète) en raison du vieillissement de la population, tandis que le taux de diagnostics d'autres maladies, comme l'hypertension, s'est stabilisé. Par ailleurs, le nombre de personnes vivant avec une maladie chronique continue d'augmenter en raison des améliorations apportées sur le plan des diagnostics et des traitements, et l'on compte de plus en plus de personnes vivant avec de multiples maladies chroniques.</p> <p>Des recherches menées récemment dans le secteur de la santé publique ont démontré que les facteurs de risque communs, soit l'inactivité physique, les mauvaises habitudes alimentaires, le tabagisme et la consommation d'alcool, contribuent aux maladies chroniques tant chez les hommes que chez les femmes. L'obésité augmente également le risque de développer bon nombre de maladies chroniques. Certains facteurs, comme les conditions de vie et de travail et le statut socio-économique, sont associés à l'obésité, à l'inactivité physique et, indirectement, à de nombreuses maladies chroniques.</p>
De quelle façon les activités de l'Agence se sont-elles adaptées aux besoins en évolution dans le domaine des maladies chroniques au Canada?	<ul style="list-style-type: none"> Preuves de l'harmonisation 	Élevée	<p>L'Agence a été en mesure de s'adapter à l'environnement en évolution en réorientant ses activités dans le domaine de la prévention et en misant surtout sur les facteurs de risque communs.</p>

Légende – Symboles de cotation de la pertinence et signification :

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

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

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

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
2. Harmonisation avec les priorités du gouvernement			
Quelles sont les priorités fédérales dans la prévention des maladies chroniques? Les activités actuelles de l'Agence vont-elles dans le même sens que les priorités fédérales?	<ul style="list-style-type: none"> Preuves des priorités fédérales relatives aux maladies chroniques Activités actuelles de l'Agence conformes aux priorités fédérales 	Partiel	<p>Le gouvernement fédéral et l'Agence estiment toujours que la prévention des maladies chroniques, l'obésité et les inégalités en santé sont des dossiers prioritaires. Dans les cinq dernières années, de nombreuses déclarations FPT et internationales et de nombreux documents d'établissement des priorités ont été signés. De plus, la question de la prévention des maladies chroniques continue d'être prise en compte dans divers documents de politiques stratégiques du gouvernement du Canada, y compris le discours du Trône.</p> <p>Les activités courantes de prévention des maladies chroniques suivent bien les priorités. Par exemple, le Centre de prévention des maladies chroniques a opté pour une approche axée sur les facteurs de risque communs pour ses activités de prévention des maladies chroniques. Toutefois, l'Agence n'a pas établi clairement comment son approche fondée sur la santé de la population permettra de s'attaquer au dossier prioritaire des inégalités en santé.</p>
Quelles sont les priorités de l'Agence dans la lutte contre les maladies chroniques? Les activités actuelles de l'Agence vont-elles dans le même sens que ses propres priorités?	<ul style="list-style-type: none"> Preuves des priorités de l'Agence relatives aux maladies chroniques Activités actuelles de l'Agence conformes aux priorités de l'Agence 	Élevée	<p>L'Agence juge toujours que les dossiers de la prévention des maladies chroniques et de l'obésité sont prioritaires. Au cours des cinq dernières années, des documents de l'Agence ont indiqué que ces dossiers faisaient partie des priorités absolues.</p> <p>Les activités actuelles de prévention des maladies chroniques vont dans le même sens que les priorités. Par exemple, le Centre de prévention des maladies chroniques a orienté ses activités sur la prévention des maladies chroniques au moyen d'une approche axée sur les facteurs de risque communs.</p>
3. Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral			
Quel est le rôle fédéral en santé publique se rapportant aux maladies chroniques? Les activités actuelles vont-elles dans le même sens que le rôle fédéral en santé publique?	<ul style="list-style-type: none"> Preuves relatives au rôle fédéral en santé publique dans la prévention et le contrôle des maladies chroniques, y compris au rôle international en matière de santé publique 	Élevée	<p>Différentes autorités énoncées dans des lois, des politiques et des programmes stipulent que le gouvernement fédéral doit assumer un rôle et des responsabilités dans la lutte contre les maladies chroniques en effectuant de la surveillance et de la recherche, en assurant un leadership, en soutenant des interventions, en ciblant des pratiques exemplaires et en appuyant l'élaboration de lignes directrices sur le dépistage. Les activités de prévention des maladies chroniques que mène présentement l'Agence vont dans le même sens que le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral en matière de lutte contre les maladies chroniques.</p>
Le rôle fédéral en santé publique et les activités courantes reprennent-ils le rôle des intervenants? Observe-t-on des chevauchements?	<ul style="list-style-type: none"> Présence ou absence de chevauchement, dédoublement ou complémentarité des rôles entre le rôle fédéral en santé publique et le rôle des intervenants 	Élevée	<p>Pour ce qui est de la prévention des maladies chroniques, le rôle du gouvernement fédéral en matière de santé publique ne semble pas chevaucher le rôle des autres intervenants. Dans les faits, les rôles ont plutôt tendance à se compléter les uns les autres.</p>

Légende – Symboles de cotation de la pertinence et signification :

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

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

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

Symboles de cotation du rendement et signification

Le Tableau 2 qui suit résume les cotes attribuées au rendement. Une description des symboles de cotation du rendement et de leur degré d'importance figure dans la Légende.

Tableau 2 : Symboles de cotation du rendement et signification

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
4. Obtention des résultats escomptés (efficacité)			
L'Agence aborde-t-elle la question des maladies chroniques de façon intégrée (p. ex. au sein du Centre et de la DGSPMC)?	<ul style="list-style-type: none"> Preuves de l'intégration courante (intégration dans le secteur d'activités – science qui étoffe les programmes; surveillance qui étoffe les partenariats et les stratégies; approche fondée sur les facteurs de risque communs par opposition aux stratégies relatives aux maladies) 	Peu de progrès; attention prioritaire	Dans les cinq dernières années, on a obtenu très peu de preuves de l'intégration des activités à l'intérieur et à l'extérieur du Centre de prévention des maladies chroniques. Quelques initiatives tenues récemment, comme le Forum sur les questions émergentes de la Division de la surveillance de la santé et de l'épidémiologie, constituent de bons mécanismes qui encouragent tous les secteurs du Centre et même la DGSPMC à tirer des leçons les uns les autres et à se réunir pour traiter d'enjeux communs.
L'Agence collabore-t-elle avec les intervenants?	<ul style="list-style-type: none"> Preuves de la collaboration avec des intervenants (collaboration à l'interne, autres ministères, provinces et territoires et organisations non gouvernementales) 	Atteint	Dans le secteur de la collaboration, l'évaluation a fait ressortir que le Centre collabore fréquemment avec les intervenants et que ces activités sont très appréciées des intervenants.
Dans quelle mesure a-t-on mis en place des partenariats plurisectoriels?	<ul style="list-style-type: none"> Preuves de l'existence de partenariats couvrant plusieurs secteurs (p. ex. secteur non gouvernemental et secteur privé) 	Atteint	Même s'ils en sont à leurs débuts, il semble que les projets financés ont commencé à mettre en place des partenariats plurisectoriels. Huit des neuf projets examinés avaient établi des partenariats avec des partenaires d'autres secteurs, dont le secteur privé.
Dans quelle mesure a-t-on accédé à des produits de connaissance?	<ul style="list-style-type: none"> Preuves de la disponibilité des produits de connaissance Preuves de l'accès aux produits de connaissance Preuves de la pertinence des produits de connaissance Satisfaction à l'égard de la disponibilité, de l'accès et de la pertinence des produits de l'Agence 	Progrès réalisés; travail supplémentaire justifié	Des produits de connaissance ont été élaborés au cours des cinq dernières années; de plus, on continue de gérer des plateformes clés. On s'attend à ce que la Stratégie numérique du Centre, qui a été mise en œuvre récemment, permette d'accroître et de faciliter davantage l'accès. Cependant, bon nombre d'informateurs clés de l'interne et de l'externe étaient d'avis que, en général, il n'y a pas eu de promotion des produits et des plateformes auprès des publics cibles, ce qui peut restreindre leur utilisation. Une plateforme en particulier, le Portail canadien des pratiques exemplaires, était soit inconnue des informateurs clés de l'externe ou soit considérée comme n'étant pas une bonne source d'information fiable. Un examen d'un échantillon aléatoire de pratiques exemplaires affichées sur le Portail a révélé que le contenu des 34 pratiques exemplaires était incomplet, tandis que l'analytique Web a démontré par la suite que les utilisateurs qui accèdent à la plateforme la quittent rapidement et n'y retournent pas.

Légende – Symboles de cotation du rendement et signification :

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

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Dans quelle mesure les partenaires plurisectoriels ont-ils adopté des approches axées sur les risques communs pour les initiatives de prévention?	<ul style="list-style-type: none"> Preuves de l'adoption d'approches fondées sur des risques communs (données sur le rendement à cet égard) Perception relative à l'atteinte de ce résultat Indication (ou preuves) et perception relatives à des approches fondées sur les risques communs qui contribuent à des changements dans le comportement des populations cibles 	Atteint	Même s'il est relativement récent, il semble que le nouveau programme de subventions et de contributions sur la prévention des maladies chroniques et les modes de vie sains de l'Agence, l'Approche de partenariats plurisectoriels, démontre que les projets financés adoptent des approches axées sur les facteurs de risque communs, que les partenaires du secteur privé et des organisations non gouvernementales (sans but lucratif) souscrivent pleinement aux projets et que, à prime abord, on observe des changements de comportement par suite des initiatives financées.
Dans quelle mesure les intervenants ont-ils utilisé les produits de connaissance et l'information de l'Agence?	<ul style="list-style-type: none"> Preuves de l'utilisation des produits et des renseignements de l'Agence (dont l'utilisation de l'information sur la surveillance) Satisfaction et perception à l'égard de l'utilité des produits et de l'information (dont l'information et les services en matière de surveillance) 	Atteint	L'évaluation a fait ressortir que les intervenants utilisent fréquemment les produits de connaissance sur la surveillance. Même si l'on trouve peu d'information sur l'utilisation d'autres plateformes de connaissance (comme le Portail canadien des pratiques exemplaires et les Cubes de données), il a été possible de trouver quelques exemples d'utilisation pour l'évaluation.
5. Démonstration d'économie et d'efficience			
L'Agence a-t-elle réalisé ses activités de la façon la plus efficiente possible? La structure de gouvernance est-elle efficiente? Existe-t-il d'autres moyens plus rentables d'exécuter ces mêmes activités? Existe-t-il des possibilités d'accroître l'intégration?	<ol style="list-style-type: none"> Perception relative à des moyens plus rentables d'exécuter les activités ou de mieux intégrer les activités Preuves/perception quant aux forces/faiblesses de la structure de gouvernance 	Progrès réalisés; travail supplémentaire justifié	En ce qui a trait à l'efficience, des changements apportés récemment ont permis à l'Agence de réaliser des gains d'efficience, comme l'adoption, avec l'Approche de partenariats plurisectoriels, du principe de rémunération au rendement selon lequel les bénéficiaires reçoivent désormais les fonds après avoir démontré que les résultats ont été atteints. On s'assure ainsi que les projets sont sur la bonne voie et qu'ils respectent les objectifs visés. Pour ce qui est de la structure de gouvernance, des changements apportés récemment ont permis au Centre de prévention des maladies chroniques de profiter de mécanismes et de processus de prise de décisions et d'établissement des priorités plus simples. Cependant, l'évaluation a révélé qu'il serait possible de réaliser d'autres gains d'efficience si l'on intégrait davantage les activités au sein du Centre et avec d'autres secteurs de la DGSPMC, selon le cas.
L'Agence a-t-elle produit ses extrants et atteint ses résultats de la façon la plus économique?	<ol style="list-style-type: none"> Preuves/perception quant à l'écart entre les dépenses prévues et réelles et aux répercussions Niveau d'optimisation 	Atteint	Le Centre de prévention des maladies chroniques a connu quelques difficultés pour ce qui est de faire un suivi adéquat de ses dépenses selon la structure de codage de la SIMVSMC en plus d'avoir à composer avec l'incidence de décisions de réaffectation budgétaire sur certaines de ces activités. Le système de codage financier nouvellement élaboré rattache les coûts aux autorités du Conseil du Trésor et est conforme aux activités planifiées du Centre. Ces changements ont renforcé considérablement la capacité du Centre de cibler les dépenses prévues et réelles selon les différentes priorités de la DGSPMC et du Centre. La démonstration d'économie se poursuivra avec l'Approche de partenariats

Légende – Symboles de cotation du rendement et signification :

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

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
			plurisectoriels; la somme de 10,8 millions de dollars en subventions et en contributions affectée aux neuf projets à l'étude dans le cadre de la présente évaluation a permis à l'Agence d'aller chercher 9,3 millions de dollars du secteur privé. Même si cette approche est relativement nouvelle, elle a déjà permis d'élargir la portée et peut-être même l'incidence des projets financés.
A-t-on mis en place une culture et des pratiques en matière de mesure du rendement? Comment utilise-t-on l'information pour étoffer les décisions de la haute direction?	<ul style="list-style-type: none"> • Pertinence des activités de mesure du rendement • Preuves/perception quant à l'utilisation de l'information sur la mesure du rendement pour les décisions 	Atteint	Les activités de mesure du rendement sont désormais parfaitement conformes aux priorités du Centre et englobent une série d'outils bien documentés faisant partie intégrante du processus de planification. Certains signes donnent à penser que l'information relative à la mesure du rendement a été utilisée et continuera d'être utilisée par la haute direction pour étayer le processus décisionnel.

Légende – Symboles de cotation du rendement et signification :

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

Tableau 3 : Résumé des cotes relatives à la pertinence

Enjeux de l'évaluation	Élevée	Partielle	Faible
Enjeu 1 : Nécessité de maintenir le programme			
Quel est le fardeau actuel et prévu des maladies chroniques au Canada? À quel niveau l'environnement a-t-il changé?	Élevée	S.O.	S.O.
De quelle façon les activités de l'Agence se sont-elles adaptées aux besoins en évolution dans le domaine des maladies chroniques au Canada?	Élevée	S.O.	S.O.
Enjeu 2 : Harmonisation avec les priorités du gouvernement			
Quelles sont les priorités fédérales dans la prévention des maladies chroniques? Les activités actuelles de l'Agence vont-elles dans le même sens que les priorités fédérales?	S.O.	Partielle	S.O.
Quelles sont les priorités de l'Agence dans la lutte contre les maladies chroniques? Les activités actuelles de l'Agence vont-elles dans le même sens que ses propres priorités?	Élevée	S.O.	S.O.
Enjeu 3 : Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral			
Quel est le rôle fédéral en santé publique se rapportant aux maladies chroniques? Les activités actuelles vont-elles dans le même sens que le rôle fédéral en santé publique?	Élevée	S.O.	S.O.
Le rôle fédéral en santé publique et les activités courantes reprennent-ils le rôle des intervenants? Observe-t-on des chevauchements?	Élevée	S.O.	S.O.
Légende – Symboles de cotation à la pertinence :			
Élevée	Il y a un besoin manifeste à l'égard des activités du programme; il y a un lien manifeste entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont clairs.		
Partiel	Il y a un besoin partiel à l'égard des activités du programme; il y a un certain lien direct ou indirect entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont partiellement clairs.		
Faible	Il n'y a pas de besoin manifeste à l'égard des activités du programme; il n'y a pas de lien manifeste entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme n'ont pas été clairement définis.		

Tableau 4 : Résumé des cotes relatives du rendement

Enjeux de l'évaluation	Atteint	Progrès réalisés; travail supplémentaire justifié	Peu de progrès; attention prioritaire
Enjeu 4 : Obtention des résultats escomptés (efficacité)			
L'Agence aborde-t-elle la question des maladies chroniques de façon intégrée (p. ex. au sein du Centre et de la DGSPMC)?	S.O.	S.O.	Peu de progrès; attention prioritaire
L'Agence collabore-t-elle avec les intervenants?	Atteint	S.O.	S.O.
Dans quelle mesure a-t-on mis en place des partenariats plurisectoriels?	Atteint	S.O.	S.O.
Dans quelle mesure a-t-on accédé à des produits de connaissance?	S.O.	Progrès réalisés; travail supplémentaire justifié	S.O.
Dans quelle mesure les partenaires plurisectoriels ont-ils adopté des approches axées sur les risques communs pour les initiatives de prévention?	Atteint	S.O.	S.O.
Dans quelle mesure les intervenants ont-ils utilisé les produits de connaissance et l'information de l'Agence?	Atteint	S.O.	S.O.

Enjeux de l'évaluation	Atteint	Progrès réalisés; travail supplémentaire justifié	Peu de progrès; attention prioritaire
Enjeu 5 : Démonstration d'économie et d'efficience			
L'Agence a-t-elle réalisé ses activités de la façon la plus efficiente possible? La structure de gouvernance est-elle efficiente? Existe-t-il d'autres moyens plus rentables d'exécuter ces mêmes activités? Existe-t-il des possibilités d'accroître l'intégration?	S.O.	Progrès réalisés; travail supplémentaire justifié	S.O.
L'Agence a-t-elle produit ses extraits et atteint ses résultats de la façon la plus économique?	Atteint	S.O.	S.O.
A-t-on mis en place une culture et des pratiques en matière de mesure du rendement? Comment utilise-t-on l'information pour étoffer les décisions de la haute direction?	Atteint	S.O.	S.O.
Légende – Symboles de cotation du rendement : Atteint Les résultats ou les objectifs visés ont été atteints. Progrès réalisés; travail supplémentaire justifié De grands progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, mais travail supplémentaire est justifié. Peu de progrès; attention prioritaire De peu progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, et une attention est nécessaire en priorité.			

Annexe 4 – Rôle des intervenants

En plus de l'Agence de la santé publique du Canada, un certain nombre d'autres ministères fédéraux travaillent dans le domaine des maladies chroniques au Canada. Il s'agit plus exactement de ceux-ci :

- Santé Canada fait la promotion des modes de vie plus sains, intègre au renouvellement du système de soins de santé des plans à long terme de prévention, de promotion et de protection de la santé, réduit les inégalités dans le domaine de la santé et fournit de l'information sur la santé. Plus précisément, le Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition (BPPN) est le centre fédéral et la source faisant autorité relativement aux politiques et à la promotion de la nutrition et de la saine alimentation au sein de Santé Canada. Le BPPN favorise la santé nutritionnelle et le bien-être de la population canadienne en collaborant à la définition, à la promotion et à la mise en œuvre de politiques nutritionnelles fondées sur des données probantes.
- Même si cet aspect ne relève pas de la portée de la présente évaluation, Santé Canada travaille également dans le secteur de la lutte contre le tabagisme; il dirige la mise en œuvre de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme qui, avec l'aide de nombreuses parties, cherche à réduire, voire même à éliminer, le tabagisme. Santé Canada veille également à l'application de la *Loi sur le tabac*.
- Statistique Canada a le mandat de recueillir, de compiler, d'analyser, de dépouiller et de publier des statistiques sur divers sujets, dont la santé et le bien-être de la population, ce qui englobe les maladies chroniques. Plus exactement, Statistique Canada gère le Registre canadien du cancer, une base de données qui recueille de l'information sur l'incidence du cancer auprès de tous les registres du cancer provinciaux et territoriaux. Le registre fournit de l'information qui aide les planificateurs et les décideurs du secteur de la santé de tous les ordres de gouvernement à définir les facteurs de risque du cancer, à suivre et à évaluer les programmes de lutte contre le cancer et à effectuer de la recherche.

Statistique Canada recueille également de l'information sur l'état de santé, l'utilisation des soins de santé et les déterminants de la santé au moyen de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Les données recueillies sont utilisées par les ministères fédéral et provinciaux de la Santé et des Ressources humaines, les organismes de services sociaux et d'autres types d'organes gouvernementaux pour suivre, planifier, mettre en œuvre et évaluer les programmes qui permettront d'améliorer la santé des Canadiens.

- Sport Canada fait partie du ministère du Patrimoine canadien; sa mission consiste à aider les Canadiens à participer à des activités sportives et à y exceller. Il y parvient en renforçant la capacité et la coordination du système sportif canadien et en encourageant la participation dans les sports. En plus de les financer, Sport Canada travaille avec bon nombre de partenaires, de programmes et d'initiatives qui encouragent la participation dans les sports et les activités physiques, plus précisément ParticipACTION, Éducation physique et santé Canada et un large éventail d'organisations vouées à des sports précis.
- Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) génèrent des connaissances et les mettent en application pour améliorer la santé de la population canadienne, rendre les services et les produits de santé plus efficaces et renforcer le système de santé canadien. Ils établissent un programme intégré en santé, encouragent la recherche en santé interdisciplinaire et intégrative, collaborent avec les provinces et les territoires pour faire avancer la recherche et mobilisent les organisations bénévoles.

Les IRSC comptent des instituts de recherche dans un certain nombre de domaines touchant les maladies chroniques, comme le vieillissement, la recherche sur le cancer, la santé circulatoire et respiratoire, la santé musculo-squelettique et l'arthrite, la nutrition, le métabolisme et le diabète ainsi que la santé de la population et la santé publique.

- L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) s'occupe de l'élaboration et de la gestion de renseignements exhaustifs et intégrés en matière de santé qui permettent la mise en œuvre d'une politique rationnelle et une gestion efficace du système de santé en vue d'améliorer la santé et les soins de santé. Il travaille également en collaboration avec des intervenants pour créer et gérer un large éventail de bases de données, de mesures et de normes sur la santé et pour produire des rapports et des analyses à partir de leurs propres données et d'autres données. L'ICIS met principalement l'accent sur le système de santé.
- Les provinces et les territoires réalisent également des activités dans le domaine des maladies chroniques. Ils sont les principaux responsables de l'administration des systèmes de santé et de la santé publique dans leur propre secteur de compétence. Selon les plans stratégiques, les principales stratégies et les sites Web provinciaux et territoriaux, les provinces et les territoires prennent part à un éventail d'activités qui ont une incidence sur la prévention des maladies chroniques dans leur secteur de compétence, dont les suivantes :
 - élaborer et orienter la politique provinciale;
 - assurer un leadership dans les systèmes de santé et les programmes connexes;
 - établir une orientation et des priorités pour la politique provinciale de santé publique afin que les services soient opportuns et efficaces;
 - affecter du financement et des ressources à des organismes communautaires et à des fournisseurs de services pour contribuer à la réalisation des priorités provinciales;
 - assurer la coordination avec les principaux partenaires et intervenants;
 - assurer une surveillance dans leur propre secteur de compétence;
 - élaborer des produits de connaissance, souvent à l'aide des données de surveillance qu'ils ont recueillies;
 - produire des lignes directrices sur le dépistage.

En plus de s'acquitter d'activités de prévention, les provinces et les territoires s'occupent de la gestion des maladies, dont le dépistage et le traitement des maladies chroniques.

Annexe 5 – Description de l'évaluation

Portée de l'évaluation

La portée de l'évaluation couvre la période d'avril 2009 à août 2014 et comporte des activités financées dans le cadre des initiatives suivantes :

- Initiative nationale liée aux défibrillateurs externes automatisés;
- Initiative canadienne sur le cancer du sein;
- Stratégie canadienne de lutte contre le cancer;
- Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques (SIMVSMC);
- Programme de santé pulmonaire.

L'évaluation mettait l'accent sur les activités de prévention des maladies chroniques de l'Agence exécutées par le Centre de prévention des maladies chroniques. Elle a exclu les activités scientifiques traitant des maladies chroniques menées par la Direction des déterminants sociaux et de l'intégration scientifique (DDSS), les investissements de la SIMVSMC en santé mentale, le Consortium conjoint pour les écoles en santé, des investissements dans les maladies neurologiques, la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme et les activités traitant de sécurité alimentaire.

Enjeux de l'évaluation

Les questions de l'évaluation se fondent sur les cinq principaux enjeux énoncés dans la Politique sur l'évaluation de 2009 du Conseil du Trésor. Ces enjeux se trouvent dans le tableau qui suit. Pour chaque enjeu principal, les questions d'évaluation ont été adaptées au programme et ont orienté le processus d'évaluation.

Tableau 1 : Principaux enjeux de l'évaluation et questions d'évaluation

Principaux enjeux	Questions d'évaluation
Pertinence	
Enjeu n° 1 : Nécessité de maintenir le programme	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est le fardeau actuel et prévu des maladies chroniques au Canada? À quel niveau l'environnement a-t-il changé? • De quelle façon les activités de l'Agence se sont-elles adaptées aux besoins en évolution dans le domaine des maladies chroniques au Canada?
Enjeu n° 2 : Harmonisation avec les priorités du gouvernement	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les priorités fédérales dans la prévention des maladies chroniques? Les activités actuelles de l'Agence vont-elles dans le même sens que les priorités fédérales? • Quelles sont les priorités de l'Agence dans la lutte contre les maladies chroniques? Les activités actuelles de l'Agence vont-elles dans le même sens que ses propres priorités?
Enjeu n° 3 : Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est le rôle fédéral en santé publique se rapportant aux maladies chroniques? Les activités actuelles vont-elles dans le même sens que le rôle fédéral en santé publique? • Le rôle fédéral en santé publique est-il conforme à l'environnement actuel?

Principaux enjeux	Questions d'évaluation
	<ul style="list-style-type: none"> Le rôle fédéral en santé publique et les activités courantes reprennent-ils le rôle des intervenants? Observe-t-on des chevauchements?
Rendement (efficacité, économie et efficience)	
Enjeu n° 4 : Obtention des résultats escomptés (efficacité)	<ul style="list-style-type: none"> L'Agence aborde-t-elle la question des maladies chroniques de façon intégrée (p. ex. au sein du Centre et de la DGSPPMC)? L'Agence collabore-t-elle avec les intervenants? Dans quelle mesure a-t-on mis en place des partenariats plurisectoriels? Dans quelle mesure a-t-on accédé à des produits de connaissance? Dans quelle mesure les partenaires plurisectoriels ont-ils adopté des approches axées sur les risques communs pour les initiatives de prévention? Dans quelle mesure les intervenants ont-ils utilisé les produits de connaissance et l'information de l'Agence?
Enjeu n° 5 : Démonstration d'économie et d'efficience	<ul style="list-style-type: none"> L'Agence a-t-elle réalisé ses activités de la façon la plus efficiente possible? La structure de gouvernance est-elle efficiente? Existe-t-il d'autres moyens plus rentables d'exécuter ces mêmes activités? Existe-t-il des possibilités d'accroître l'intégration? L'Agence a-t-elle produit ses extrants et atteint ses résultats de la façon la plus économique? A-t-on mis en place une culture et des pratiques en matière de mesure du rendement? Comment utilise-t-on l'information pour étoffer les décisions de la haute direction?

Méthodes de collecte et d'analyse de données

Les évaluateurs ont recueilli et analysé des données provenant de multiples sources. Parmi les sources d'information utilisées dans le cadre de la présente évaluation, on compte les suivantes :

- **examen de la documentation** – quelque 150 documents touchant la prévention des maladies chroniques ont été examinés dans le but de trouver de l'information sur la pertinence (priorités, rôles et responsabilités) des activités;
- **examen des dossiers** – environ 300 dossiers conservés par le Centre de prévention des maladies chroniques ont été examinés afin d'obtenir de l'information sur tous les aspects des activités liées aux maladies chroniques et plus précisément sur le rendement (résultats, économie et efficience) des activités;
- **examen des données financières** – un examen des données financières de 2009-2010 à 2013-2014, y compris les dépenses budgétées et les dépenses réelles, a été mené à bien;
- **entrevues auprès d'informateurs clés** – des entrevues ont été réalisées auprès de 72 intervenants (ASPC – n = 43; autres ministères ou organismes fédéraux – n = 7; membres du Comité directeur du Réseau de santé publique – n = 6; partenaires externes – n = 16). Les entrevues ont été enregistrées et transcrites au besoin. Les données ont été analysées à l'aide de NVIVO;
- **analyse internationale** – un examen des activités de prévention des maladies chroniques mises en œuvre aux États-Unis, en Australie et au Royaume-Uni a été effectué en analysant les sites Web sur la santé publique de ces pays;

- **analyse de la littérature** – une recherche dans la littérature canadienne et internationale des cinq dernières années à l'aide des termes « maladie chronique » et « maladie non transmissible » a été menée. Après avoir examiné les documents pour en vérifier la pertinence, 35 articles ont été examinés;
- **examen des données sur le rendement** – on a effectué un examen des données sur le rendement pour les activités de programme allant de 2009-2010 à 2013-2014 (enquête sur la satisfaction des intervenants, enquête sur l'utilisation des connaissances, analytique Web, rapports sur le rendement au niveau des projets et rapports d'évaluation);
- **examen du Portail canadien des pratiques exemplaires** – l'exhaustivité des données de 34 interventions a été évaluée. Quatre catégories ont été sélectionnées, et toutes les interventions de ces catégories ont été examinées. Chaque intervention a été analysée pour déterminer si de l'information avait été incluse pour chaque section, si l'information était complète et si les liens étaient actifs et pertinents;
- **schématisation des intervenants** – des évaluateurs et un consultant ont dressé la liste des organisations principales et des organisations secondaires. Des données sur le profil et sur des éléments connexes ont été recueillies pour chaque organisation afin de comprendre les principaux secteurs d'intervention. On a ensuite effectué une analyse pour schématiser ou résumer ces activités en les comparant aux rôles et aux responsabilités de l'Agence dans le but d'évaluer les secteurs complémentaires, les lacunes possibles et les investissements potentiellement en double;
- **enquête Web auprès des intervenants** – une enquête était disponible en ligne entre le 26 mai et le 9 juin 2014; elle a été envoyée à 180 personnes-ressources fournies par la Division de la surveillance et de l'analyse et par la Division des partenariats et des stratégies. On a comptabilisé 72 enquêtes remplies au complet et 13 enquêtes remplies partiellement, ce qui donne un taux de réponses de 47 %.

Les données, recueillies à partir des différentes sources et au moyen des diverses méthodes énumérées ci-dessus, ont été soumises à la triangulation. Celle-ci comprend les tâches suivantes : la compilation, l'examen et la synthèse systématiques des données pour illustrer les principales constatations; l'analyse statistique des données quantitatives issues des bases de données; l'analyse thématique des données qualitatives; l'analyse comparative des données provenant de diverses sources pour valider les constatations générales.

Annexe 6 – Schématisation des intervenants

Liste des organisations incluses dans la schématisation des intervenants

Les principales organisations intéressées ont été désignées par le Centre de prévention des maladies chroniques de l'Agence. Les organisations secondaires ont été repérées dans le cadre d'une recherche sur Internet. Les organisations secondaires ont été sélectionnées en fonction des critères suivants : les vastes champs de maladie compris dans le domaine des maladies chroniques et dans l'évaluation à l'Agence; les activités axées sur la prévention et/ou le contrôle; la couverture nationale; l'état actuel des activités.

Organisations principales

- La Société de l'arthrite
- Société canadienne du cancer
- Association canadienne du diabète
- Partenariat canadien contre le cancer
- Association canadienne de santé publique
- Réseau canadien en obésité
- COPD Canada
- Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC
- Union internationale contre le cancer
- Association pulmonaire du Canada
- Ostéoporose Canada
- ParticipAction

Organisations secondaires

- Jeunes en forme Canada
- Association d'information sur l'allergie et l'asthme
- Société canadienne de l'asthme
- Écoliers actifs et en sécurité
- Fondation canadienne du cancer du sein
- Conseil canadien de la santé et de la vie active au travail
- Association canadienne de santé publique
- Société canadienne du sommeil
- Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires
- Childhood Obesity Foundation
- Réseau canadien en obésité
- Hypertension Canada
- Union internationale contre le cancer
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone
- Éducation physique et santé Canada
- L'Association d'hypertension pulmonaire du Canada

Annexe 7 – Description des données de mesure du rendement

L'évaluation reposait essentiellement sur un certain nombre d'enquêtes; l'objectif était d'évaluer le rendement des activités du Centre de prévention des maladies chroniques (CPMC). La présente annexe donne une description du but et des méthodes de ces mêmes enquêtes.

Enquête Web auprès des intervenants

L'enquête a été menée par le Bureau de l'évaluation dans le cadre de l'évaluation des activités de prévention des maladies chroniques de l'Agence. L'objectif de l'enquête Web était de recueillir de l'information pouvant servir à évaluer la pertinence et le rendement des activités de l'Agence en plus d'autres sources de données probantes (p. ex. entrevues auprès d'informateurs clés, examen de la documentation et examen des dossiers).

Au total, 180 invitations à répondre à l'enquête ont été envoyées à des intervenants du secteur de la surveillance et des subventions et contributions à leur adresse de courriel fournie par la Division des partenariats et des stratégies et la Division de la surveillance de la santé et de l'épidémiologie du CPMC. L'enquête a été menée entre le 26 mai et le 9 juin 2014. En tout, 72 enquêtes ont été remplies au complet et 13 enquêtes ont été remplies partiellement, ce qui donne un taux de réponses de 47 %. Les répondants provenaient de divers secteurs, dont le secteur universitaire/de la recherche/de l'éducation, des organisations non gouvernementales, des gouvernements provinciaux/territoriaux et des organismes du secteur des soins de santé.

Enquêtes menées par la Section du rendement des programmes du CPMC

Sondage sur l'application des connaissances traitant des *Points saillants de l'ESCC 2009 – Réponse rapide sur l'ostéoporose*

Le but de l'enquête était d'évaluer l'utilisation et l'application que font les intervenants des *Points saillants de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009 – Réponse rapide sur l'ostéoporose*.

En février 2013, le CPMC a administré l'enquête Web auprès de 39 intervenants connus. L'enquête était disponible pendant une période de deux semaines. Le Centre a reçu 19 réponses, ce qui donne un taux de réponses de 49 %. La majorité des répondants à l'enquête travaillent dans le secteur universitaire, de la recherche ou de l'éducation. Les autres répondants proviennent du secteur des soins de santé, des gouvernements provinciaux et territoriaux, du gouvernement fédéral et du secteur sans but lucratif.

Enquête sur la satisfaction des intervenants à l'égard du rapport de 2011 *Le diabète au Canada*

Le CPMC a administré cette enquête pour déterminer la satisfaction des intervenants à l'égard du contenu, de la pertinence de l'information et de l'utilisation prévue du rapport de 2011 *Le diabète au Canada*.

L'enquête Web a été envoyée à 595 utilisateurs connus du rapport et était disponible entre le 14 et le 23 mai 2012. Le taux de réponses obtenu est de 22 % (soit 129 réponses). Le profil des répondants est le suivant : secteur universitaire/de la recherche, organismes gouvernementaux et organisations sans but lucratif.

Enquête sur la satisfaction des intervenants à l'égard de la revue *Maladies chroniques et blessures au Canada*

L'enquête a été menée par le CPMC en mai 2012 dans le but de mesurer la satisfaction des intervenants à l'égard du contenu, de la pertinence de l'information et de l'utilisation prévue de la revue. L'enquête Web a été envoyée par courriel à 1 026 abonnés de la revue (sauf aux employés de l'Agence de la santé publique du Canada); elle est demeurée ouverte pendant sept semaines.

On a obtenu 192 répondants (taux de réponses : 19 %). Parmi les personnes qui ont répondu, 55 % travaillaient dans le secteur gouvernemental (à l'exclusion du personnel de l'Agence), 37 % travaillaient dans le secteur universitaire ou de la recherche et 10 %, dans le secteur sans but lucratif. Les répondants étaient des professionnels de la santé (44 %), des épidémiologistes (32 %), des administrateurs du secteur de la santé ou de l'éducation (17 %), des responsables de l'élaboration des politiques (6 %) et des étudiants (1 %).

Enquête sur la satisfaction des intervenants à l'égard du Portail canadien des pratiques exemplaires

L'enquête a été réalisée par le CPMC en juin 2014 en vue de mesurer la satisfaction des intervenants à l'égard du contenu du Portail canadien des pratiques exemplaires et d'évaluer l'application et l'utilisation de l'information.

L'enquête a été administrée à 633 intervenants clés inscrits à la liste de diffusion du Portail. L'enquête était disponible pendant une période de trois semaines et a couvert dix sujets précis, dont le cancer, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques, le diabète, le poids santé, l'activité physique, la nutrition, la santé mentale et les déterminants sociaux de la santé. Cent soixante-cinq personnes ont répondu à l'enquête, ce qui représente un taux de réponses de 26 %. Parmi les répondants, 33 % (n = 26) travaillaient dans le secteur de la santé, 23 % travaillaient dans le secteur non gouvernemental et 15 % travaillaient dans le secteur universitaire ou de la recherche. Les répondants étaient des fournisseurs de soins de santé (29 %), des agents d'exécution de programmes (22 %), des courtiers de connaissances (15 %) et des universitaires/chercheurs (13 %).

Autres enquêtes du Centre de prévention des maladies chroniques

Enquête menée auprès des intervenants pour évaluer les produits de connaissance jugés prioritaires

Un consultant externe a mené cette évaluation pour le compte du CPMC afin de déterminer les besoins des partenaires du secteur de la surveillance en matière d'information relative à la surveillance et aux interventions (type, contenu et modèle de présentation) et d'étoffer le processus d'élaboration d'une approche au Centre permettant de générer des produits de connaissance et des activités.

Le personnel responsable de la surveillance au CPMC a dressé une liste d'intervenants. L'enquête en ligne était disponible du 28 février au 12 mars 2014. Le taux de réponses était de 24 % (143 réponses, dont 135 enquêtes complètes sur un total possible de 597). Les répondants à l'enquête représentaient un éventail d'institutions, dont le gouvernement (les gouvernements FPT et les administrations locales), le secteur des soins de santé (les hôpitaux et les centres de santé communautaire), les organisations sans but lucratif, des établissements universitaires et de recherche et l'industrie.

Besoins en information des praticiens et des professionnels de la santé publique partout au Canada

Le but de l'enquête était de cibler les besoins en information et les préférences en matière d'échange de connaissances des praticiens et des professionnels de la santé publique partout au Canada. Les conclusions de l'enquête devaient servir à étayer le processus de planification et de développement des produits de connaissance et des activités.

Le CPMC a administré l'enquête auprès d'un échantillon de commodité composé de membres de l'Association canadienne de santé publique et d'abonnés aux bulletins (liste de diffusion). Le lien vers l'enquête a été envoyé par courriel à 5 328 participants éventuels. Les liens vers l'enquête ont été actifs pendant 35 jours, soit entre le 30 avril et le 5 juin 2014. Au total, 428 individus ont répondu au questionnaire, ce qui a donné un taux de réponses de 8 %.

Évaluation à l'externe

Évaluation du partenariat relatif à la publication Statistiques canadiennes sur le cancer

L'étude, menée par un consultant externe pour le compte de la Société canadienne du cancer, comportait des méthodes quantitatives et qualitatives. Une enquête en ligne a été menée auprès des intervenants du 9 au 30 novembre 2011. Au total, 483 participants ont rempli l'enquête en ligne. Les participants provenaient de la liste de diffusion des personnes présentement abonnées à la publication et d'intervenants ou de collaborateurs de la Société canadienne du cancer prenant part à d'autres projets (n = 1 043). Le groupe de répondants se composait comme suit : médias, responsables de l'élaboration des politiques (au gouvernement et dans les organismes de lutte contre le cancer), chercheurs, cliniciens, personnel de Statistiques canadiennes sur le cancer, associations de patients et personnes du public.

D'autres méthodes ont également été utilisées pour l'évaluation, comme un groupe de discussion en ligne (18-22 novembre 2011) composé de dix participants et des entrevues (décembre 2011) auprès de 29 informateurs clés.

Notes en fin de document

- ¹ Organisation mondiale de la Santé. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*, 2010. Consulté sur Internet le 31 octobre 2014 : http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf
- ² Statistique Canada. *Les dix principales causes de décès, 2011*, 2014. Consulté sur Internet le 31 octobre 2014 : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2014001/article/11896-fra.htm>
- ³ Agence de la santé publique du Canada. *Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres*, 2011. Consulté sur Internet le 31 octobre 2014 : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/index-fra.php>
- ⁴ Agence de la santé publique du Canada. *2009 Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*, 2009. Consulté sur Internet le 30 novembre 2014 : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/cvd-avc/index-fra.php>
- ⁵ Agence de la santé publique du Canada. *Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres*, 2011. Consulté sur Internet le 31 octobre 2014 : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/index-fra.php>
- ⁶ Statistique Canada. *Incidence du cancer au Canada, 2010*, 2014. Consulté sur Internet le 31 octobre 2014 : <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/140710/dq140710b-fra.htm>
- ⁷ Agence de la santé publique du Canada, Statistique Canada et Société canadienne du cancer. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2012*, 2012. Consulté sur Internet le 31 octobre 2014 : <https://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2012---French.pdf>
- ⁸ Organisation mondiale de la Santé. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*, 2010. Consulté sur Internet le 31 octobre 2014 : http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf
- ⁹ Mikkonen, J. et D. Raphael. *Les déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*, Toronto : York University School of Health Policy and Management, 2010. Consulté sur Internet le 31 octobre 2014 : http://www.thecanadianfacts.org/the_canadian_facts.pdf
- ¹⁰ Raphael, D., I. Daiski, B. Pilkington, T. Bryant, M. Dinca-Panaitescu et S. Dinca-Panaitescu. *A toxic combination of poor social policies and programmes, unfair economic arrangements and bad politics: The experiences of poor Canadians with Type 2 Diabetes*, 2012.
- ¹¹ Elmslie, Kimberly. *Against the Growing Burden of Disease*, 2012. Consulté sur Internet le 31 octobre 2014 : at <http://www.cogh-csih.ca/assets/Elmslie.pdf>
- ¹² Haman, F., B. Fontaine-Bisson, M. Batal, P. Imbeault, J.M. Blais et M.A. Robidoux. *Obesity and type 2 diabetes in Northern Canada's remote First Nations communities: the dietary dilemma* dans *International Journal of Obesity*, 34(2), suppl. 2, S24-31, 2010.
- ¹³ Agence de la santé publique du Canada. *Cadre d'indicateurs des maladies chroniques - ESCC 2009-2010*. Consulté sur Internet le 31 octobre 2014 : <http://infobase.phac-aspc.gc.ca/cdif/>
- ¹⁴ Agence de la santé publique du Canada. *Cadre d'indicateurs des maladies chroniques - ÉAPJC 2009-2011*. Consulté sur Internet le 31 octobre 2014 : <http://infobase.phac-aspc.gc.ca/cdif/>
- ¹⁵ Agence de la santé publique du Canada. *Cadre d'indicateurs des maladies chroniques - ESCC 2009-2010*. Consulté sur Internet le 31 octobre 2014 : <http://infobase.phac-aspc.gc.ca/cdif/>

- ¹⁶ Agence de la santé publique du Canada et Institut canadien d'information sur la santé. *L'obésité au Canada*, 2011. Consulté sur Internet le 31 octobre 2014 : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/index-fra.php>
- ¹⁷ Organisation mondiale de la Santé. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*, 2010. Consulté sur Internet le 31 octobre 2014 : http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf
- ¹⁸ Agence de la santé publique du Canada. *Rapport sur l'état de la santé publique au Canada 2009*, 2009. Consulté sur Internet le 31 octobre 2014 : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2009/fr-rc/index-fra.php>
- ¹⁹ Agence de la santé publique du Canada. *2009 Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*, 2009. Consulté sur Internet le 31 novembre 2014 : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/cvd-avc/index-fra.php>
- ²⁰ Organisation mondiale de la Santé. *Faits marquants sur le vieillissement*, 2014. Consulté sur Internet le 31 octobre 2014 : <http://www.who.int/ageing/about/facts/fr/>
- ²¹ Agence de la santé publique du Canada et Institut canadien d'information sur la santé. *L'obésité au Canada*, 2011. Consulté sur Internet le 31 octobre 2014 : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/index-fra.php>
- ²² Agence de la santé publique du Canada. *Rapport annuel sur l'état de la santé publique au Canada, 2010*, 2010. Consulté sur Internet le 31 octobre 2014 : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2010/fr-rc/index-fra.php>
- ²³ Agence de la santé publique du Canada. *Rapport annuel sur l'état de la santé publique au Canada, 2010*, 2010. Consulté sur Internet le 31 octobre 2014 : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2010/fr-rc/index-fra>
- ²⁴ Agence de la santé publique du Canada. *Cadre d'indicateurs des maladies chroniques*. Consulté sur Internet le 31 octobre 2014 : <http://infobase.phac-aspc.gc.ca/cdif/>
- ²⁵ Agence de la santé publique du Canada. *Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains*, 2005. Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ipchls-spimmvs/pdf/ipchls-spimmvs-fra.pdf>
- ²⁶ Agence de la santé publique du Canada. *Aperçu de la Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains*, 2010. Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ipchls-spimmvs-fra.php>
- ²⁷ Agence de la santé publique du Canada. *Pour un Canada plus sain : faire de la prévention une priorité – Déclaration sur la prévention et la promotion de la part des ministres canadiens de la Santé, de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain*, 2010. Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/declaration/pdf/dpp-fra.pdf>
- ²⁸ Agence de la santé publique du Canada. *Freiner l'obésité juvénile : Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé*, 2010. Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/framework-cadre/index-fra.php>
- ²⁹ Organisation mondiale de la Santé. *Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles*, 2012. Sur Internet : http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1

- ³⁰ Organisation mondiale de la Santé. *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé*, 2011. Sur Internet : http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_French.pdf?ua=1
- ³¹ Gouvernement de la Saskatchewan. *The Diabetes Provincial Plan*, 2004. Sur Internet : <http://www.health.gov.sk.ca/provincial-diabetes-plan>
- ³² Gouvernement de l'Ontario, Comité d'experts pour la santé des enfants. *L'urgence d'agir : Stratégie pour des enfants en santé*, 2013. Sur Internet : http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/healthy_kids/healthy_kids.pdf
- ³³ Cancer Care Nova Scotia, Capital Health Cancer Care Program at the QEII Health Sciences Centre. *Cancer Care: A Guide for Patients, Families and Caregivers*, 2011. Sur Internet : [http://www.cancercare.ns.ca/site-cc/media/cancercare/CCNS_CH_Guide_05_11\(1\).pdf](http://www.cancercare.ns.ca/site-cc/media/cancercare/CCNS_CH_Guide_05_11(1).pdf)
- ³⁴ Morris, Z.S., S. Wooding et J. Grant. *The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research* dans *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104, p. 510-520, 2011.
- ³⁵ Grant, J., R. Cottrell, F. Cluzeau, et G. Fawcett. *Evaluating "payback" on biomedical research from papers cited in clinical guidelines: applied biometrical study* dans *British Medical Journal*, 320, p. 1107-1111, 2000.
- ³⁶ Agence de la santé publique du Canada. *Investir en prévention – la perspective économique : Principales conclusions d'un examen des données récentes*, 2009. Consulté sur Internet le 19 septembre : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/preveco-index-fra.php>
- ³⁷ Herman et coll. Diabetes Prevention Program Research Group. *The cost-effectiveness of lifestyle modification or Metformin in preventing Type 2 diabetes in adults with impaired glucose tolerance* dans *Annals of Internal Medicine*, 2005.
- ³⁸ Roux et coll. *Cost Effectiveness of Community-based Physical Activity Interventions* dans *American Journal of Preventative Medicine*, 2008.
- ³⁹ Agence de la santé publique du Canada. *Investir en prévention – la perspective économique : Principales conclusions d'un examen des données récentes*, 2009. Consulté sur Internet le 19 septembre : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/preveco-index-fra.php>